

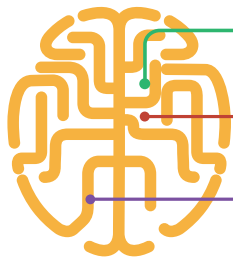
REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

VOLUME 21 • EDIÇÃO 4

- Eletrocardiograma — Taquicardias da síndrome de Wolff-Parkinson-White
- Medicina baseada em evidências — Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre antibióticoprofilaxia em cirurgia
- Relato de caso — Doença de Gaucher e gravidez: um prognóstico favorável





XI Congresso Paulista de NEUROLOGIA 2017



24 a 27 de maio de 2017

Hotel Sofitel Jequitimar | Guarujá / SP

Faça a sua inscrição e garanta sua vaga:

www.apm.org.br/neurologia



INFORMAÇÃO / INSCRIÇÃO

Associação Paulista de Medicina - APM
Av. Brig. Luís Antônio, 278 - Bela Vista - São Paulo / SP
Tel.: (11) 3188-4252 - Depto. de Eventos
inscricoes@apm.org.br | www.apm.org.br

CERTIFICAÇÃO



APOIO



REALIZAÇÃO



SUMÁRIO

REVISTA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO • VOLUME 21 • EDIÇÃO 4

Expediente	ii	
Editorial	151	Mudando o aparelho de pressão arterial: o fim do equipamento aneroide em consultórios <i>Paulo Andrade Lotufo</i>
Relato de caso	153	Doença de Gaucher e gravidez: um prognóstico favorável <i>Francisco Lázaro Pereira de Souza, Rogério Gomes dos Reis Guidoni, Sérgio Floriano de Toledo, Diego Wallace Nascimento</i>
	158	Melanoma após uso de ciclosporina em adolescente com dermatite atópica grave: relato de caso <i>Elaine Cristina Faria Abrahão Machado, Cinthia Mendes, Lissa Sabino de Matos, Caroline Romanelli Tiburcio Zelenika, Marcel Alex Soares dos Santos, Marcela Baraldi Moreira, Bogdana Victoria Kadunc, Ana Helena Kalies Oliveira</i>
Dermatologia	162	Método alternativo de flebotomia terapêutica isovolêmica: manejo de uma paciente policitêmica com celulite <i>Gabriel Peres, Hélio Amante Miot, Hamilton Ometto Stolf</i>
POEMs: Patients-oriented evidence that matters	166	Evidências não recomendam o rastreamento para doença pulmonar obstrutiva crônica em adultos assintomáticos <i>Autores da tradução: Pablo Gonzáles Blasco, Marcelo Rozenfeld Levites, Pedro Subtil de Paula</i>
	168	O rastreamento de câncer de ovário em mulheres após a menopausa não reduz mortalidade por câncer de ovário (United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening, UKCTOCS) <i>Autores da tradução: Pablo Gonzáles Blasco, Marcelo Rozenfeld Levites, Pedro Subtil de Paula</i>
Linguagens	170	Intraduzível <i>Alfredo José Mansur</i>
Residência e ensino médico	172	A ética de se ensinar ética médica <i>Olavo Pires de Camargo, Luiz Eugênio Garcez Leme</i>
Eletrocardiograma	174	Taquicardias da síndrome de Wolff-Parkinson-White <i>Antonio Américo Friedmann</i>
Medicina baseada em evidências	177	Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre antibioticoprofilaxia em cirurgia <i>Anderson Adriano Leal Freitas da Costa, Juan Fulgencio Welko Mendoza, Andrea Castro Porto Mazzucca, Nelson Akamine, Rachel Riera</i>
Medicina sexual	186	Terapia sexual: breve histórico e perspectivas atuais <i>Bárbara Braga de Lucena, Carmita Helena Najjar Abdo</i>
Destaques Cochrane	190	Pilates para dor lombar <i>Tradução: Centro Cochrane do Brasil (Julia Vajda de Albuquerque e Carolina de Oliveira Cruz) e Liga de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de Medicina (EPM-Unifesp)</i> <i>Autoria dos comentários independentes: Ana Maria Jones</i>
	192	loga para asma <i>Tradução: Centro Cochrane do Brasil e Liga de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de Medicina (EPM-Unifesp)</i> <i>Autoria dos comentários independentes: Ana Luisa Godoy Fernandes</i>
Instruções aos autores	II	

Imagem da capa:

Casal M, 1983

Tito Luiz Fadel Camargo - Acrílica sobre tela - 40 x 30 cm

Acervo da Pinacoteca da Associação Paulista de Medicina

Foto: Pedro Sgarbi

REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

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

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

Editores

Paulo Andrade Lotufo
Álvaro Nagib Atallah

Assistente Editorial

Marina de Britto

Assessora Editorial

Rachel Riera

Editores Associados

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

Jornalista Científica e Editora

Patrícia Logullo (MTb 26.152)
Palavra Impressa Editora – Fone (11) 3032-6117

Produção Editorial

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

Conselho Editorial

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

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

Correspondências para

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

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

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



Diretoria Executiva da Associação Paulista de Medicina (Triênio 2014-2017)

Presidente	Florival Meinão	Diretor Social	Alfredo de Freitas Santos Filho
1º Vice-Presidente	Roberto Lotfi Júnior	Diretor Social Adjunto	Christina Hajaj Gonzalez
2º Vice-Presidente	Donaldo Cerci da Cunha	Diretora de Responsabilidade Social	Evangalina de Araujo Vormittag
3º Vice-Presidente	Paulo De Conti	Diretor de Responsabilidade Social Adjunto	José Eduardo Paciência Rodrigues
4º Vice-Presidente	Akira Ishida	Diretor Cultural	Guido Arturo Palomba
Secretário Geral	Paulo Cezar Mariani	Diretor Cultural Adjunto	José Luiz Gomes do Amaral
1º Secretário	Antonio José Gonçalves	Diretora de Serviços aos Associados	Vera Lúcia Nocchi Cardim
Diretor Administrativo	Lacildes Rovella Júnior	Diretor de Serviços aos Associados Adjunto	João Carlos Sanches Anéas
Diretor Administrativo Adjunto	Roberto de Mello	Diretor de Economia Médica	Tomás Patrício Smith-Howard
1º Diretor de Patrimônio e Finanças	Carlos Alberto Martins Tosta	Diretora de Economia Médica Adjunta	Marly Lopes Alonso Mazzucato
2º Diretor de Patrimônio e Finanças	Claudio Alberto Galvão Bueno Da Silva	1º Diretor Distrital	Everaldo Porto Cunha
Diretor Científico	Paulo Andrade Lotufo	2º Diretora Distrital	Lourdes Teixeira Henriques
Diretor Científico Adjunto	Álvaro Nagib Atallah	3º Diretor Distrital	Camillo Soubhia Júnior
Diretor de Defesa Profissional	João Sobreira de Moura Neto	4º Diretor Distrital	Wilson Olegário Campagnone
Diretor de Defesa Profissional Adjunto	Marun David Cury	5º Diretor Distrital	Flavio Leite Aranha Junior
Diretor de Comunicações	Ivan Melo De Araújo	6º Diretora Distrital	Cleusa Cascaes Dias
Diretor de Comunicações Adjunto	Amilcar Martins Giron	7º Diretora Distrital	Irene Pinto Silva Masci
Diretor de Marketing	Ademar Anzai	8º Diretor Distrital	Helencar Ignácio
Diretor de Marketing Adjunto	Nicolau D' Amico Filho	9º Diretora Distrital	Margarete Assis Lemos
Diretora de Eventos	Mara Edwirges Rocha Gândara	10º Diretor Distrital	Enio Luiz Tenório Perrone
Diretora de Eventos Adjunta	Regina Maria Volpato Bedone	11º Diretora Distrital	Zilda Maria Tosta Ribeiro
Diretor de Tecnologia de Informação	Antônio Carlos Endrigo	12º Diretor Distrital	Luís Eduardo Andreossi
Diretor de Tecnologia de Informação Adjunto	Marcelo Ferraz De Campos	13º Diretor Distrital	Marcio Aguiar Padovani
Diretor de Previdência e Mutualismo	Paulo Tadeu Falanghe	14º Diretor Distrital	Marcelo Torrente Silva
Diretor de Previdência e Mutualismo Adjunto	Clóvis Francisco Constantino		

Mudando o aparelho de pressão arterial: o fim do equipamento aneróide em consultórios

Paulo Andrade Lotufo¹

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

O “Global Burden of Diseases” mostrou que o fator de risco mais associado a mortalidade e perda de anos de vida com incapacidade no Brasil é a hipertensão arterial. Valores elevados de pressão arterial aumentam a incidência da síndrome coronariana aguda e do acidente vascular cerebral, as duas principais causas de morte; da insuficiência cardíaca, uma das duas principais causas de internação; e de insuficiência renal, uma das doenças de maior custo por indivíduo afetado em qualquer sistema.¹

Um ponto importante já abordado nesta página refere-se ao tratamento inadequado ou distante daquele recomendado por diretrizes baseadas em ensaios clínicos de qualidade. Por exemplo, o uso pouco frequente da classe de anti-hipertensivos bloqueadores de canal de cálcio na população de hipertensos, principalmente em negros, a preferência pela hidroclorotiazida, menos efetiva em relação à clortalidona e indapamida, ou então, o uso pouco frequente da espironolactona como terceira opção nos casos definidos como hipertensão resistente.²

A questão a ser abordada agora refere-se ao diagnóstico de hipertensão arterial, porque há indivíduos que foram diagnosticados, ou talvez rotulados como hipertensos de forma inadequada, ou então de hipertensos que não são identificados como tal. A primeira situação é a hipertensão da roupa branca (ou, nos tempos atuais, do jaleco branco), um exame

falso-positivo, em que são auferidos valores mais elevados no consultório médico do que os observados no cotidiano do indivíduo. A segunda situação é a hipertensão mascarada, um exame falso-negativo, onde não se identifica hipertensão na consulta médica. Como reduzir a proporção de ambos os casos?

Na situação da hipertensão do jaleco branco, há solução a ser implementada em consultórios, ambulatoriais e na atenção primária à saúde. Um ponto inicial é a de considerar a pressão arterial obtida na primeira consulta como sendo “provisória”. A diretriz britânica publicada em 2011 indica que, após duas medidas em consultório de pressão arterial sistólica acima de 140 mm Hg (mas inferior a 180 mg), ou então diastólica maior que 90 mm Hg (mas, inferior a 110 mm Hg), se proceda à monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) em 24 horas ou então à medida domiciliar, por no mínimo quatro dias, mas idealmente em uma semana. Essa proposição é interessante, mas implica custo relativamente elevado para realizar o MAPA e disponibilizar equipamento para uso doméstico.³

O segundo ponto é a de aceitar essa proposta, mas mudar o equipamento em uso no consultório. Abandonar o esfigmomanômetro aneróide de medida auscultatória e introduzir o esfigmomanômetro automático oscilométrico. A diretriz canadense publicada em 2015 apresenta um novo algoritmo para o diagnóstico que parte exatamente da mudança de equipamento de aferição de pressão arterial.⁴

¹Professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Presidente da Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Diretor Científico da Associação Paulista de Medicina 2014-17. Editor das revistas São Paulo Medical Journal e Diagnóstico & Tratamento.

Endereço para correspondência:

Paulo Andrade Lotufo

Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiológica, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo

Av. Prof. Lineu Prestes, 2.565

Butantã — São Paulo (SP) — Brasil

Tel. (+55 11) 3091-9300

E-mail: palotufo@hu.usp.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflitos de interesse: Nenhum declarado

A base empírica dessa proposta vem de vários estudos, um deles publicado por Myers e colegas no Canadá.⁵ Eles compararam a medida ao acordar do MAPA tanto com a mensuração em consultório por dispositivo oscilométrico automático como também aquela medida efetuada anteriormente, por médico utilizando o método auscultatório clássico. Houve diferenças importantes. Primeiro, o valor médio das pressões sistólicas pelo MAPA e pelo aparelho automático no consultório foram semelhantes, mas ambas foram significativamente menores do que as medidas pelo método auscultatório em consultório. Segundo, em decorrência desse fato, a prevalência de hipertensão do jaleco branco (utilizando o MAPA como exame referência) pelo método oscilométrico automático foi de 16% e aquela decorrente do método auscultatório foi de 55%. Esse fenômeno se repetiu em estudos epidemiológicos onde há rigor e padronização maiores de todas as medidas. No Brasil, a validação da medida automática no estudo ELSA-Brasil mostrou uma prevalência muito baixa de hipertensão do jaleco branco (4%)

comparada⁶ à de outro estudo realizado em ambulatórios na Espanha, utilizando o método auscultatório (20%).⁷

O uso de aparelhos oscilométricos automáticos para medida de pressão arterial deve ser estimulado porque produz maior qualidade do diagnóstico conforme as evidências apresentadas e corroboradas, agora, pela diretriz canadense. O contraponto a ser apresentado seria o custo do aparelho automático comparado ao tradicional esfigmomanômetro para medida auscultatória. No entanto, pesquisa realizada na internet (setembro de 2016) mostrou que, apesar da variação grande de preços de ambos os tipos de aparelhos, o preço do automático é em média o dobro do tradicional. Porém, a qualidade da medida supera a diferença de custo, que poderá ser absorvida facilmente.

Uma medida mais acurada de pressão arterial permitirá diagnósticos mais precisos. Se associada às políticas de redução de pressão arterial na população e na melhora no uso de classes farmacológicas com efetividade comprovada, apresentará avanço importante na contenção dos efeitos da hipertensão no perfil epidemiológico brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-323.
2. Lotufo PA. Melhorando o controle da hipertensão arterial. Dados iniciais do estudo longitudinal de saúde do Adulto (ELSA-Brasil) [Improving the control of hypertension. Initial data from the study of adult health longitudinal (ELSA - Brazil)]. *Diagn Tratamento*. 2015;20(3):85-7.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. NICE guideline draft (February 2011). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127/documents/hypertension-update-draft-nice-guideline2>. Acessado em 2016 (4 out).
4. Cloutier L, Daskalopoulou SS, Padwal RS, et al. A New Algorithm for the Diagnosis of Hypertension in Canada. *Can J Cardiol*. 2015;31(5):620-30.
5. Myers MG, Valdivieso M, Kiss A. Use of automated office blood pressure measurement to reduce the white coat response. *J Hypertens*. 2009;27(2):280-6.
6. Nascimento LR, Molina MC, Faria CP, Cunha RS, Mill JG. Reprodutibilidade da pressão arterial medida no ELSA-Brasil com a monitorização pressórica de 24h [Reproducibility of arterial pressure measured in the ELSA-Brasil with 24-hour pressure monitoring]. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(suppl 2):113-21.
7. Sierra C, de la Sierra A, Sobrino J, et al. Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA): características clínicas de 31.530 pacientes [Ambulatory blood pressure monitoring (CABPM): clinical characteristics of 31,530 patients]. *Medicina Clínica*. 2007;129(1):1-5. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307727367>. Acessado em 2016 (4 out).

Doença de Gaucher e gravidez: um prognóstico favorável

Francisco Lázaro Pereira de Souza^I, Rogério Gomes dos Reis Guidoni^{II},
Sérgio Floriano de Toledo^{III}, Diego Wallace Nascimento^{IV}

Centro Universitário Lusíada (UNILUS) e Hospital Guilherme Álvaro (HGA)

RESUMO

Contexto: A doença de Gaucher (DG) é uma doença lisossômica de depósito, presente com maior prevalência entre judeus asquenazes, e está relacionada à mutação N370S. Apresenta-se clinicamente de três formas: não neuropática ou tipo 1, mais prevalente e com bom prognóstico; neuropática aguda ou tipo 2; neuropática crônica ou tipo 3. No tratamento, emprega-se o imiglucerase, um repositivo enzimático. **Descrição do caso:** Paciente com 20 anos, primigesta, nulípara, com 36 semanas de idade gestacional, diagnosticada com DG tipo I aos oito anos, foi internada para acompanhamento de sua afecção de base, controle da pré-eclâmpsia e infecção do trato urinário. Devido à variação dos índices hematimétricos, foi induzido o parto com 37 semanas e 2 dias. O recém-nascido não apresentou quaisquer distúrbios e seguiu em alojamento conjunto. **Discussão:** Observou-se a necessidade de controle clínico ativo, mesmo com a paciente em uso regular do imiglucerase, evitando repercussões graves para o binômio materno-fetal. **Conclusões:** Salienta-se a necessidade de controle hematológico ativo, via de parto conforme indicação obstétrica, seja via alta ou baixa, e níveis plaquetários superiores a 50.000/mm³.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez, doença de Gaucher, complicações na gravidez, desenvolvimento fetal, hematologia

INTRODUÇÃO

A doença de Gaucher (DG) é uma afecção hematológica do grupo dos erros inatos do metabolismo, especificamente uma doença lisossômica de depósito. Apresenta herança autossômica recessiva, não ligada ao sexo, com risco de recorrência de 25% a cada gestação entre heterozigotos. Apresenta alta incidência (1:1.000) no grupo étnico de judeus asquenazes.^{1,2}

Nesse mesmo grupo étnico, foi observada com maior frequência a mutação N370S, que apresenta relação de causalidade

com a DG. A presença da mutação foi encontrada em 77%, dos povos asquenazes com DG tipo 1, frente a 22-46% de populações com outras ascendências.³

Em 2004, foi publicado um estudo sobre a prevalência das doenças lisossômicas de depósito, o qual mostrou a prevalência da DG, envolvendo as três formas clínicas, é de 1,4 a cada 100.000 nascidos vivos.⁴ Em razão da baixa miscigenação e histórico de colonização judaica no nordeste brasileiro, em 2011 foi publicado um estudo transversal com a população do município de Tabuleiro do Norte no estado do Ceará, mostrando a maior prevalência da DG de 1:4.000 no Brasil.^{5,6}

^IDoutor pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), professor adjunto da Disciplina de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusíada (UNILUS) e corresponsável pelo setor de hipertensão e nefropatias na gravidez do Hospital Guilherme Álvaro (HGA).

^{II}Mestre, professor coordenador da disciplina de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusíada (UNILUS).

^{III}Mestre, professor adjunto da Disciplina de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusíada (UNILUS) e diretor técnico do serviço de Tocoginecologia do Hospital Guilherme Álvaro (HGA).

^{IV}Acadêmico do sexto ano de Medicina, Aluno do Centro Universitário Lusíada (UNILUS).

Endereço para correspondência:

Diego Wallace Nascimento

Av. Leonardo da Vinci, 2.519 — São Paulo (SP) — CEP 04313-002

Tel. (11) 96294-3677 — E-mail: diegowascim@hotmail.com

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

Entrada: 10 de fevereiro de 2016 — Última modificação: 14 de maio de 2016 — Aceite: 17 de maio de 2016

A DG resulta da deficiência da beta-glicocerebrosidase, com acúmulo de glicolipídeos nos macrófagos, em especial no baço, fígado, medula óssea e pulmão. À microscopia óptica, são observadas inclusões em aspecto de “papel de amasado”, tendo como sinonímia as células de Gaucher.⁷

Clinicamente apresenta três fenótipos:⁷

- Tipo 1 ou forma não neuropática: representa 95% dos casos, com incidência entre 1:10.000 e 1:20.000. Não apresenta idade específica para início dos seguintes achados clínicos: hepatomegalia, trombocitopenia, leucopenia e esplenomegalia, cursando com hipersplenismo, progredindo para anemia;
- Tipo 2 ou neuropática aguda: apresenta baixa incidência, de 1:100.000, ocorre em lactentes entre 4 e 5 meses e apresenta prognóstico sombrio;
- Tipo 3 ou neuropática crônica: com incidência inferior ao tipo 2. Inicia durante a idade pré-escolar. Tem evolução neurológica variável e sobrevida máxima entre a 20ª e 30ª década de vida.

O tratamento consiste na reposição enzimática, revertendo o quadro de organomegalia, anemia e trombocitopenia entre 12 e 36 meses. Os repositores enzimáticos não ultrapassam a barreira hematoencefálica, ou seja, não alteram o prognóstico das formas neuropáticas da doença.⁸

DESCRIÇÃO DO CASO

DSS, de 20 anos, idade gestacional (IG) de 36 semanas, foi diagnosticada com doença de Gaucher tipo I aos oito anos de idade. Foi admitida no serviço de ginecologia e obstetria do Hospital Guilherme Álvaro, para manejo de pré-eclâmpsia leve, da infecção do trato urinário (ITU) em tratamento e da alteração hematológica de base.

A paciente e seu irmão haviam sido diagnosticados com DG durante a segunda infância. Apresentaram, na época, quadro clínico de hepatoesplenomegalia e anemia. A partir do diagnóstico fora iniciada a reposição enzimática com imiglucerase. Atualmente ambos seguem em acompanhamento hematológico e não apresentam sinais, ao exame físico, da doença.

Durante a gestação, a paciente realizou oito consultas em pré-natal de risco habitual, apresentando inicialmente um quadro de hipertensão gestacional; *a posteriori*, apresentou proteinúria de 0,4 g em urina de 24 horas, caracterizando pré-eclâmpsia leve.

Na admissão, a paciente apresentou-se clinicamente estável, com 110 mmHg x 80 mmHg de pressão arterial (PA) aferida em decúbito lateral esquerdo e cardiocardiografia com padrão reativo sem desacelerações. Hemograma inicial com 12,2 g/dL de hemoglobina (HB); 35,2% de hematócrito (HT); 11.600/mm³

de leucócitos totais e 43.000/mm³ de plaquetas. Sob uso de 500 mg de metildopa ao dia, 1 g de cefalexina ao dia e 200 mg de sulfato ferroso ao dia (equivalente a 40 mg de ferro elementar).

Sob orientação da equipe de hematologia, foi prescrito o imiglucerase, um frasco com 400 UI quinzenalmente, e parto conforme indicação obstétrica, seja via alta ou baixa, atentando para a necessidade de níveis plaquetários superiores a 50.000/mm³ em concordância ao estabelecido pelo Ministério da Saúde e o *guideline* do Comitê Britânico de Padrões em Hematologia.^{9,10}

No oitavo dia de internação hospitalar, e IG de 37 semanas e 2 dias, a paciente apresentou 19.000/mm³ de plaquetas, sem sinais laboratoriais de hemólise ou elevação das enzimas hepáticas e, ao exame físico, a ausência de petéquias, equimoses, visceromegalias ou hemorragias. O exame excluiu a síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas) como diagnóstico diferencial. A equipe de hematologia prescreveu transfusão 7 U de concentrados de plaquetas no início do trabalho de parto e 2 concentrados de hemácias na ausência de hemorragias durante o puerpério, como profilaxia das perdas sanguíneas inerentes ao parto.

A equipe de obstetria iniciou a indução de parto com 25 mcg de misoprostol de seis em seis horas, não sendo administrado durante a noite, conforme recomendação do Ministério da Saúde. No total foram administrados oito comprimidos.¹¹

A paciente manteve-se estável quanto à pré-eclâmpsia e a ITU. Vide **Figura 1** quanto à evolução dos índices hematimétricos e **Figura 2** quanto à evolução da PA.

O parto ocorreu com IG de 37 semanas e 5 cinco dias, via vaginal com rotura oportuna da bolsa de águas, com três horas de amniorrexe, dequitação fisiológica e recém-nascido com 2.900 gramas e índice de Apgar igual a 9 no 1º minuto e 10 no 5º minuto, seguindo em alojamento conjunto.

DISCUSSÃO

Inicialmente foi realizada revisão bibliográfica da literatura nas bases de dados do MEDLINE via PubMed, LILACS via BVS e dos Repositórios Institucionais das Universidades Federais de Santa Catarina (UFSC) e do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme mostrado na **Tabela 1**. Foram excluídos manuscritos que envolvessem as repercussões neonatais da DG, estudos exclusivamente genéticos, além de considerar exclusivamente estudos em português, inglês e espanhol, totalizando 25 manuscritos selecionados.

A partir dessa revisão, foi observado, em uma série de 13 casos, publicada em 1953, que não houve influências desfavoráveis no intercurso da gestação. Nove pacientes chegaram a termo e quatro tiveram indicação de aborto terapêutico no

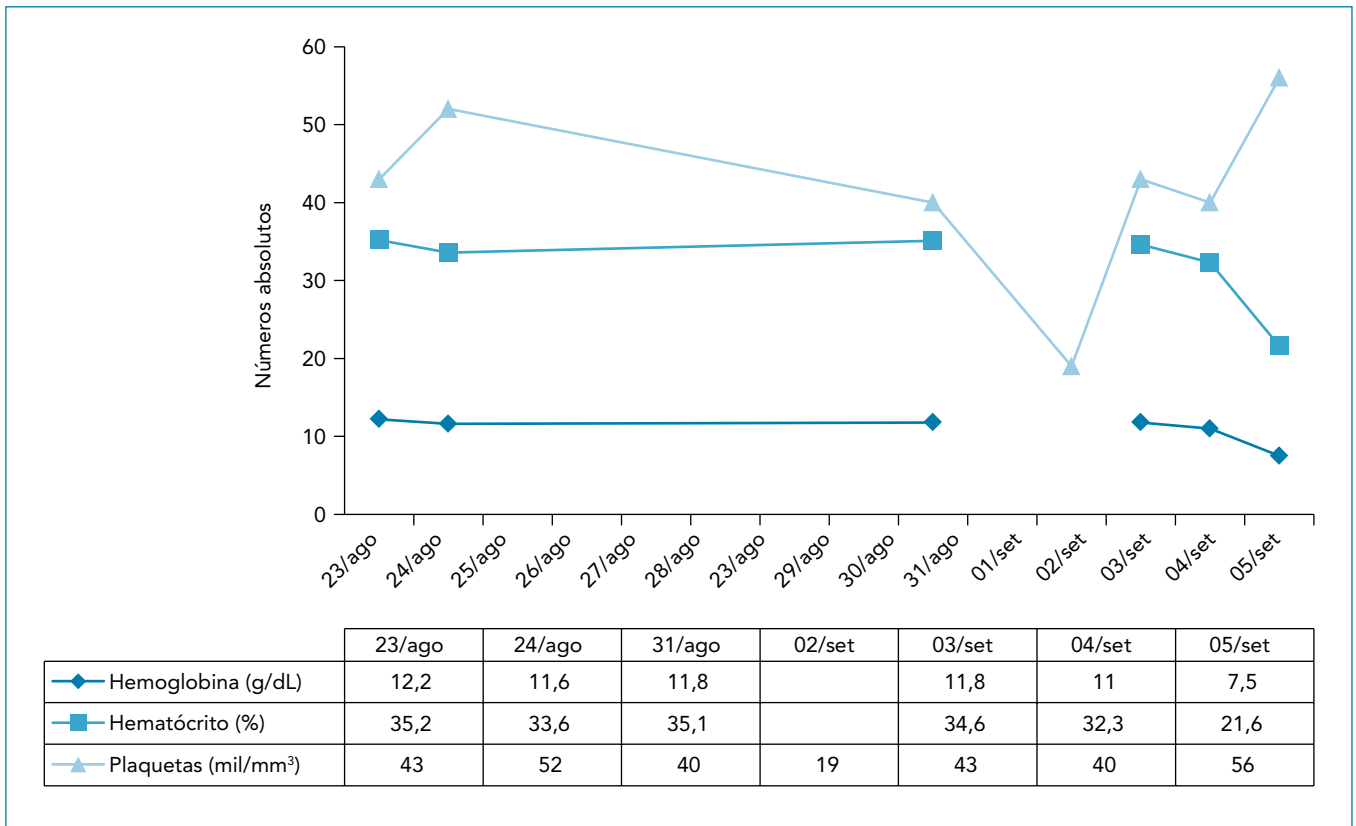


Figura 1. Evolução dos parâmetros hematimétricos da paciente gestante com doença de Gaucher.

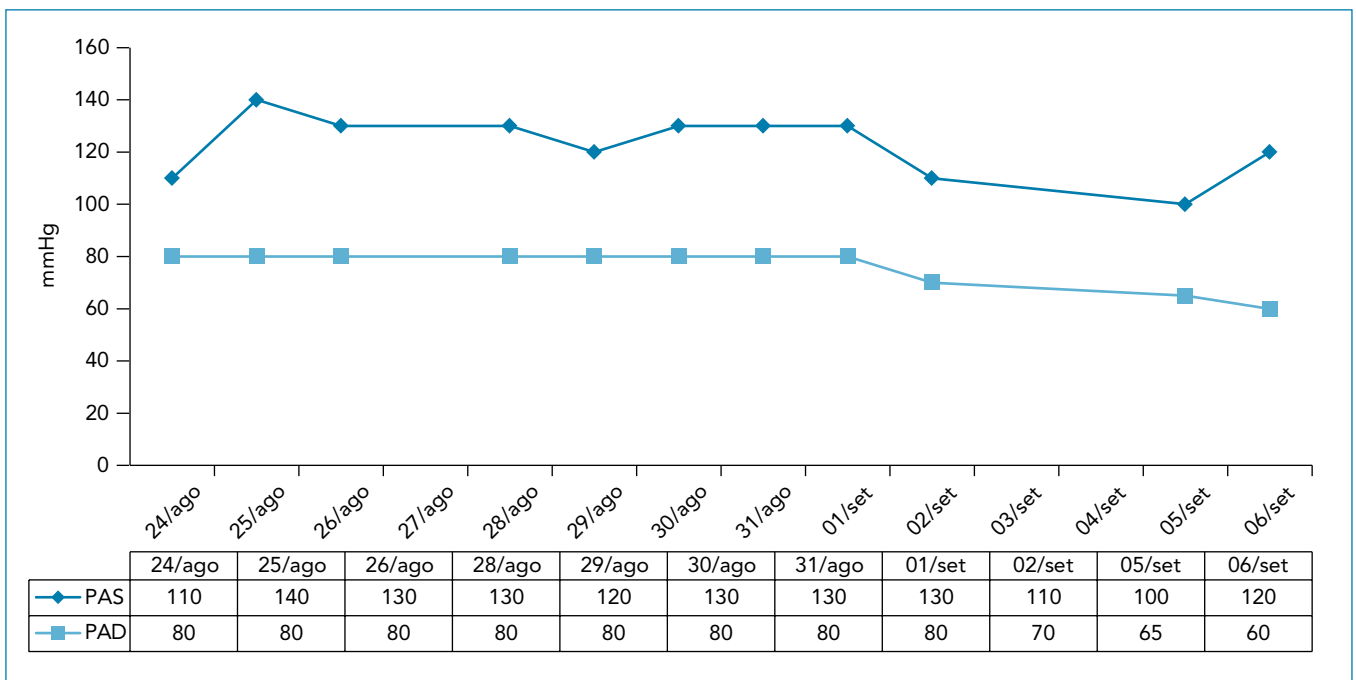


Figura 2. Evolução dos níveis pressóricos de gestante com doença de Gaucher: pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD).

Tabela 1. Busca por relatos de caso semelhantes

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos relacionados
MEDLINE via PubMed	("Gaucher Disease") AND "Pregnancy" ("Gaucher Disease") AND "Pregnancy" Filters: Case Reports	68	22
LILACS via BVS	Doença de Gaucher and Gestação	3	1
Repositório Institucional da UFSC	Gaucher	1	1
Repositório Institucional da UFRN	Gaucher	1	1

UFSC = Universidade Federal de Santa Catarina; UFRN = Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

primeiro trimestre devido ao estado de saúde não favorável dessas gestantes.¹²

Um estudo publicado em 1997 discorre sobre a associação de gravidez com a DG, e não indicou aborto terapêutico na ausência de citopenia grave recorrente ou outras complicações da afecção. Foi observada maior necessidade de transfusões de hemoderivados, seja durante o parto via alta ou via baixa, após dequitação. Os autores reiteram que essas pacientes apresentam poucas intercorrências durante o ciclo gravídico puerperal e em relação ao binômio materno-fetal. Em contrapartida, é imperativa a monitoração hematológica rigorosa e correção imediata de quaisquer alterações hematimétricas.¹³

Em 2010, foi relatado o manejo anestésico, sem intercorrências, de uma paciente com DG tipo I, com indicação de resolução obstétrica por via alta, corroborando a indicação da via de parto exclusivamente pelo obstetra responsável.¹⁴

Em sequência ao parto, durante período puerperal, é válido ressaltar que os casos descritos na literatura não contraindicam o uso de imiglucerase durante o aleitamento materno, desde que se mantenha a vigilância ativa dos parâmetros hematimétricos da mãe.¹⁵

Quanto ao seguimento, o consenso brasileiro para o tratamento de DG preconiza:⁷

- Reposição enzimática com imiglucerase a cada duas semanas;
- Seguimento trimestral ou semestral com hemograma completo, fosfatase ácida total e enzimas hepáticas;
- Avaliação volumétrica hepática e esplênica, anualmente;
- Densitometria óssea ou avaliação radiológica do esqueleto, anualmente.

CONCLUSÃO

A associação de gestação e doença de Gaucher em geral não leva a alterações graves durante o ciclo gravídico-puerperal.¹⁶ As pacientes geralmente apresentam diagnóstico prévio desse distúrbio hematológico e apresentam-se estáveis no momento da concepção. É notório que o tratamento com imiglucerase deve ser continuado e que os dados hematimétricos devem ser constantemente avaliados.

Os maiores cuidados são observados do início do trabalho de parto ao puerpério imediato em razão das perdas sanguíneas inerentes ao parto, cuja via é definida por indicação obstétrica, e por segurança, com níveis plaquetários superiores a 50.000/mm³, recomendado pela literatura. A reposição enzimática também não é contraindicada durante o aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CS, Silva LR, Araújo MJB, Tannús RK, Aoki WL. Doença de Gaucher – uma desordem subdiagnosticada [Gaucher Disease – an underdiagnosed disorder]. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(1):122-5.
2. Ferreira JS, Ferreira VLPC, Ferreira DDC. Estudo da doença de Gaucher em Santa Catarina [Study of Gaucher disease in Santa Catarina]. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2008;30(1):5-11.
3. Lacerda LMWG. Biochemical and molecular genetic studies on Gaucher disease in Portugal: The N370S glucocerebrosidase gene mutation [Tese]. Porto: Universidade do Porto; 1998.
4. Pinto R, Caseiro C, Lemos M, et al. Prevalence of lysosomal storage diseases in Portugal. *Eur J Hum Genet*. 2004;12(2):87-92.
5. Chaves RG. Rastreamento populacional para Doença de Gaucher em Tabuleiro do Norte-Ceará. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
6. Chaves RG, Coelho JC, Michelin-Tirelli K, et al. Successful screening for Gaucher disease in a high-prevalence population in Tabuleiro do Norte (northeastern Brazil): a cross-sectional study. *JIMD Rep*. 2011;1:73-8.
7. Martins AM, Lobo CL, Sobreira EAP, et al. Tratamento da doença de Gaucher: um consenso brasileiro [Gaucher disease treatment: a Brazilian consensus]. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2003;25(2):89-95.
8. Krasnewich DM, Sidransky E. The lysosomal storage diseases. In: Goldman L, Schafer AI, editors. *Goldman's Cecil medicine*. 24th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 1357-9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.

10. British Committee for Standards in Haematology and Blood Transfusion Task Force. Guidelines for the use of platelet transfusions. *Br J Haematol*. 2003;122(1):10-23.
11. Santos FAG, Andrade VM, Miranda VR. O uso do misoprostol para indução do parto de feto vivo [The misoprostol use in labor initiation with live fetus]. *Femina*. 2009;37(8):433-6.
12. Bromberg YM, Toaff R, Diengott D. Pregnancy and Gaucher's disease. *Br Med J*. 1953;2(4839):761-3.
13. Pinto J, Segura E, Ribeiro S, Amaral R. Manejo anestésico en embarazada con enfermedad de Gaucher tipo I. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2010;57(4):243-4. Disponível em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90211828&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=344&ty=94&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=e s&fichero=344v57n04a90211828pdf001.pdf. Acessado em 2016 (29 abr).
14. Boufettal H, Quessar A, Jeddaoui Z, et al. Grossesse et maladie de Gaucher. *Journal de Gynécologie Obstétrique Et Biologie de La Reproduction*. 2014;43(5):397-400. Disponível em: <http://www.em-consulte.com/article/891970/article/grossesse-et-maladie-de-gaucher>. Acessado em 2016 (29 abr).
15. Brito Santana I, Soares L, Cardoso MC, et al. Doença de Gaucher na gravidez [Gaucher's disease in pregnancy]. *Acta Médica Portuguesa*. 1997;10(5):391-3. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/2438/1853>. Acessado em 2016 (29 abr).
16. Morales de Machín A, Méndez K, Bracho A, Chacín J. Enfermedad de Gaucher Tipo I y embarazo: diagnóstico molecular. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2014;74(3):210-6.

Melanoma após uso de ciclosporina em adolescente com dermatite atópica grave: relato de caso

Elaine Cristina Faria Abrahão Machado^I, Cíntia Mendes^{II}, Lissa Sabino de Matos^{III},
Caroline Romanelli Tiburcio Zelenika^{IV}, Marcel Alex Soares dos Santos^I, Marcela Baraldi Moreira^I,
Bogdana Victoria Kadunc^V, Ana Helena Kalies Oliveira^{II}

Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica (PUC), Campinas (SP)

RESUMO

Contexto: A ciclosporina é um potente imunossupressor que age primariamente nas células T por meio da inibição da calcineurina e consequente inibição da transdução do sinal mediada pela ativação do receptor das células T, sendo considerada por muitos como terapia de escolha nos casos de dermatite atópica grave. **Descrição do caso:** Relata-se o caso de paciente com dermatite atópica grave submetido a tratamento com ciclosporina que apresentou, em sua evolução, diagnóstico de melanoma *in situ* do tipo extensivo superficial. **Discussão:** Um dos efeitos colaterais mais graves do uso de ciclosporina é o aumento do risco de câncer, incluindo o desenvolvimento de lesões pré-malignas e tumores cutâneos malignos em áreas de pele expostas à luz solar, particularmente carcinomas de células escamosas. **Conclusões:** Há eficácia da ciclosporina na terapêutica de dermatite atópica grave, porém, pacientes que fazem uso desta droga devem ser submetidos rotineiramente a cuidadoso exame dermatológico à procura de qualquer sinal de neoplasia cutânea.

PALAVRAS-CHAVE: Dermatite atópica, ciclosporina, linfócitos T, neoplasias cutâneas, melanoma

INTRODUÇÃO

Os efeitos imunossupressores da ciclosporina foram identificados em 1976, e seus efeitos terapêuticos em pacientes com psoríase foram reconhecidos em 1979 por Mueller e Herrmann.¹ Posteriormente, as indicações de uso desta medicação na Dermatologia expandiram-se para o tratamento da dermatite atópica, pioderma gangrenoso, doença de Behçet, alopecia areata, doenças vesicobolhosas, entre outras.^{1,2} No entanto, seu uso tem sido limitado devido a complicações relacionadas à droga, como nefrotoxicidade, hipertensão,

hiperlipidemia, hipertricose e aumento do risco de alguns tipos de câncer.^{3,4} A eficácia da ciclosporina em pacientes com dermatite atópica tem sido demonstrada em inúmeros estudos e é considerada por muitos autores como tratamento de escolha para pacientes com dermatite atópica grave, entretanto, seu exato mecanismo de ação nesta doença ainda não é bem estabelecido.²

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, negro, de 14 anos, com quadro de dermatite atópica grave de longa data (**Figuras 1 e 2**),

^IMédicos residentes de Dermatologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica (PUC), Campinas (SP).

^{II}Médica dermatologista, Hospital e Maternidade Celso Pierro, Pontifícia Universidade Católica (PUC), Campinas (SP).

^{III}Médica especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD).

^{IV}Médica especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), membro da SBD, preceptora da residência médica e coordenadora do Ambulatório de Tricologia, Dermatopediatria e Laser do Serviço de Dermatologia, Pontifícia Universidade Católica (PUC), Campinas (SP).

^VMédica especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), membro da SBD, chefe do Serviço e coordenadora do Ambulatório de Inestética de Dermatologia, Pontifícia Universidade Católica (PUC), Campinas (SP).

Apresentado no 70^o Congresso Brasileiro da Sociedade de Dermatologia, 5 a 8 de setembro de 2015, São Paulo (SP).

Endereço para correspondência:

Elaine Cristina Faria Abrahão Machado

Av. José Pancetti – 1.164 – apto 156 B – Torre Veneza – Bairro Vila Proost de Souza – CEP 13033-740 – Campinas (SP)

Cel. (19) 99226-4838 — E-mail: elaine_abrahao@yahoo.com

Fonte de fomento: Não há suporte financeiro — Conflito de interesse: Não há conflito de interesse

Entrada: 7 de março de 2016 — Última modificação: 28 de junho de 2016 — Aceite: 18 de julho de 2016

iniciou seguimento em nosso serviço aos 12 anos de idade, encaminhado de outra instituição, em uso de ciclosporina oral 50 mg/dia há dois meses. Devido à melhora no quadro após introdução da ciclosporina, optou-se por manter tal medicação em seu esquema terapêutico. O paciente fez uso da ciclosporina por período aproximado de um ano e cinco meses, chegando à dose máxima de 100 mg/dia (equivalente a



Figura 1. Paciente com lesões liquenificadas, descamativas e hiperpigmentadas no tronco anterior.



Figura 2. Xerose cutânea e liquenificação nos membros inferiores.

aproximadamente 2,5 mg/kg/dia) durante seis meses, com retirada gradual da medicação após estabilidade do quadro cutâneo. Dez meses após suspensão da medicação, observou-se, durante consulta de rotina, uma mácula enegrecida e de contornos irregulares em região escapular à direita, a qual foi submetida a exérese (**Figura 3**). O estudo anatomopatológico foi compatível com melanoma *in situ* do tipo extensivo superficial, originado em lesão névica preexistente (juncional), tendo sido realizada a ampliação de margem (**Figura 4**). O estudo imunoistoquímico apresentou-se positivo para os marcadores HMB45 e Melan A. Após nova avaliação clínica e dermatoscópica, optou-se por exérese de uma segunda lesão, localizada em ponta de segundo pododáctilo direito, a qual o estudo histopatológico evidenciou tratar-se de nevo melanocítico displásico. O paciente segue em acompanhamento com as equipes de Dermatologia e Imunologia em uso de emoliente, anti-histamínico e corticoide tópicos, além de controle alimentar, realizando consultas periódicas no ambulatório de Dermatoscopia.



Figura 3. Mácula enegrecida e de contornos irregulares em região escapular direita. Detalhe da lesão submetida à exérese.

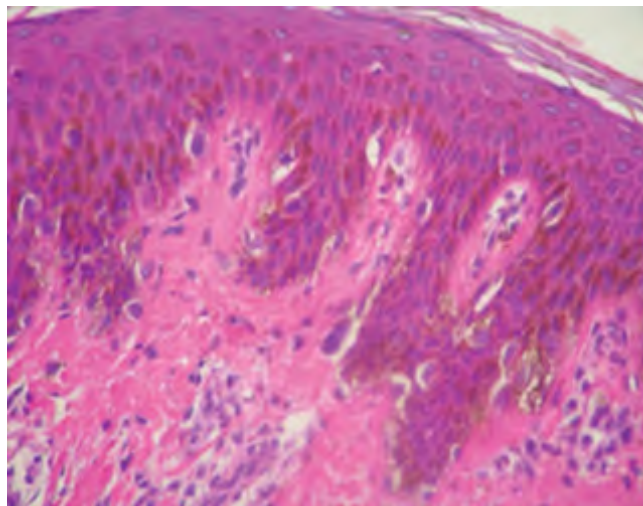


Figura 4. Anatomopatológico da lesão em região escapular direita, evidenciando epiderme com ninhos irregulares de células melanocíticas atípicas.

DISCUSSÃO

A dermatite atópica é doença inflamatória crônica da pele, muito comum em crianças, causada por uma interação complexa entre fatores genéticos e ambientais. A dermatite atópica está associada à ativação de fatores inflamatórios e alterações epidérmicas (incluindo hiperplasia, aumento da expressão de proteínas S100 e anormalidades na diferenciação celular).^{1,2} É classificada como uma doença do polo Th2 e Th22, mas a resposta Th1 e Th17 também parecem contribuir em sua patogênese.² A maioria das crianças com dermatite atópica pode ser efetivamente tratada com agentes tópicos, incluindo emolientes e agentes hidratantes, corticoides e inibidores da calcineurina, entretanto, casos graves podem ser refratários a essas modalidades terapêuticas e terapias imunossupressoras sistêmicas podem ser ocasionalmente requeridas para controle desta condição.^{3,5}

A ciclosporina é um potente imunossupressor que age primariamente nas células T por meio da inibição da calcineurina e consequente inibição da transdução do sinal mediada pela ativação do receptor das células T, sendo considerada por muitos como terapia de escolha nos casos de dermatite atópica grave.^{2,4} Realizada busca sistematizada nas principais bases de dados (**Tabela 1**) e um de seus efeitos colaterais mais grave é o aumento do risco de câncer, incluindo o desenvolvimento de lesões pré-malignas e tumores cutâneos malignos em áreas de pele expostas à luz solar, particularmente carcinomas de células escamosas.^{4,6} A literatura também relata casos de linfomas,

outros tumores internos e de pele em pacientes transplantados expostos a altas doses de ciclosporina (7-15 mg/kg/dia).^{4,6-8} No entanto, as doses de ciclosporina usadas para tratamento de condições dermatológicas são relativamente baixas (≤ 5 mg/kg/dia). No caso relatado, paciente fez uso de ciclosporina por um período de dois anos e um mês na dose máxima equivalente a 2,5 mg/kg/dia, considerada relativamente baixa, já que as doses imunossupressoras são utilizadas em pacientes transplantados.

O melanoma cutâneo é um tumor com características imunogênicas e capacidade de metastatizar-se por meio do sistema linfático devido a supressão da resposta imune normal. O desenvolvimento do melanoma devido a imunossupressão envolve diversos mecanismos, como secreção de citocinas imunossupressoras e supressão da atividade antitumoral normal.^{6,7,9} Dentre as medicações imunossupressoras que podem estar associadas ao desenvolvimento de neoplasias, podemos citar a ciclosporina como uma potente droga indutora de estado de imunodepressão, levando a aumento do risco e piora do prognóstico dos casos de melanoma. O mecanismo de desenvolvimento do melanoma em pacientes que fazem uso de alguma medicação imunossupressora não é exato e não se sabe ao certo se tais drogas criariam um ambiente mais propício à carcinogênese ou se teriam efeito direto sobre o desenvolvimento da neoplasia.⁷

CONCLUSÃO

Relata-se o caso de um paciente que fez uso de ciclosporina para tratamento de dermatite atópica grave, com resposta significativa e melhora importante do quadro, salientando a eficácia de tal medicação na terapêutica dessa enfermidade. Entretanto, pacientes que fazem uso da ciclosporina devem ser submetidos rotineiramente a cuidadoso exame dermatológico à procura de qualquer sinal de neoplasia cutânea, já que o aumento do risco de desenvolvimento desses tumores, apesar de infrequente nas doses comumente utilizadas, é um importante efeito adverso dessa medicação. Neste estudo, tratou-se de paciente jovem, da raça negra e sem fatores de risco para desenvolvimento de melanoma, em uso de doses relativamente baixas de ciclosporina, mostrando a importância dessa provável associação que ainda é rara na literatura.

Tabela 1. Estratégia de busca nas principais bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca	Número de artigos
MEDLINE (via PubMed) 07/04/2016	("cyclosporine" [MeSH]) AND (("Melanoma" [MeSH]) OR ("nevus, pigmented" [MeSH])) Filters: Case Reports	n = 6
Embase (via Elsevier) 18/04/2016	'cyclosporin' AND 'melanoma' OR 'nevus pigmented' Filters: Case Reports	n = 26
LILACS (via BVS) 18/04/2016	cyclosporine AND melanoma OR nevus pigmented AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS")) Filters: Case Reports	n = 1

REFERÊNCIAS

- Haw S, Shin MK, Haw CR. The Efficacy and Safety of Long-term Oral Cyclosporine Treatment for Patients with Atopic Dermatitis. *Ann Dermatol.* 2010;22(1):9-15.
- Khatti S, Shemer A, Rozenblit M, et al. Cyclosporine in patients with atopic dermatitis modulates activated inflammatory pathways and reverses epidermal pathology. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133(6):1626-34.

3. Sibbald C, Pope E, Ho N, Weinstein M. Retrospective review of relapse after systemic cyclosporine in children with atopic dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2015;32(1):36-40.
4. Thoms KM, Kuschal C, Oetjen E, et al. Cyclosporin A, but not everolimus, inhibits DNA repair mediated by calcineurin: implications for tumorigenesis under immunosuppression. *Exp Dermatol.* 2011;20(3):232-6.
5. Hijnen DJ, ten Berge O, Timmer-de Mik L, Bruijnzeel-Koomen CA, de Bruin-Weller MS. Efficacy and safety of long-term treatment with cyclosporin A for atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(1):85-9.
6. Köhler LD, Kautzky F, Vogt HJ. [Multiple cutaneous neoplasms in cyclosporine therapy after kidney transplantation]. *Hautarzt.* 1995;46(9):638-42.
7. Kubica AW, Brewer JD. Melanoma in immunosuppressed patients. *Mayo Clin Proc.* 2012;87(10):991-1003.
8. Hodi FS, Granter S, Antin J. Withdrawal of immunosuppression contributing to the remission of malignant melanoma: a case report. *Cancer Immun.* 2005;5:7.
9. Carlesimo M, La Pietra M, Arcese A, et al. Nodular melanoma arising in a patient treated with anti-tumor necrosis factor alpha antagonists. *Int J Dermatol.* 2012;51(10):1234-6.

Método alternativo de flebotomia terapêutica isovolêmica: manejo de uma paciente policitêmica com celulite

Gabriel Peres^I, Hélio Amante Miot^{II}, Hamilton Ometto Stolf^{III}

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (HC-FMB-UNESP)

RESUMO

Contexto: Flebotomia terapêutica é um recurso antigo, porém ainda muito utilizado em determinadas circunstâncias clínicas. A flebotomia terapêutica é isovolêmica quando se repõe igual volume ao retirado. **Descrição do caso:** Paciente com poliglobulia secundária a hipóxia crônica por hipertensão pulmonar, admitida em pronto-socorro dispneica. Foram descartados trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP), tratada a celulite de membro inferior, otimizadas as drogas para insuficiência cardíaca e indicada flebotomia terapêutica isovolêmica para tratamento adjuvante da poliglobulia. Considerando o insucesso nas tentativas com sistema de bolsa coletora, padronizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual Paulista (HC-UNESP), obteve-se sucesso realizando método alternativo de flebotomia terapêutica, relatado neste artigo. **Discussão:** A indicação da flebotomia se deu por hemoconcentração em paciente policitêmica, com piora do quadro basal. Todavia, ainda não estava em uso de oxigenioterapia domiciliar, previamente indicado. Ainda que pouco disseminado, o método demonstrado consta no protocolo de algumas instituições. Neste caso, foi a forma possível de se operacionalizar a flebotomia. **Conclusões:** Com este relato, demonstra-se que, muitas vezes, as soluções para os desafios clínicos cotidianos podem ser encontradas nos recursos já existentes, reduzindo tempo de internação, custos e tornando o sistema público mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Flebotomia, sangria, anóxia, policitemia, dispneia

INTRODUÇÃO

Entende-se por flebotomia terapêutica (FT) a retirada de volume predeterminado de sangue para tratar manifestações decorrentes do seu excesso na circulação sistêmica ou do seu depósito em órgãos parenquimatosos, bem como o aumento da

viscosidade sanguínea e as situações de acúmulo de produtos metabólicos. A FT é considerada isovolêmica quando volume equivalente ao sangue retirado é repostado na forma de cloreto de sódio (NaCl) 0,9%, objetivando manter o *status* hemodinâmico do paciente, o qual muitas vezes apresenta condições clínicas de base que não permitiriam tal variação volêmica.^{1,2}

^IMédico residente em Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-UNESP). Mestrando, Mestrado Profissional Associado à Residência Médica (MEPAREM), FMB-UNESP.

^{II}Professor assistente do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-UNESP).

^{III}Professor colaborador da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Agradecimentos: ao Prof. Dr. Leonardo A. M. Zornoff (Departamento de Clínica Médica e Emergências Médicas dada Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-UNESP), preceptor do estágio na Enfermaria CM I – HC/UNESP); à equipe de médicos residentes em Clínica Médica Geral; à equipe de Enfermagem da Enfermaria CM II do Hospital das Clínicas da UNESP e à Sra. Eliete Correia (Departamento de Dermatologia e Radioterapia da FMB-UNESP).

Editor responsável por esta seção:

Hamilton Ometto Stolf. Professor colaborador da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Endereço de correspondência:

Gabriel Peres

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

Botucatu (SP) — CEP 18618-000

Tel./Fax. (14) 3882-4922 — E-mail: gabrielperes@uol.com.br

Fonte de fomento: Não há — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 8 de abril de 2016 — Última modificação: 13 de agosto 2016 — Aceite: 2 de setembro de 2016

A flebotomia, *lato sensu*, já era procedimento descrito na Antiguidade, por meio de lancetas e até mesmo sanguesugas. Na referida época, o procedimento tinha as mais diversas indicações, inclusive acreditava-se que poderia prevenir doenças. Na atualidade, a FT tem indicações formais e está presente no rol de procedimentos à disposição da Medicina.³

Um levantamento feito em um hospital universitário brasileiro evidenciou as indicações mais frequentes de FT: eritrocitose pós-transplante renal; policitemia vera; eritrocitose (associada a várias condições); doença pulmonar obstrutiva crônica; hemocromatose hereditária; porfiria cutânea tarda com ou sem hepatite C e cardiopatia congênita.⁴

Ainda que não seja procedimento isento de riscos (hipovolemia transitória, anemia ferropriva e hipóxia tissular), a FT configura-se como adjuvante no tratamento de condições tais quais as supracitadas, além de ser relativamente segura e custo-efetiva.⁵

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos, portadora de síndrome de Down, deu entrada no pronto-socorro com queixa de dor, edema e eritema, no membro inferior esquerdo distal, além de referir piora da dispneia basal ao repouso e ortopneia, havia um dia. Era obesa e sofria de hipotireoidismo, insuficiência cardíaca diastólica (com evidência de comunicação interventricular, em ecocardiograma datado de cinco anos antes, porém não visualizado ao exame realizado no mesmo ano do atendimento deste relato), hipertensão arterial pulmonar (com poliglobulia e hipoxemia crônica, já aguardando disponibilização de oxigênio para uso domiciliar, previamente recomendado pela Pneumologia).

Ao exame físico, à admissão, encontrava-se pletórica, algo cianótica, taquidispneica, com 71% de saturação ao oxímetro de pulso, sendo logo instituída oxigenoterapia com máscara de Venturi, com melhora parcial. Apresentava crepitações nas bases pulmonares à ausculta torácica e sopro panfocal, mais evidente no foco pulmonar à ausculta do precórdio. Apresentava também edema assimétrico mais evidente na perna esquerda, com sinais flogísticos locais, sem outros sinais aqui dignos de nota ao exame físico.

Ainda que com *score* de Wells evidenciando baixa/moderada probabilidade, não se podendo descartar tromboembolia pulmonar, a paciente seguiu para a sala de emergência. Posteriormente, foi descartada trombose venosa profunda e tromboembolia pulmonar, mantendo-se os diagnósticos de insuficiência cardíaca descompensada, celulite do membro inferior esquerdo e piora da poliglobulia basal (hemoglobina: 20,3 g/dL/hematócrito: 62,8%).

A paciente seguiu internada em enfermaria para compensação da insuficiência cardíaca e manejo da poliglobulia, além de antibioticoterapia com amoxicilina/clavulanato. Diante da necessidade de viabilizar o tratamento, sem prolongar desnecessariamente a internação, considerando a quantidade insatisfatória de sangue removido nas primeiras vezes, desde a admissão, uma vez que, durante o procedimento padronizado, ocorria de o sangue coagular no sistema de bolsa coletora padronizada no hospital, optamos pelo método abaixo comentado para proceder as FT indicadas. Foram otimizados os medicamentos para insuficiência cardíaca, além de seriados hemoglobina e hematócrito após as primeiras tentativas de FT isovolêmica, cuja indicação médica foi a presença de poliglobulia secundária a hipoxemia crônica associada a hipertensão pulmonar.

Havendo sucesso com o método alternativo, foi possível remover os pretendidos 450 mL de sangue venoso periférico em cada FT realizada, com reposição de NaCl 0,9% subsequente. A paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial (a evolução hematimétrica é representada no **Gráfico 1**), recebendo alta hospitalar, ainda que mantendo valores subótimos de saturação periférica, compatíveis com o quadro de hipoxemia crônica presente previamente à internação, mas eupneica em ar ambiente.

Cabe nota de que tentamos viabilizar oxigenoterapia domiciliar, junto ao serviço social, para atuar no mecanismo

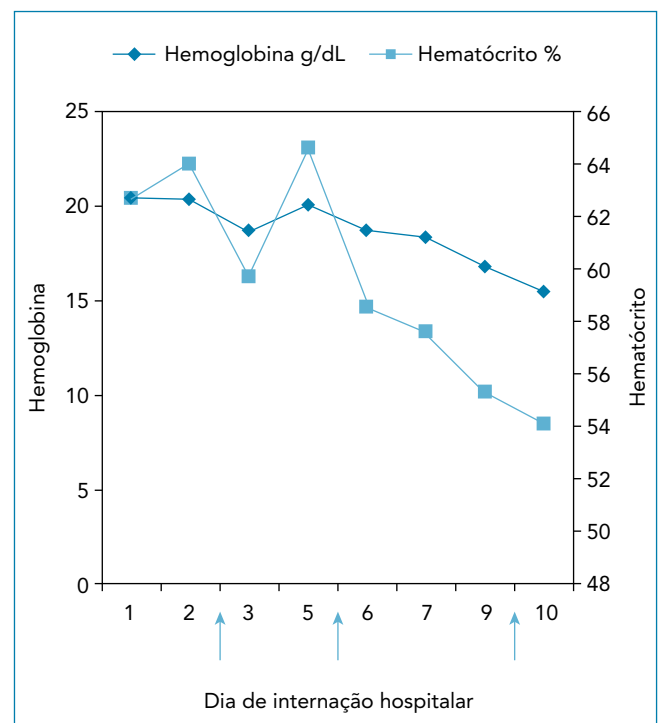


Gráfico 1. Evolução hematimétrica durante a internação. Atentar para as flebotomias terapêuticas (setas) e sua repercussão.

fisiopatológico deste caso de poliglobulia, porém havia uma lista de espera pelo recurso, não sendo possível naquele momento. Vinte dias após o atendimento, não constavam registros de reinternação da paciente no serviço.

Materiais e métodos utilizados na FT

O procedimento traduz uma demanda simples: remover quantidade pré-determinada de sangue venoso periférico. Para tal, utilizamos: cateter venoso 16 F; conector “Y”; equipo; bolsa de NaCl a 0,9% 250mL; seringa de 60 mL, além de materiais de antissepsia e fixação padrão (**Figura 1**).

Procedeu-se o acesso venoso periférico, conectando-se o “Y” ao equipo ligado à bolsa de soro e à seringa de 60 mL. O objetivo do soro conectado eram as lavagens subsequentes do sistema para evitar coagulação do sangue intraluminal (**Figura 2**). Com isso, em cada uma das FT, foi possível remover 450 mL de sangue venoso periférico, de modo a atingir o objetivo terapêutico proposto (**Figura 3**).

Após o término da aspiração do volume de sangue pré-estabelecido, igual volume de NaCl 0,9% foi infundido para o procedimento ter caráter isovolêmico. Não houve intercorrências hemodinâmicas em nenhuma das FT realizadas nesta paciente.

DISCUSSÃO

No caso clínico apresentado, a indicação da FT se deu por hiperviscosidade numa paciente hipoxêmica crônica



Figura 2. Sistema pronto para início da flebotomia terapêutica pelo método aqui demonstrado.

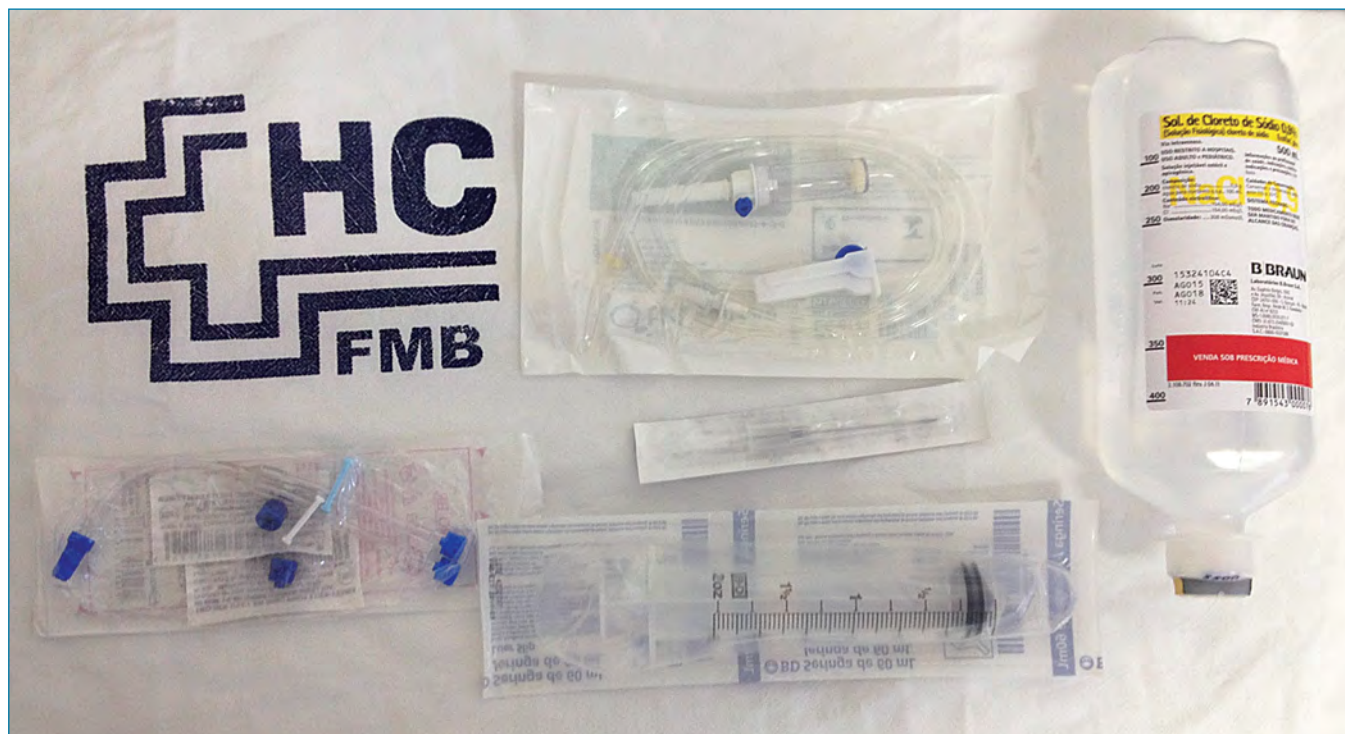


Figura 1. Materiais utilizados no método não padronizado de flebotomia terapêutica.



Figura 3. Flebotomia terapêutica no momento da aspiração do sangue com seringa de 60 mL em uma das vias do conector “Y”.

sintomática, além de hematócrito maior que 56% (grau de recomendação B: nível de evidência III). Todavia, sabemos que o ideal para evitar que isso se agravasse seria que a paciente tivesse acesso à oxigenioterapia domiciliar de longo prazo (grau de recomendação A: nível de evidência IA).⁶

Considerando a necessidade iminente de proceder a FT e o insucesso com o método padronizado no serviço, optamos por tentar operacionalizar de outra maneira, com materiais disponíveis do hospital, sendo então possível viabilizar o manejo. Na literatura, técnicas semelhantes são descritas e algumas instituições possuem protocolos semelhantes ao que apresentamos.⁷ Todavia, conforme demonstrado na **Tabela 1**, a busca nas diferentes bases de pesquisa, sobre este tema mostrou que ele não tem sido abordado com frequência, tratando-se de uma contribuição prática importante.

Tabela 1. Resultados da busca sistematizada sobre flebotomia terapêutica nas bases de dados médicas realizada no dia 09/08/2016 sem limitação de data ou língua

Base	Estratégia de busca	Resultados	Relatos de casos semelhantes
Embase	(bloodletting OR therapeutic phlebotomy) AND polycythemia	85	3
LILACS	(flebotomia terapêutica) AND (policitemia)	2	0
PubMed	“bloodletting”[MeSH Terms] OR “phlebotomy”[MeSH Terms] AND “polycythemia”[MeSH Terms] AND Case Reports[ptyp]	64	5
SciELO	(bloodletting) OR (therapeutic phlebotomy) OR (flebotomia terapêutica)	5	0

CONCLUSÃO

Situações cotidianas da prática médica podem ser solucionadas de maneira simples, com recursos disponíveis na rotina, portanto custo-efetivas, gerando benefício direto ao paciente cujo problema é resolvido, bem como reduzindo tempo e custos de internação e tornando o sistema público de saúde mais eficiente.

REFERÊNCIAS

1. Cook LS. Therapeutic phlebotomy: a review of diagnoses and treatment considerations. *J Infus Nurs.* 2010;33(2):81-8.
2. Kasprisin CA, Laird-Fryer B. Blood donor collection practices. Bethesda: American Association of Blood Banks; 1993.
3. Parapia LA. History of bloodletting by phlebotomy. *Br J Haematol.* 2008;143(4):490-5.
4. Angulo IL, Papa FV, Cardoso FG. Sangria terapêutica [Therapeutic phlebotomy]. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1999;32(3):290-3.
5. Assi TB, Baz E. Current applications of therapeutic phlebotomy. *Blood Transfus.* 2014;12 Suppl 1:s75-83.
6. McMullin MF, Bareford D, Campbell P, et al. Guidelines for the diagnosis, investigation and management of polycythaemia/erythrocytosis. *Br J Haematol.* 2005;130(2):174-95.
7. The University of Iowa Hospitals and Clinics. Department of Pathology. DeGowin Blood Center. Guidelines for therapeutic phlebotomy performed by the clinical service. Disponível em: http://www.healthcare.uiowa.edu/path_handbook/appendix/bloodcenter/therap_phleb_guidelines.html. Acessado em 2016 (31 ago).

Evidências não recomendam o rastreamento para doença pulmonar obstrutiva crônica em adultos assintomáticos

Autores da tradução:

Pablo Gonzáles Blasco^I, Marcelo Rozenfeld Levites^{II}, Pedro Subtil de Paula^{II}

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

PERGUNTA CLÍNICA

Devemos triar doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em adultos assintomáticos?

PONTO DE PARTIDA

A United States Preventive Services Task Force (USPSTF) conclui que não há provas suficientes de que a triagem para a DPOC em adultos assintomáticos melhora a qualidade de vida relacionada à saúde, morbidade ou mortalidade. A USPSTF desaconselha a triagem para DPOC em adultos assintomáticos (recomendação D). Esta atualização mantém a recomendação anterior sobre o rastreio de DPOC (2008).

Nível de evidência = 2c.¹

ESTUDO

Guia de prática médica.

FINANCIAMENTO

Governo.

CENÁRIO

População — orientação geral.

ALOCAÇÃO

Não se aplica — orientação geral.

SINOPSE

A USPSTF² não encontrou provas de que a triagem para DPOC em adultos assintomáticos melhora a qualidade de vida relacionada à saúde, morbidade ou mortalidade. A detecção precoce de DPOC antes do aparecimento de sintomas clinicamente evidentes não melhora os resultados orientados para o paciente. Um estudo revisado que avaliou os efeitos da triagem na cessação do tabagismo encontrou benefício para aumentar as taxas de cessação do tabagismo, mas quatro ensaios adicionais não encontraram diferenças nas taxas de abstinência de fumo entre os fumantes triados e os não triados.² Não há outras Associações ou Universidades nacionais ou internacionais que recomendem a triagem para DPOC em pacientes assintomáticos.

^IMédico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

^{II}Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

Pablo Gonzáles Blasco. Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Marcelo Rozenfeld Levites. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Pedro Subtil de Paula. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126 — E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 10 de julho de 2016 — Última modificação: 16 de agosto de 2016 — Aceitação: 2 de setembro de 2016

REFERÊNCIAS

1. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (31 ago).
2. US Preventive Services Task Force (USPSTF), Siu AL, Bibbins-Domingo K, et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016;315(13):1372-7. Siu AL; US Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2016;315(13):1372-1377.

RESPONSÁVEL PELA EDIÇÃO DESTA SEÇÃO: SOBRAMFA



O rastreamento de câncer de ovário em mulheres após a menopausa não reduz mortalidade por câncer de ovário (United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening, UKCTOCS)

Pablo Gonzáles Blasco¹, Marcelo Rozenfeld Levites¹, Pedro Subtil de Paula¹

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

PERGUNTA CLÍNICA

Mulheres selecionadas para triagem de câncer de ovário têm melhores resultados de saúde que mulheres não selecionadas?

PONTO DE PARTIDA

Neste estudo, as mulheres que foram rastreadas para câncer de ovário não apresentaram benefícios na redução da mortalidade quando comparadas com as mulheres que não receberam o rastreamento.

Nível de evidência = 1b.¹

ESTUDO

Ensaio clínico aberto randomizado.

FINANCIAMENTO

Governmental.

CENÁRIO

Populacional – Reino Unido.

SINOPSE

Neste estudo britânico,² os investigadores randomizaram mais de 200.000 mulheres com idades de 50 e 74 anos para um dos três grupos: um em que realizaram triagem anual com ultrassonografia pélvica mais exame de CA-125 sérico, outro para realizarem triagem anual exclusivamente com ultrassom e o terceiro para não realizarem a triagem. As mulheres foram recrutadas por meio dos registros do Serviço Nacional

¹Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

²Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

Pablo Gonzáles Blasco. Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Marcelo Rozenfeld Levites. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Pedro Subtil de Paula. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126 — E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 10 de julho de 2016 — Última modificação: 16 de agosto de 2016 — Aceitação: 12 de setembro de 2016

de Saúde (NHST). Os pesquisadores acompanharam as mulheres por uma média de 11 anos. Ao fim desse tempo, tanto a taxa de detecção do câncer de ovário (< 1%) quanto a de mortalidade por essa causa (aproximadamente 0,3%) ficaram mantidas nos três grupos.

O autor do POEM comenta que o estudo utilizou intervenções estatísticas possivelmente tendenciosas (como calcular mortalidade usando método de intenção de tratar modificada, a falta de mascaramento e exclusões após a distribuição randômica), na tentativa de fugir de um resultado negativo e que, mesmo assim, não encontrou diferença estatística nos resultados. Diz ainda: “poderíamos simplesmente parar por aí e concluir que a triagem é ineficaz, como

fizeram os autores dos estudos de próstata, pulmão, color-retal e outro estudo sobre câncer de ovário (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian, PLCO). Não estes pesquisadores”. E complementa, em tom polêmico: “depois de modelagem estatística, eles descobriram que pode haver um benefício tardio na mortalidade por câncer de ovário que não é evidente até depois de oito anos”.

Este é um POEM que adiciona evidência a outros estudos já disponíveis na literatura, de que a triagem para o câncer de ovário, assim como na maior parte das doenças estudadas, é desaconselhável. Serve também como alerta para se verificar as possíveis diferenças estatísticas/metodológicas que podem interferir nos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2016 (31 ago).
2. Jacobs IJ, Menon U, Ryan A, et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387(10022):945-56.

RESPONSÁVEL PELA EDIÇÃO DESTA SEÇÃO: SOBRAMFA



Intraduzível

Alfredo José Mansur¹

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

O progresso médico e científico nas décadas recentes propiciou experiências novas para médicos e profissionais da saúde de modo geral. Muitas aquisições da Medicina, tanto na área diagnóstica quanto na esfera terapêutica, eram impensáveis em tempos mais distantes. Parte desse progresso se manifesta na elaboração de vivências e conceitos que trazem a necessidade de serem traduzidos de modo condizente, tanto na linguagem laica quanto na linguagem profissional.

A tradução pode ser entendida como uma competência que permite que significados em uma determinada língua ou sistema de significados possam ser expressos em outra língua ou sistema de significados, douto domínio de estudiosos e autoridades.¹ Admite-se que a tradução possa ser muitas vezes difícil, e outras vezes quase impossível. Há até um curioso dicionário de termos “intraduzíveis”.²

Profissionais que cuidam de pacientes se deparam constantemente com dificuldades de tradução da prática para as palavras, e se permitem os entendidos, em tradução inter-semiótica¹ na sua essência. Ensinou há tempos o filósofo: “Apesar da grande riqueza das nossas línguas, muitas vezes o pensador vê-se em apuros para encontrar a expressão rigorosamente adequada ao seu conceito, sem a qual não pode fazer-se compreender bem, nem pelos outros nem por si mesmo”.³ Tal dificuldade pode ser vivida na prática tanto por pacientes quanto por médicos e profissionais de saúde; situação tão específica e muitas vezes individualíssima, de tal modo que a demanda para a linguagem pode em muito exceder o

alcance semântico da terminologia coloquial ou a mera reprodução de termos, chavões ou neologismos. Não podem passar despercebidos aos profissionais os distintos graus de alfabetismo funcional em nosso meio, que podem oscilar entre extremos.⁴ Seguem reflexões a respeito de experiências de difícil tradução na circunstância específica da clínica.

Inconsistência entre resultados de múltiplos exames de alta tecnologia – Avaliações médicas podem recorrer a diferentes exames de alta tecnologia. Por vezes os resultados de diferentes exames não são consonantes a uma hermenêutica comum, mas podem trazer informações ambíguas ou desencontradas relacionadas à sua indicação, execução, relato e interpretação clínica. Evidentemente, exames que empregam alta tecnologia, têm execução complexa, custo alto suscitam expectativas elevadas de encaminhamentos resolutivos – e, para muitos, quanto mais exames, mais resolutiva a propedêutica ou a terapêutica. Quando tal não sucede, há a dificuldade de se traduzir essa vivência para a linguagem, uma vez que, de modo geral, o uso de tecnologia pressupõe solução.

Essas dificuldades não são estranhas aos médicos de modo geral e aos clínicos em particular: lidar com os hiatos de conhecimento, sem apressar-se em designá-los com terminologia desgastada e desatualizada para novas circunstâncias da modernidade é parte da atuação clínica. O grande escritor não nos deixa esquecer: “A muita coisa importante falta nome”.⁵ A dificuldade na tradução imediata de muitas circunstâncias pode ser desafiadora para médicos e pacientes.

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

Endereço para correspondência:
Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — CEP 05403-000
Tel. InCor (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889
E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado
Entrada: 25 de agosto de 2016 — Última modificação: 25 de agosto de 2016 — Aceite: 12 de setembro de 2016

Leigo versus médico – como hoje “todas” as informações estão disponíveis na internet, a atuação médica e de profissionais de saúde pode ser examinada com base em informações disponíveis. Além disso, a conveniente participação de pacientes e familiares nos cuidados à saúde impõe que processos sejam compartilhados e transparentes.

Situação interessante pode ocorrer no processo diagnóstico – a reunião de dados clínicos obtidos pelo médico e reunidos em arcabouço nosológico ou diagnóstico – discutido com o leigo. O leigo soma as informações do seu modo e não concebe o diagnóstico; o médico pode até, com base em poucos, escassos ou sutis sintomas e sinais, ter a segurança do diagnóstico e do tratamento. Pode ser muito difícil traduzir ao leigo onde está a diferença na interpretação. Antigamente, se dizia que era a interpretação clínica, termo que não traduz especificamente, mas assistia aos participantes do processo a lidar com a dificuldade. Talvez seja hoje mais um dos termos intraduzíveis.

Saudável ou prejudicial – há alimentos, substâncias ou medicamentos que passaram da polaridade altamente saudável para altamente prejudicial e vice-versa no decorrer de poucas décadas, de modo a serem experiências próprias da biografia de muitas pessoas. O mesmo já aconteceu com medicamentos e com intervenções cirúrgicas. Uma paciente certa feita instou o médico “Doutor, façam o favor de se entenderem; ora dizem que tal coisa faz mal à saúde, em seguida dizem que faz bem à saúde”. Poderíamos ousar e fazer analogia com o exercício da falseabilidade da ciência?⁶ São experiências de difícil tradução e que escapam ao maniqueísmo.

Tratamento clínico versus cirúrgico – uma evolução recente é que condições clínicas previamente se considerava que se beneficiariam de tratamento cirúrgico podem hoje alcançar bons resultados sem o tratamento cirúrgico. Também neste aspecto mudanças rápidas podem suscitar que um eventual paciente possa exclamar “a operação que

fiz anteriormente talvez hoje não viria a ser indicada”. É uma experiência que pode ser de difícil expressão.

Carência de dados no longo prazo – como aspecto inerente ao progresso e novos métodos diagnósticos e terapêuticos é que não há tempo de observação suficiente para observar a evolução no longo prazo um rastreamento populacional, ferramenta diagnóstica ou tratamento. Essa dimensão fica em aberto.

Ciência versus marketing – um hiato interessante de linguagem e de difícil tradução é a que se verifica nas modalidades de linguagem científica e de *marketing*. A linguagem científica de modo geral recorre a chavões de cautela e invariavelmente registra “o estudo foi feito nesta população específica e não deve ser generalizado para outras populações, mais estudos são necessários etc.” Por outro lado, a linguagem de *marketing* procura divulgar, muitas vezes acompanhada de imagens expressivas, um determinado produto, seja ele medicamento ou equipamento. O hiato de significado entre as duas modalidades de linguagem pode ser de difícil tradução, interpretação ou percepção, particularmente ao observador susceptível ou fragilizado.

Preferências do paciente – uma expressão atual recorrente é: tome-se em consideração as preferências do paciente. Esse cuidado é citado, por exemplo, quando há informações antagônicas sobre uma mesma condição clínica, ou medicamento que por um lado protege algo, por outro lado pode expor a pessoa a um risco um pouco superior ao risco da população geral. Discuta os riscos com o seu paciente. Em que pese a propriedade da recomendação ante as evidências disponíveis, é uma situação muitas vezes de difícil tradução para os pacientes.

Finalizamos assim estas reflexões sobre vivências da prática clínica que podem ser de tradução difícil e até serem intraduzíveis, sem nunca esquecer que a experiência dos demais colegas pode aprofundar e expandir os comentários acima apresentados.

REFERÊNCIAS

1. Eco H. Quase a mesma coisa. Rio de Janeiro: Record; 2007.
2. Cassin B. Dictionary of Untranslatables: a philosophical lexicon. Princeton: Princeton University Press; 2014.
3. Kant I. Crítica da razão pura. 7ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2010.
4. Moreira DA. Analfabetismo funcional: o mal nosso de cada dia. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.
5. Rosa JG. Grande sertão: veredas. 10ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1976.
6. Thornton S. Karl Popper. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2015). Disponível em: <http://plato.stanford.edu/archives/win2015/entries/popper/>. Acessado em 2016 (8 set).

A ética de se ensinar ética médica

Olavo Pires de Camargo^I, Luiz Eugênio Garcez Leme^{II}

Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

O ensino da ética em medicina reveste-se de importância cada vez maior. Este chavão é confirmado pelo número crescente de situações de confronto e desconforto tanto da parte de pacientes quanto de médicos no dia a dia, das quais uma minúscula parte acaba chegando aos conselhos regionais de medicina e/ou aos meios de comunicação e mídias sociais.

Pacientes e médicos podem sentir-se, com alguma frequência, vítimas de descaso, desrespeito, degradação no ato médico. Esta sensação e a consequente confrontação tem como origem diversas fontes que deveriam ser abordadas durante o curso médico.

Muitos de nós, menos jovens, tivemos nosso curso de ética baseado em deontologia, que trata dos deveres, e diceologia, que trata dos direitos dos médicos. As aulas baseavam-se em conceitos enumerados, algumas citações eruditas, alguma história e pouca coisa a mais. Vale dizer que era uma época em que a atenção à saúde era essencialmente “medicocêntrica” e o questionamento das ações médicas, muito raro.

Vivemos, no momento, em um mundo completamente distinto. Ocorre a popularização do ensino médico, caminhando a par de uma queda de qualidade de atenção à saúde por profissionais cada vez menos preparados, atendendo uma comunidade cada vez mais questionadora; a divulgação

de conceitos superficiais e opinativos sobre saúde, sem qualquer crítica, nas redes sociais e a cultura do protagonismo a qualquer custo coloca-nos em outro planeta.

Nesse outro planeta, médicos e pacientes frequentemente encaram-se como adversários, numa atitude autocentrada e defensiva. Procedimentos e protocolos são ensinados e desenvolvidos nem tanto para beneficiar o paciente mas para tornar o ato médico mais “protegido” do ponto de vista jurídico, diminuindo questionamentos e ações às custas de procedimentos complexos e caros cujos objetivos finais passam longe do interesse de médicos e pacientes.

Que tipo de ética pode nortear esta relação? Que limites ela nos impõe? A que poder nos leva?

Referindo-se à ética profissional em geral, a conhecida filósofa e bioeticista espanhola Ana Marta González afirma: “Por vezes pensa-se que a **ética profissional** é um conjunto de regras que limitam a liberdade, e não é! Particularmente no caso da moral, basta aprofundar um pouco para perceber que seu sentido não é outro do que a origem efetivamente antropológica do trabalho humano, de tal forma que não se veja o trabalho simplesmente como uma técnica e a pessoa como um meio a mais no processo de produção. Muito ao contrário, preservar a ordem das coisas exige subordinar o trabalho

^IProfessor titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{II}Professor associado do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Endereço para correspondência:

Olavo Pires de Camargo
Rua Barata Ribeiro, 490 — 3ª andar — conj. 33
Bela Vista — São Paulo (SP)
CEP 01308-000
Tel. (11) 3123-5620
E-mail: olapcama@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflitos de interesse: nenhum declarado

Entrada: 18 de agosto de 2016 — Última modificação: 18 de agosto de 2016 — Aceite: 12 de setembro de 2016

ao homem e não o homem ao trabalho. Neste sentido, a moral deve ser vista como parte integrante do trabalho profissional. Na prática, o trabalho é sempre “o trabalho de uma pessoa”. Colocar a moral como um poder abstrato representa a possibilidade desgraçada de que os produtos humanos voltem-se contra o próprio homem”.¹

Esses conceitos nos podem esclarecer pontos importantes. O desconforto que o relacionamento médico-paciente carrega consigo aparentemente está ligado a uma forte despersonalização em que tanto o profissional como o paciente correm o risco de enxergar-se como, e de fato serem, meios na ação de saúde. Este não sentir-se sujeito mas objeto em qualquer dos polos desta ação carrega consigo a percepção da perda do grau pessoal (degradação) e o consequente e normal instinto de defesa biográfica.

Por outro lado, o texto¹ chama a atenção para a realidade de que a ética profissional deva ser vista como parte integrante de todo o trabalho profissional, constitutiva em sua massa e não apenas um enfeite ou, pior ainda, um instrumento de defesa. Desta forma, ressalta-se a importância de um ensino continuado da ética, assim como se dá o ensino do diagnóstico ou da terapêutica, que não se restringem a um curso básico, certamente necessário, mas impregnam todo o ensino da prática médica em todo o seu curso e em todo o treinamento.

Desta forma, ensinar ética profissional é obrigação de toda a atividade docente do curso médico, de maneira ainda mais importante nos estágios de formação prática como nos anos de internato e residência. Aspectos éticos são tão ou mais importantes para ensino e discussão do que uma adequada abordagem diagnóstica e terapêutica da pessoa doente. Nenhum docente está isento desta obrigação didática, lembrando que o primeiro ensino se dá com o próprio exemplo de uma atenção cuidadosa e pessoal. “Detalhes” como conhecer o nome do paciente, suas características de vida e valores, as queixas que, de fato, o molestem e o levam a procurar a assistência de saúde; respeitar esses valores e desejos e inseri-los nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos possíveis são cuidados essenciais no tratamento de pessoas, sujeitos de sua própria saúde e vida, e colocam os limites da ética profissional em seu verdadeiro lugar, de compromisso e de poder prático em fazer o bem objetivo.

O risco referido no final do texto¹ para os que colocam a moral como um poder abstrato de que assumem a “possibilidade desgraçada de que os produtos humanos voltem-se contra o próprio homem” torna-se realidade com meridiana clareza em nosso meio na atualidade. Cabe a todos nós formadores e formados lutarmos para que uma nova e melhor realidade permeie a formação e a relação entre pacientes, famílias e equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. González AM. El trabajo filosófico. In: *Studia et Documenta*, Roma: Editora ISJE/Universidade de Navarra. 2014. vol. 8. p. 517.

Taquicardias da síndrome de Wolff-Parkinson-White

Antonio Américo Friedmann¹

Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Em 1930, os três cardiologistas norte-americanos Wolff, Parkinson e White publicaram a observação de 11 jovens saudáveis com eletrocardiograma (ECG) alterado e predisposição a taquicardias paroxísticas.¹ Tais pacientes exibiam, no ECG, encurtamento do intervalo PR e alargamento do QRS, atribuídos inicialmente a bloqueio de ramo, e nenhuma evidência de cardiopatia estrutural. Tempos depois, aventou-se a possibilidade de que uma via anômala atrioventricular pudesse causar alterações no ECG por pré-excitação e predispor ao mecanismo de reentrada.² Vários anos se passaram até que os mecanismos eletrofisiológicos dessa síndrome fossem definitivamente esclarecidos. O estudo eletrofisiológico confirmou a existência de via acessória e sua participação no mecanismo de reentrada.³ A cirurgia cardíaca possibilitou o tratamento curativo pela dissecação da junção atrioventricular (AV).⁴ Posteriormente a ablação por radiofrequência por meio do cateterismo cardíaco tornou-se o tratamento de escolha para casos selecionados.⁵

Via acessória ou via anômala é qualquer conexão anormal entre um átrio e um ventrículo, além do nó AV, que permita a condução elétrica entre estas câmaras.⁶ Em ritmo sinusal, o estímulo despolariza parte do ventrículo mais precocemente pela via acessória. Este fenômeno, denominado pré-excitação, determina as alterações típicas no ECG: alargamento na porção inicial do QRS (onda delta) e encurtamento do intervalo PR.

A presença da via acessória predispõe a taquicardia por reentrada atrioventricular. O estímulo elétrico, em vez de

se extinguir após a despolarização dos ventrículos, pode retornar ao átrio pela via anômala, e reentrar nos ventrículos pela via normal de condução (feixe de His) causando uma taquicardia paroxística.

A síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) caracteriza-se por ECG alterado em ritmo sinusal com sinais de pré-excitação ventricular e predisposição a taquicardias paroxísticas. Sua incidência é estimada em 1,5 por 1.000 habitantes.⁷ A maioria dos pacientes não apresenta anormalidade anatômica.⁷ Com o progredir da idade, a pré-excitação pode desaparecer, possivelmente por fibrose da conexão anômala.⁸

É interessante observar que o portador de WPW apresenta QRS alargado no ECG em ritmo sinusal, devido à pré-excitação, mas, durante a taquicardia, o QRS é estreito e tem morfologia normal, porque o impulso elétrico despolariza os ventrículos, percorrendo o sistema His-Purkinje em sentido normal (reentrada ortodrômica). Mais raramente, o sentido é inverso e o estímulo elétrico despolariza os ventrículos a partir da via anômala e retorna pela via normal (reentrada antidrômica).⁹ Neste caso, durante a taquicardia, o QRS é alargado e simula taquicardia ventricular. É também importante saber que a pré-excitação nem sempre é constante, pode ser intermitente e haver períodos com ECG normal.¹⁰

Os pacientes com a síndrome de WPW são propensos a taquicardias paroxísticas por reentrada, mas podem também apresentar fibrilação atrial com resposta ventricular muito elevada.¹¹

¹Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Editor responsável por esta seção:

Antonio Américo Friedmann. Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Clínica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Prof. Milton de Arruda Martins) — Prédio dos Ambulatórios — Serviço de Eletrocardiologia
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155
São Paulo (SP) — CEP 05403-000
Tel. (11) 2661-7146 — Fax. (11) 2661-8239
E-mail: aafriedmann@gmail.com

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

Entrada: 8 de agosto de 2016 — Última modificação: 8 de agosto de 2016 — Aceite: 12 de setembro de 2016

A taquicardia supraventricular mais comum dos portadores de WPW é a taquicardia atrioventricular com reentrada ortodrômica. Esse comportamento ocorre porque as células do feixe anômalo, apesar de exibirem velocidade de condução maior, têm período refratário menor que as do nó AV. Assim, a ocorrência de uma extrassístole ventricular determina condução retrógrada pelo feixe anômalo e ortodrômica (normal) pelo sistema His-Purkinje. Em consequência, durante a taquicardia, a despolarização ventricular é normal e o QRS é estreito, contrastando com o QRS em ritmo sinusal, que é alargado e aberrante devido à pré-excitação (**Figura 1**).⁹

A reentrada mais raramente é antidrômica. Neste caso, a taquicardia supraventricular exibe QRS alargado e muito aberrante, semelhante ao de uma taquicardia ventricular (TV). O diagnóstico diferencial entre ambas é difícil durante a taquicardia, mas é evidente quando se obtém outro ECG registrado antes ou após a reversão da taquicardia exibindo pré-excitação (**Figura 2**).¹²

A fibrilação atrial (FA) nos pacientes com WPW é mais rara que as taquicardias por reentrada, mas é mais frequente que na população da mesma faixa etária porque a reentrada atrioventricular pode degenerar em FA.¹³ Durante a FA, os impulsos

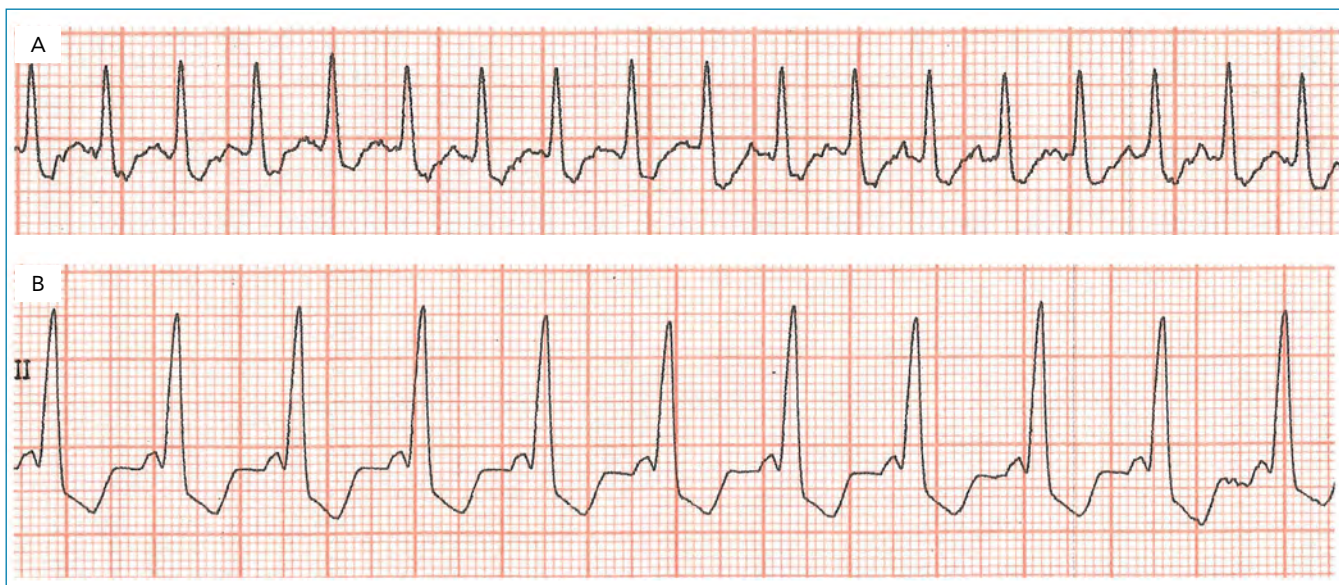


Figura 1. Eletrocardiograma de mulher hígida de 35 anos com queixa de crises de palpitação. A: Taquicardia supraventricular por reentrada antidrômica. Frequência cardíaca 200 bpm e QRS estreito (0,08 s); B: Reversão ao ritmo sinusal com PR curto (0,10 s) e QRS alargado por onda delta (pré-excitação), simulando bloqueio de ramo. Manifestação mais frequente da síndrome de Wolff-Parkinson-White.

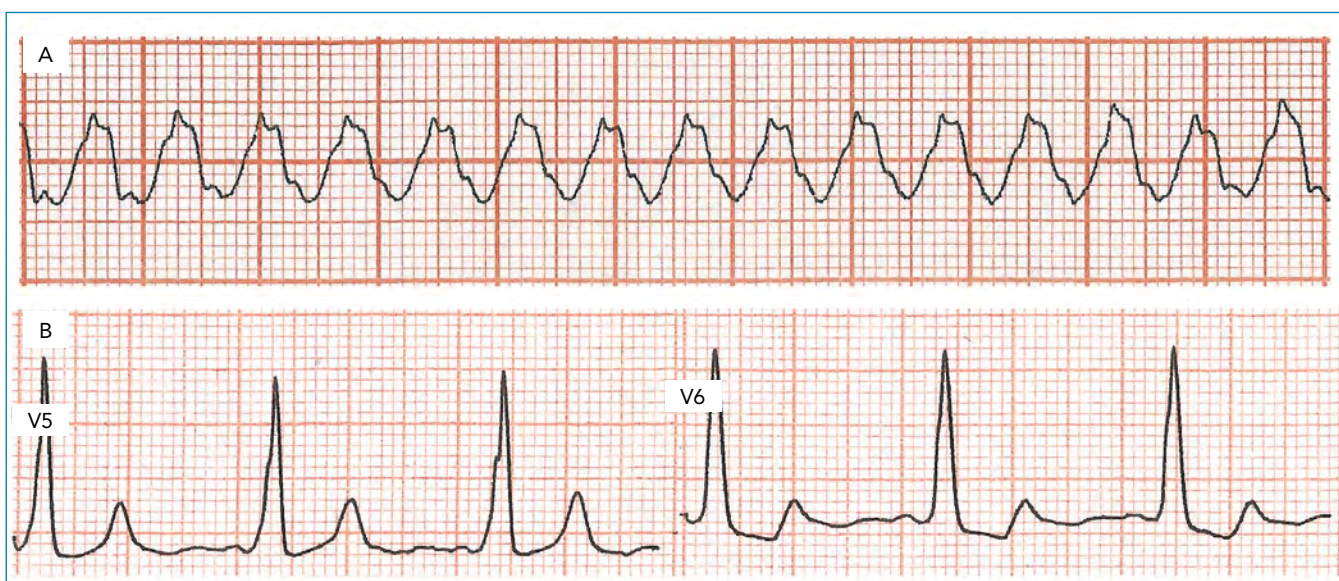


Figura 2. Eletrocardiograma de homem de 45 anos com história de taquicardias paroxísticas e ausência de sintomas fora das crises. A: Taquicardia com QRS largo por reentrada antidrômica simulando taquicardia ventricular; B: Reversão ao ritmo sinusal com pré-excitação.

elétricos dos átrios descem para os ventrículos preferencialmente pela via acessória, que apresenta menor período refratário. Como o feixe anômalo não tem a propriedade de diminuir a velocidade de condução, que é característica das células do nó AV, a frequência ventricular durante a FA é muito alta e pode levar a fibrilação ventricular. Os complexos QRS são muito aberrantes porque os ventrículos são despolarizados a partir da via acessória, mas ocasionalmente verificam-se QRS estreitos quando o estímulo passa pelo sistema normal de condução (**Figura 3**) ou com morfologia intermediária quando a passagem do estímulo ocorre simultaneamente pelas duas vias (fusão).^{7,9}

Mais rara ainda é a ocorrência de *flutter* atrial em portadores de WPW, o que também determina frequências ventriculares elevadas.^{14,15}

CONCLUSÃO

A síndrome de Wolff-Parkinson-White é uma causa importante de diferentes modalidades de taquicardias, cujo conhecimento é relevante para o adequado tratamento. O eletrocardiograma é o exame fundamental para o diagnóstico.

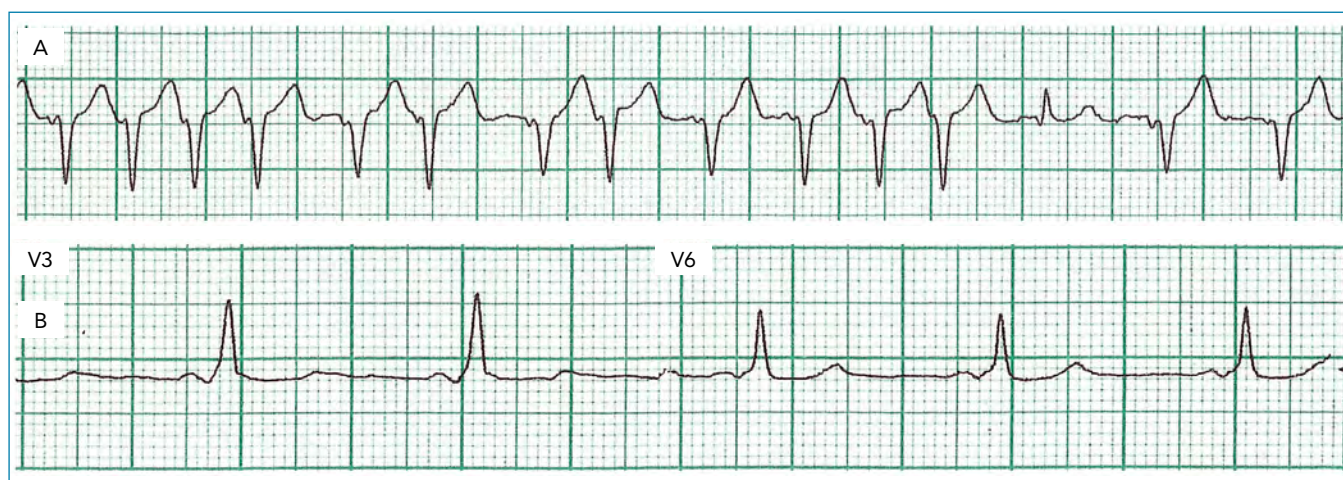


Figura 3. Eletrocardiograma de uma paciente de 46 anos atendida na emergência com palpitação e intensa dispneia. A: Fibrilação atrial em portador de via acessória. Ritmo irregular e QRS alargado em quase todos os batimentos, exceto um conduzido pela via normal; B: Reversão ao ritmo sinusal com pré-excitação.

REFERÊNCIAS

1. Wolff L, Parkinson J, White PD. Bundle branch block with short P-R interval in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia. *Am Heart J.* 1930;5:685.
2. Berkman NL, Lamb LE. The Wolff-Parkinson-White electrocardiogram. A follow-up study of five to twenty-eight years. *N Engl J Med.* 1968;278(9):492-4.
3. Munger TM, Packer DL, Hammill SC, et al. A population study of the natural history of Wolff-Parkinson-White syndrome in Olmsted County, Minnesota, 1953-1989. *Circulation.* 1993;87(3):866-73.
4. Cobb FR, Blumenschein SD, Sealy WC, et al. Successful surgical interruption of the bundle of Kent in a patient with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Circulation.* 1968;38(6):1018-29.
5. Morady F. Catheter ablation of supraventricular arrhythmias: state of the art. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2004;15(1):124-39.
6. Friedmann AA, Fonseca AJ. Vias acessórias. In: Friedmann AA, editor. *Eletrocardiograma em 7 aulas: temas avançados e outros métodos.* 2ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2016. p. 203-8.
7. Olgin JE, Zipes DP. Specific arrhythmias: diagnosis and treatment. In: Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO, editors. *Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine.* 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015. p. 748-97.
8. Klein GJ, Gula LJ, Krahn AD, Skanes AC, Yee R. WPW pattern in the asymptomatic individual: has anything changed? *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2009;2(2):97-9.
9. Friedmann AA. Taquiarritmias. In: Friedmann AA, editor. *Eletrocardiograma em 7 aulas: temas avançados e outros métodos.* 2ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2016. p. 55-78.
10. Klein GJ, Gulamhusein SS. Intermittent preexcitation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Am J Cardiol.* 1983;52(3):292-6.
11. Friedmann AA. Fibrilação atrial na síndrome de Wolff-Parkinson-White. *Diagn Tratamento.* 2014;19(3):141-3.
12. Friedmann AA, Nishizawa WAT. Diagnóstico das taquicardias com QRS largo. In: Friedmann AA, editor. *Eletrocardiograma em 7 aulas: temas avançados e outros métodos.* 2ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2016. p. 165-172.
13. Campbell RW, Smith RA, Gallagher JJ, Pritchett EL, Wallace AG. Atrial fibrillation in the preexcitation syndrome. *Am J Cardiol.* 1977;40(4):514-20.
14. Ganz LI, Friedman PL. Supraventricular tachycardia. *N Engl J Med.* 1995;332(3):162-73.
15. Sung RJ, Castellanos A, Mallon SM, et al. Mechanisms of spontaneous alternation between reciprocating tachycardia and atrial flutter-fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *Circulation.* 1977;56(3):409-16.

Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre antibioticoprofilaxia em cirurgia

Anderson Adriano Leal Freitas da Costa^I, Juan Fulgencio Welko Mendoza^I,
Andrea Castro Porto Mazzucca^{II}, Nelson Akamine^{III}, Rachel Riera^{IV}

Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo —
Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

RESUMO

Introdução: Devido à susceptibilidade a infecções no pós-operatório, a antibioticoterapia profilática visa reduzir morbimortalidade em pacientes submetidos a cirurgia. Por outro lado, seu uso indiscriminado contribui para o desenvolvimento de resistência microbiana. Assim, é fundamental mapear a efetividade e a segurança do uso profilático de antibiótico para cada modalidade cirúrgica, identificando evidências para a tomada de decisão. **Objetivo:** Avaliar evidências de revisões sistemáticas (RS) Cochrane sobre efetividade e segurança de antibioticoprofilaxia em cirurgia. **Métodos:** Overview de RS Cochrane que avaliaram os efeitos de antibióticos profiláticos administrados antes, durante ou após a cirurgia. **Resultados:** Foram incluídas 20 RS, que concluíram que: (a) há evidências (de níveis variados) que mostram benefícios da antibioticoprofilaxia em cirurgia de câncer de mama, apendicectomia, cesárea, curetagem após aborto no primeiro trimestre da gestação, hernioplastia, cirurgia colorretal, cirurgia de reconstrução arterial, cirurgia de derivação ventricular interna, cirurgias de fraturas não expostas de ossos longos e cirurgia femoral proximal e na prevenção de infecção periestomal; (b) há evidências suficientes não recomendando a antibioticoprofilaxia em tonsilectomia; (c) não há evidências suficientes sobre efeitos da antibioticoprofilaxia em partos com fórceps e extração a vácuo, cirurgia de trauma abdominal penetrante, colecistectomia eletiva, biópsia transretal de próstata, sobre uso de cateteres impregnados com antibióticos e sobre os efeitos da antibioticoprofilaxia nos neonatos. **Conclusão:** Apesar de ter benefício comprovado ou potencial em alguns procedimentos cirúrgicos, os efeitos da antibioticoprofilaxia precisam ser avaliados em muitos outros. Para isso, ainda são necessários ensaios clínicos randomizados, de qualidade metodológica adequada e particularizados para cada procedimento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Revisão, antibioticoprofilaxia, cirurgia geral, medicina baseada em evidências, prática clínica baseada em evidências

^IAlunos de graduação em Medicina da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM).

^{II}Farmacêutica, aluna de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e assistente de Pesquisa do Centro Cochrane do Brasil.

^{III}Médico intensivista, aluno de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

^{IV}Reumatologista, professora adjunta da Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM) e coordenadora assistente do Centro Cochrane do Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Álvaro Nagib Atallah. Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM). Diretor fundador do Centro Cochrane do Brasil e Diretor da Associação Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência:

Andrea Castro Porto Mazzucca

Disciplina de Medicina Baseada em Evidências

Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

Rua Botucatu, 740 — 3º andar — Vila Clementino — São Paulo (SP) — CEP 04023-900

Tel. (11) 5576-4203 — E-mail: deacporto@hotmail.com

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

Entrada: 8 de agosto de 2016 — Última modificação: 13 de setembro de 2016 — Aceite: Aceite: 13 de setembro de 2016

INTRODUÇÃO

Infecções de ferida operatória (IFO) são definidas como infecções observadas na ou próximas à incisão cirúrgica dentro de 30 dias da realização do procedimento, ou dentro de 90 dias se material prostético tiver sido implantado.¹ São classificadas, de acordo com a profundidade atingida, em: superficiais (pele, tecido subcutâneo), profundas (musculatura esquelética e aponeuroses) e orgânicas/de cavidade.¹ IFO representam um importante problema, pois prolongam a duração da internação, reduzem a qualidade de vida, aumentam a morbimortalidade e os custos.²

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, em 2011, encontrou incidência de IFO de 1,9%, avaliando-se 42 hospitais no país.³ No mesmo ano, um estudo do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) revelou que as IFO são a principal causa de infecção nosocomial, respondendo por 31% dos casos em pacientes internados;⁴ levantamento mais recente aponta taxa de mortalidade após IFO de 3% (com 75% destas mortes diretamente atribuíveis à infecção⁵). Assim, as IFO continuam sendo prevalentes, devido em parte ao aumento do número de procedimentos, pacientes mais longevos apresentando mais comorbidades e desenvolvimento de resistência microbiana.⁶

Há diversos aspectos do ato operatório passíveis de intervenções que visem reduzir incidência de IFO, como tricotomização do sítio cirúrgico, antisepsia pré-incisional da pele, uso de antibioticoterapia profilática, dentre outros. Define-se como antibioticoterapia profilática o uso de medicamentos antimicrobianos para a prevenção restrita de IFO. Esta definição não inclui os casos onde existe infecção prévia em atividade ou diante da contaminação potencial do sítio cirúrgico, tal como ocorre em traumatismos. Ela deve também ser distinguida da terapia empírica precoce, em que um antimicrobiano é administrado, supondo-se qual deve ser o agente etiológico mais comum diante da constatação de um foco infeccioso já instalado ou da evidência de contaminação. Antibioticoterapia profilática pressupõe a inexistência prévia de infecções e de contaminação do sítio cirúrgico, bem como não se destina à prevenção de possíveis infecções em locais não associados a cirurgia.⁷

A aplicação prática de antibióticos apresenta diversos desafios, como escolha do medicamento, dosagem, via, momento e duração da administração. Seu uso indiscriminado contribui para o desenvolvimento de resistência bacteriana, além da possibilidade de efeitos adversos. Desta forma, consideramos ser fundamental resumir a melhor evidência disponível sobre seu uso adequado nos mais diversos cenários cirúrgicos.

OBJETIVOS

Avaliar evidências de revisões sistemáticas (RS) Cochrane sobre efetividade e segurança da antibioticoprofilaxia em cirurgia.

MÉTODOS

Trata-se de uma *overview* de revisões sistemáticas. A busca na Biblioteca Cochrane foi realizada em 29 de junho de 2016 e incluiu apenas revisões sistemáticas Cochrane que avaliaram os efeitos dos antibióticos profiláticos em diversas cirurgias. Protocolos de revisões sistemáticas em andamento não foram incluídos. Para a busca, foi utilizada estratégia apresentada na **Tabela 1**. Dois pesquisadores selecionaram e avaliaram as revisões quanto à adequação do tema da revisão ao objetivo desta *overview*.

RESULTADOS

A busca resultou em 71 revisões sistemáticas Cochrane. Após a leitura dos títulos e resumos, apenas 20 revisões estavam realmente relacionadas ao tema e foram sumarizadas e apresentadas narrativamente (síntese qualitativa).

Cirurgia de câncer de mama

Cânceres de mama correspondem a 10% dos novos casos de câncer diagnosticados e a remoção cirúrgica da mama é uma parte importante do tratamento. Esta foi uma atualização de uma revisão sistemática, inicialmente publicada em 2007, que procurou determinar os efeitos da antibioticoprofilaxia sobre a incidência de IFO após a cirurgia para câncer de mama. Onze ensaios clínicos randomizados (ECR) foram incluídos na análise, envolvendo um total de 2.867 participantes. Oito estudos apresentaram risco alto ou indeterminado de viés, e três apresentaram baixo risco de viés. Um estudo comparou uso de antibióticos no perioperatório *versus* sem antibióticos e não foi observada diferença significativa entre os grupos (risco relativo [RR] = 0,11; intervalo de confiança de 95% [IC 95%] = 0,01-1,08). Os outros 10 estudos avaliaram o uso de antibióticos no pré-operatório *versus* placebo/nenhum antibiótico e foi observada redução significativa de 23% na incidência de IFO no grupo que recebeu antibiótico (RR = 0,67; IC 95% = 0,53-0,85). Nenhum estudo

Tabela 1. Estratégia de busca para a Biblioteca Cochrane

MeSH descriptor: [Antibiotic Prophylaxis] explode all trees
Filter: Cochrane Reviews
Resultado: 71 publicações

apresentou dados sobre pacientes submetidos a reconstrução de mama realizada no mesmo momento da remoção do tumor.⁸

Os resultados desta revisão sustentam o uso de antibióticos no pré-operatório para pacientes submetidos a cirurgia para câncer de mama.⁸

São necessários estudos para determinar o melhor esquema de antibióticos e para avaliar os efeitos desta intervenção em pacientes submetidos a reconstrução de mama concomitante à retirada do tumor.

Parto com fórceps e vácuo-extração

Esta revisão encontrou somente um estudo sobre antibiótico profilaxia para partos com fórceps ou vácuo-extração. As evidências foram insuficientes para concluir que a profilaxia com antibióticos reduz a morbidade no período após o parto com uso de fórceps e vácuo-extração,⁹ sendo necessários mais estudos.

Cirurgia cesárea

As complicações infecciosas decorrentes da cesariana vão desde febre até choque séptico, podendo levar à morte materna. Uma revisão incluiu 95 ensaios clínicos randomizados e *quasi*-randomizados, totalizando 15 mil participantes, avaliando antibiótico profilaxia *versus* não profilaxia para prevenção de infecção após cirurgia cesárea. Comparado ao placebo/não tratamento, o antibiótico profilático reduziu em 60% o risco de infecção de ferida operatória (82 estudos, 14.407 participantes, RR = 0,40; IC 95% = 0,35-0,46), em 62% o risco de endometriose (83 estudos, 13.548 participantes, RR = 0,38; IC 95% = 0,34-0,42) e em 69% o risco de complicações infecciosas graves, como bacteremia ou choque séptico (32 estudos, 6.159 participantes, RR = 0,31; IC 95% 0,20-0,49). Os autores julgaram essa evidência como de moderada qualidade, pois os estudos não descreveram os métodos adequadamente e foram classificados como tendo risco de viés indeterminado. Não foi possível avaliar os efeitos da antibiótico profilaxia no bebê por falta de estudos que avaliassem esses desfechos. **No entanto, a revisão confirma as recomendações do uso de rotina de antibióticos profiláticos em cirurgia cesárea.**

O risco de infecção em cirurgia cesárea é, no mínimo, cinco vezes maior do que em partos vaginais. Uma outra revisão¹¹ avaliou os efeitos dos diferentes antibióticos na profilaxia rotineira em cirurgia cesárea. Foram incluídos 35 ECR, dos quais 31 forneceram dados de 7.697 mulheres que geraram 37 metanálises. Os esquemas mais avaliados envolviam penicilinas *versus* cefalosporinas e não houve diferença significativa para desfechos como: sepse materna, endometriose, febre materna e infecção de ferida operatória. Outros dois estudos compararam fluoroquinolona (ciprofloxacino) *versus* penicilina ou

cefalosporina, porém possuíam qualidade metodológica questionável e dados insuficientes para prover uma boa evidência nos desfechos citados. Nenhum estudo avaliou desfechos nos bebês, como sepse ou candidíase oral, nem desfechos após alta hospitalar. Em geral, as evidências encontradas não mostraram diferenças entre as classes farmacológicas na redução de infecção em mulheres no pós-operatório de cirurgia cesariana, mas faltam dados de boa qualidade, e desfechos importantes incluíram apenas pequeno número de mulheres. A qualidade da evidência foi julgada como moderada para endometriose e baixa ou muito baixa para os demais desfechos. **Por fim, os autores concluem que penicilinas e cefalosporinas possuem eficácia semelhante na prevenção de infecções no pós-operatório imediato.**¹¹

A administração de antibióticos profiláticos em cirurgias abdominais ginecológicas tem sido recomendada 60 minutos antes da incisão. Tradicionalmente em cirurgias cesáreas, eles são administrados logo após a clampeamento do cordão umbilical pela transferência potencial para o bebê. Esta última revisão avaliou os efeitos da antibiótico profilaxia administradas antes da incisão e após o clampeamento do cordão em relação às complicações infecciosas pós-operatórias tanto na mãe como no bebê.¹² Foram incluídos 10 estudos, totalizando 5.041 mulheres. Houve redução de 43% no risco geral de qualquer complicação infecciosa materna (RR = 0,57; IC 95% = 0,45-0,72), de 46% no risco de endometriose (RR = 0,54; IC 95% = 0,36-0,79) e de 50% no risco de infecção de ferida operatória (RR = 0,50; IC 95% = 0,44-0,81). Para esses desfechos, os estudos tinham alta qualidade metodológica. Não houve diferença quanto ao risco de sepse neonatal (RR = 0,76 e IC 95% = 0,51-1,13; estudos de moderada qualidade metodológica), cistite, pielonefrite e infecções respiratórias na mãe. Os autores concluíram que **há evidência, de alta qualidade e baixo risco de viés, de que antibióticos administrados profilaticamente antes da incisão previnem complicações infecciosas maternas em comparação a antibióticos administrados somente após o clampeamento do cordão umbilical.**¹² E, ainda, que não foram encontradas diferenças quanto aos desfechos neonatais.

Antibiótico intraparto contra estreptococos do grupo B

A colonização materna por estreptococos B (beta-hemolíticos) aumenta o risco de infecção neonatal por meio da transmissão vertical durante o parto. Por outro lado, administrar antibiótico profilático em todas as mulheres seria expor muitas delas a um risco desnecessário. Esta revisão¹³ teve por objetivo principal avaliar os efeitos da antibiótico profilaxia para estreptococos B em mulheres colonizadas (com infecção confirmada por exame) quanto à mortalidade neonatal por todas as causas, por estreptococos B ou por outra

bactéria. Foram incluídos quatro ECR, totalizando 852 mulheres. Comparado ao não tratamento, a antibioticoprofilaxia intraparto (3 ECR, 500 participantes) não reduziu a mortalidade por todas as causas, por estreptococos B ou por outra bactéria, porém reduziu a incidência de infecção em bebês até 7 dias após nascimento (3 ECR, 488 recém-nascidos, RR = 0,17; IC 95% = 0,04-0,74, número necessário para tratar [NNT] = 25 e IC 95% 14-100). Não houve diferença significativa para: infecção no bebê após 7 dias de nascido, sepsis por outras bactérias e infecção puerperal. Um ECR com 352 mulheres comparou ampicilina *versus* penicilina intraparto e não reportou diferença significativa para desfechos maternos ou neonatais. Em geral, os estudos foram julgados como tendo baixa qualidade metodológica e alto risco de viés. Os autores concluíram que não foram encontradas evidências de boa qualidade metodológica para recomendar a antibioticoprofilaxia contra estreptococos B intraparto e que são necessários ensaios clínicos controlados duplo-cegos com tamanho amostral adequado.

Antibiótico no perioperatório para prevenir infecção após aborto

A infecção do trato genital superior (ITGS), incluindo útero e tubas uterinas, pode levar a complicações após o aborto induzido. Há duas estratégias para evitar essas infecções: tratar todas as mulheres ou pesquisar infecção genital e tratar apenas aquelas com resultado positivo. Esta revisão¹⁴ avaliou a efetividade da antibioticoprofilaxia na prevenção de ITGS, o esquema e a estratégia mais efetivos após aborto no primeiro trimestre. Foram incluídos 19 ECR (9.715 participantes). Em 15 estudos controlados por placebo (7.025 participantes), houve redução de infecção em 40% no grupo antibiótico (RR = 0,59; IC 95% = 0,46-0,75). Porém, os dados foram insuficientes para determinar se um esquema é superior a outro. Em um estudo (1.613 participantes), a incidência de ITGS foi maior no grupo tratado somente quando resultado da pesquisa por infecção genital era positivo (RR = 1,53 e IC 95% = 0,99-2,36). **Por fim, os autores concluíram que antibioticoprofilaxia é efetiva na redução de ITGS, mas esse efeito pode não ser aplicável a todos os cenários devido à heterogeneidade entre os estudos.** A escolha do antibiótico, portanto, deve levar em consideração a epidemiologia local, incluindo infecções sexualmente transmitidas. Mais estudos são necessários e deveriam ser realizados em países em desenvolvimento, onde a prevalência de ITGS em mulheres pós-aborto induzido é alta.

Antibióticos profiláticos para trauma abdominal penetrante

Esta revisão sistemática Cochrane¹⁵ buscou avaliar benefícios e riscos da administração de antibióticos em caso de lesões penetrantes no abdome, para redução de complicações

como infecções da ferida operatória, formação de abscessos intra-abdominais e septicemia. Foi realizada busca sistemática da literatura, mas não foi encontrado nenhum ECR comparando a profilaxia com antibióticos com placebo ou nenhuma intervenção. **Esta revisão sugere, portanto, que os guidelines para trauma abdominal penetrante são amplamente baseados na opinião de especialistas; não há evidência para embasar essa prática.** São necessários, então, estudos para verificar se profilaxia com antibióticos traria, de fato, benefícios e para qual população.

Profilaxia antimicrobiana sistêmica para gastrostomia endoscópica percutânea

Esta revisão sistemática Cochrane¹⁶ avaliou o uso de antibióticos sistêmicos para redução do risco de infecções periestomais em participantes submetidos a gastrostomia endoscópica percutânea (GEP). Foram incluídos 13 ensaios clínicos randomizados (ECR), sendo três considerados de alto risco de viés, dois de baixo risco e os demais como risco indeterminado. Os resultados foram:

- Antibiótico intravenoso (IV) *versus* placebo — oito estudos (586 participantes) — menor incidência de infecção periestomal no grupo que recebeu antibiótico IV (odds ratio [OR] = 0,34; IC 95% = 0,22-0,53; $I^2 = 0\%$);
- Antibiótico IV *versus* nenhuma intervenção — três estudos (613 participantes) — menor incidência de infecção periestomal no grupo que recebeu antibiótico IV (OR = 0,30; IC 95% = 0,17-0,53; $I^2 = 27\%$);
- Antibiótico IV *versus* placebo/nenhuma intervenção/antisepsia da pele — 12 estudos (1.271 participantes) — menor incidência de infecção periestomal no grupo que recebeu antibiótico IV (OR = 0,36; IC 95% = 0,26-0,50, $I^2 = 17\%$);
- Antissepsia da pele *versus* antissepsia da pele + antibiótico IV — um estudo (62 participantes) — menor incidência de infecção periestomal no grupo que recebeu antibiótico IV com antissepsia da pele (OR = 15,63; IC 95% = 1,84-133,09);
- Antibiótico IV *versus* antissepsia da pele + antibiótico IV — um estudo (68 participantes) — menor incidência de infecção periestomal no grupo que recebeu antibiótico IV com antissepsia da pele (OR = 15,78; IC 95% = 1,90-130,86);
- Dois estudos foram patrocinados pela empresa fabricante dos antibióticos utilizados; foram avaliados separadamente, resultando em menor incidência de infecção periestomal no grupo que recebeu antibióticos IV (OR = 0,32; IC 95% = 0,18-0,58; $I^2 = 0\%$). Agrupando apenas os 11 estudos não patrocinados, resultado similar foi obtido (OR = 0,38; IC 95% = 0,25-0,56; $I^2 = 25\%$);
- Um dos estudos comparou o uso de um antibiótico IV com administração de antibiótico diferente via cateter da GEP, sem obter resultados significativos;

- Efeitos adversos — um dos ECRs reportou ocorrência de diarreia por *Clostridium difficile* em 6% dos participantes que receberam antibióticos IV, não tendo havido nenhum caso dentre os 51 participantes do grupo que recebeu placebo.

Esses resultados mostram que uso de antibióticos de amplo espectro é efetivo na prevenção de infecção periestomal em pacientes submetidos a GEP.¹⁶ É recomendada a realização de mais ECRs estudando efetividade da associação de antissepsia da pele com antibióticos IV, para confirmar sua aplicabilidade na prática clínica.

Antibióticos versus placebo após apendicectomia

Esta revisão¹⁷ incluiu 45 estudos, totalizando 9.576 pacientes. Os resultados mostraram que o uso de antibióticos foi superior ao placebo para prevenção de infecção da ferida e abscesso intra-abdominal, sem diferença aparente em relação à natureza da apendicite (não infecciosa ou complicada). **Os autores concluíram que a antibioticoprofilaxia é efetiva para prevenção de complicações em pacientes submetidos a apendicectomia, tanto se administrada no pré, peri ou pós-operatório.** Poderia ser considerada como rotina para apendicectomias de emergência.

Antibioticoprofilaxia em colecistectomia eletiva laparoscópica

Esta revisão incluiu 11 ECR, totalizando 1.664 participantes.¹⁸ Nenhum dos estudos teve baixo risco de viés. Não houve diferença significativa na comparação de antibioticoprofilaxia versus não profilaxia, no que se refere à infecção de sítio cirúrgico (OR = 0,87; IC 95% = 0,49-1,54) ou infecções extra-abdominais (OR = 0,77; IC 95% = 0,41-1,46). **As evidências foram insuficientes para recomendar ou refutar a antibioticoprofilaxia para reduzir infecções do sítio cirúrgico e infecções gerais em pacientes de grupos de baixo risco de complicações anestésicas, comorbidades, conversão para cirurgia aberta e complicações infecciosas em colecistectomia eletiva por via laparoscópica.**¹⁸

Antibioticoprofilaxia para correção de hérnia

Esta revisão Cochrane¹⁹ avaliou efetividade da antibioticoprofilaxia em reduzir as taxas de infecções da ferida no pós-operatório em cirurgia inguinal aberta eletiva. No total, foram incluídos 7.843 pacientes de 17 ECR. As taxas de infecção foram 3,1% para o grupo com antibioticoprofilaxia e 4,5% para o grupo controle (OR = 0,64; IC 95% = 0,50-0,82). Tanto nos subgrupos de pacientes com herniorrafia como hernioplastia, os grupos com antibioticoprofilaxia apresentaram menores taxas de infecção (herniorrafia: OR = 0,71; IC 95% = 0,51-1,00. Hernioplastia: OR = 0,56; IC 95% = 0,38-0,81). **As evidências foram insuficientes para recomendar universalmente a antibioticoprofilaxia.**

Antibioticoprofilaxia para cirurgia colorretal

Esta revisão sistemática Cochrane²⁰ avaliou os efeitos da profilaxia com antibióticos antes da cirurgia colorretal na prevenção de infecções de ferida no pós-operatório. Foram incluídos 260 estudos (43.451 participantes), envolvendo 68 antibióticos diferentes, entre eles, 24 cefalosporinas. Foi observada redução de 66% do risco de infecções da ferida no pós-operatório no grupo antibióticos profiláticos quando comparados ao placebo/não tratamento (RR = 0,34; IC 95% = 0,28-0,41; alta qualidade de evidência).

Não houve diferença significativa com relação ao risco de infecção da ferida com antibiótico de curta duração em relação ao de longa duração (RR = 1,10; IC 95% = 0,93-1,30). Com relação ao número de doses, o risco de infecção da ferida aumentou discretamente com dose única dos antibióticos em comparação com doses múltiplas (RR = 1,30; IC 95% = 0,81-2,10).

Antibioticoprofilaxia com cobertura adicional para aeróbios comparada com o mesmo protocolo de antibióticos sem cobertura adicional para aeróbios demonstrou redução significativa de 56% no risco de infecção de ferida operatória (RR = 0,44; IC 95% = 0,29-0,68). Antibioticoprofilaxia com cobertura adicional para anaeróbios comparada com o mesmo protocolo de antibióticos sem cobertura adicional para anaeróbios também demonstrou redução significativa de 53% no risco de infecção de feridas operatórias (RR = 0,47; IC 95% = 0,31-0,71).

No que se refere à via de administração, a combinação de antibioticoprofilaxia oral e endovenosa comparada à terapia intravenosa isolada reduziu em 44% o risco de infecção da ferida (RR = 0,56; IC 95% = 0,43-0,74). A combinação de antibioticoprofilaxia oral e endovenosa comparada com a terapia oral isolada também reduziu em 44% o risco de infecção da ferida (RR = 0,56; IC 95% = 0,40-0,76). A especificidade para aeróbios e anaeróbios não apresentou diferença estatística quando comparados entre eles.

Dois estudos (127 pacientes) compararam a diferença da administração em relação ao tempo (pré ou pós-cirúrgico) e não houve diferença significativa. Os protocolos padrão-ouro (neomicina/eritromicina, cefoxitina endovenosa, ou cefotetan e, antigamente, doxiciclina endovenosa) não tiveram menor efetividade em comparação as outras escolhas de antibióticos.

Esta revisão julgou como evidência de alta qualidade o achado de que **a antibioticoprofilaxia, cobrindo bactérias aeróbicas e anaeróbicas, reduz o risco de infecções da ferida operatória em até 75%, quando administradas no pré-operatório de cirurgias eletivas pelas vias oral ou endovenosa ou combinando ambas.** A dose foi uma variável não testada.

Antibioticoprofilaxia para infecção de ferida em transplante hepático

IFO são mais frequentes após transplantes de fígado do que de outros órgãos sólidos, com incidência variando de 8,8 a 37,5%, dependendo do esquema de antibióticos utilizado. Esta RS Cochrane²¹ comparou os diferentes esquemas de antibioticoprofilaxia para esses participantes. Foi encontrado um único ECR, em que 163 participantes foram incluídos (sem distinção de sexo, idade ou motivo do transplante) e randomizados em dois grupos: metronidazol + ceftriaxone *versus* ceftizoxime + ampicilina/sulbactam. Todos os participantes receberam fluconazol e sulfametoxazol + trimetoprima para profilaxia contra fungos e *Pneumocystiscarinii*, e aqueles com positividade para citomegalovírus receberam ganciclovir. Não foi observada diferença significativa entre os grupos quanto à mortalidade, taxa de cultura positiva, episódios de febre e infecção bacteriana em sítios específicos (ferida operatória, urina, via aérea, sangue, intra-abdominal). **Os autores concluíram que, por se tratar de um único ECR com alto risco de viés, as evidências apresentadas são insuficientes para se recomendar uma ou outra combinação de antibióticos, sendo necessários mais estudos para embasar a melhor decisão clínica nesses casos.**

Prevenção de infecção em reconstruções arteriais

Reconstruções arteriais, seja com enxertos venosos ou próteses, estão sujeitas a infecções, trazendo alto risco de perda do membro e elevada mortalidade. Esta revisão Cochrane²² procurou determinar a efetividade de diversas estratégias (como antibioticoterapia e antisepsia da pele pré-incisão) na prevenção de IFO em pacientes submetidos a qualquer reconstrução arterial periférica. Foram incluídos 35 ECR, com os seguintes resultados:

- Antibióticos profiláticos *versus* placebo: nenhum estudo, isoladamente, encontrou diferenças na incidência de infecção do enxerto entre os grupos. Porém, combinando-os em uma metanálise com 1.297 pacientes, o grupo que recebeu antibióticos sistêmicos apresentou menos infecções no enxerto (RR = 0,31; IC 95% = 0,11-0,85; P = 0,02). Manter antibioticoterapia por 24 horas não demonstrou diferença na incidência de infecções entre os grupos, e esquemas utilizando cefalosporinas de primeira ou segunda geração, penicilinas/inibidores de B-lactamase, aminoglicosídeos, vancomicina e teicoplanina não apresentaram diferenças significativas entre si;
- Enxertos impregnados com rifampicina *versus* enxertos não impregnados (3 ECR, 3379 participantes):

não demonstraram diferenças na incidência de infecções, tanto no primeiro mês quanto após dois anos da reconstrução arterial;

- Antissepsia da pele no pré-operatório *versus* placebo: não ocorreu redução significativa de infecções de ferida operatória (RR = 0,97; IC 95% = 0,70-1,36).

Os autores recomendam o emprego de antibioticoterapia sistêmica com atividade contra estafilococos e bactérias Gram-negativas; recomendam também realização de estudos que avaliem possíveis benefícios de curativos bio-oclusivos e de descolonização pré-operatória de estafilococos *aureus* resistentes à meticilina.

Antibioticoprofilaxia em derivações ventriculares intracranianas

Derivações ventriculares intracranianas (DVI) consistem na alocação de um tubo/cateter nos ventrículos cerebrais com o propósito de drenar excesso de líquido cefalorraquidiano e estão sujeitas a infecções de graves consequências. Esta revisão²³ avaliou benefícios e riscos de antibioticoprofilaxia nesses participantes. Foram incluídos 17 ECRs, num total de 2.134 participantes. Foram realizadas duas metanálises: uma com 15 ECRs (1.736 participantes) para avaliar o uso de antibióticos por via sistêmica *versus* placebo/não tratamento, e outra com dois ECRs (398 participantes) para avaliar o emprego de cateteres impregnados com antibióticos *versus* cateter sem antibiótico com esquema habitual de antibioticoprofilaxia sistêmica. Os antibióticos administrados variaram entre os diversos estudos e foram utilizados previamente à cirurgia ou em no máximo 24 horas no pós-operatório. A idade variada dos participantes nos diversos estudos contribuiu para possível generalização dos resultados para todas as idades.

Para antibióticos por via sistêmica *versus* placebo/não tratamento: um ECR avaliou mortalidade por todas as causas, sem encontrar diferença significativa; quanto à infecção da DVI, apenas um ECR envolvendo 52 participantes avaliou os efeitos da intervenção em derivações externas, não encontrando diferença significativa. Para o grupo de derivações internas (15 ECR, 1.684 participantes), foi significativa a diferença favorecendo a intervenção (OR = 0,51; IC 95% = 0,36-0,74). **Para cateteres impregnados com antibióticos *versus* cateter sem antibiótico** (2 ECR, 398 participantes), não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto à mortalidade por todas as causas. Para infecção da derivação, um estudo avaliou apenas derivações internas, sem encontrar diferença significativa; outro, com

288 participantes, avaliou derivações externas, onde a intervenção foi favorecida (OR = 0,13; IC 95% = 0,03-0,6).

Cateteres impregnados com antibióticos parecem ser úteis para colocação de derivações externas, porém ECRs adicionais precisam ser realizados para diminuir a incerteza dos resultados. São necessários estudos que avaliem mortalidade e aplicabilidade de antibióticos por via sistêmica, especialmente na colocação de derivações externas; os resultados se referem à utilização em no máximo 24 horas no pós-operatório, necessitando estudos fora desta janela. Faz-se necessária também a comparação entre diversos regimes de antibióticos.

Antibioticoprofilaxia em infecção por estafilococos *aureus* resistentes à metilina

Infecção pós-operatória por estafilococos *aureus* resistentes à metilina (MRSA) pode ocorrer principalmente como infecções de sítio cirúrgico, de tórax e no sangue. Nessa revisão²⁴, Gurusamy e colaboradores avaliaram os riscos e benefícios dos esquemas de antibioticoprofilaxia para infecção pós-operatória por MRSA e complicações relacionadas. Foram incluídos 12 ECR, totalizando 4.704 participantes. Desses, 11 ECR comparam diferentes esquemas de antibiótico profilático e 1 comparou antibiótico *versus* placebo. Não houve similaridade suficiente entre os estudos para que fosse realizada uma metanálise, e todos os estudos foram classificados como alto risco de viés. A mortalidade foi de 1% (4 ECR, 1.401 participantes), e não houve diferença significativa entre os grupos individualmente. Em geral, 5,5% (221/4.032) dos participantes desenvolveram infecção do sítio cirúrgico por todos os microrganismos e 1% (46/4.704) devido à MRSA. Não houve diferença significativa para infecção do sítio cirúrgico entre os diferentes esquemas de antibioticoprofilaxia em 15 comparações realizadas, entre elas: amoxicilina + clavulanato ou cefotaxima *versus* placebo para gastrostomia percutânea (1 ECR, 99 participantes, RR = 0,54; IC 95% = 0,17-1,72). Para o estudo que comparou antibioticoprofilaxia e placebo, a incidência de infecção foi menor no grupo que recebeu amoxicilina + clavulanato, sendo RR de 0,26 (IC 95% = 0,11-0,65) para todas as infecções de sítio cirúrgico e RR = 0,05 para aquelas decorrentes de MRSA.

Os autores concluíram que **amoxicilina + clavulanato comparado ao placebo reduz o desenvolvimento de infecções relacionadas à MRSA em pessoas submetidas à gastrostomia percutânea sem doença maligna**, o que pode ser explicado pela diminuição do risco de infecção secundária das feridas operatórias por MRSA. Atualmente, não há evidência que a combinação de múltiplos antibióticos ou aumento da duração da profilaxia resulte em benefício extra na prevenção de infecções por MRSA.

Antibioticoprofilaxia para biópsia de próstata transretal

A biópsia de próstata transretal (BPT) é, em geral, um procedimento seguro. Porém, alguns casos podem complicar com trauma ou infecção, como bacteriúria sintomática, infecção do trato urinário, bacteremia, febre e sepse. Esta revisão²⁵ avaliou a efetividade e os efeitos adversos da antibioticoprofilaxia na BPT. Foram incluídos 19 ECR, totalizando 3.599 participantes. Desses, 9 analisaram antibiótico *versus* placebo/não tratamento e os resultados foram favoráveis à intervenção para os seguintes desfechos: bacteriúria (RR 0,25 e IC95% 0,15-0,42), bacteremia (RR = 0,67; IC 95% = 0,49-0,92), infecção do trato urinário (RR = 0,37; IC 95% = 0,22-0,62) e hospitalização (RR = 0,13 e IC 95% = 0,03-0,55). As quinolonas foram a classe de antibiótico melhor avaliada, apesar de várias classes terem sido efetivas na profilaxia para BPT. Na comparação antibiótico *versus* enema, não houve diferença estatística significativa. Já na comparação antibiótico *versus* antibiótico + enema, o resultado favoreceu este último somente para o desfecho bacteremia (RR = 0,25; IC 95% = 0,08-0,75). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as vias de administração intramuscular e intravenoso. Os autores concluem que **antibioticoprofilaxia previne complicações em BPT, mas que não há resultados definitivos para confirmar que três dias de antibiótico e doses múltiplas são superiores a um dia de tratamento e dose única**.

Antibioticoprofilaxia em cirurgia femoral proximal e outras fraturas não expostas de ossos longos

Esta revisão Cochrane²⁶ analisou dados de 23 estudos, totalizando 8.447 participantes. Os resultados apontaram que:

- Para cirurgias de fraturas não expostas, uma dose única de antibiótico profilático reduziu em 60% o risco de infecção profunda ou superficial do sítio cirúrgico, de infecções urinárias e de infecções respiratórias (RR = 0,40; IC 95% = 0,24-0,67).
- Doses múltiplas de antibióticos profiláticos, quando comparados ao placebo ou sem nenhum tratamento, reduziram em 65% o risco de infecção profunda de sítio cirúrgico (RR = 0,35; IC 95% = 0,19-0,62).

Antibióticos para reduzir morbidade pós-tonsilectomia

Tonsilectomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em crianças e adultos. Porém, morbidades pós-operatórias (especialmente dor) continuam sendo um problema. Esta revisão²⁷ procurou determinar se o uso de antibióticos perioperatórios reduz dor nesses pacientes (tem sido proposto que infecções da fossa tonsilar sejam fator causal de dor no pós-operatório). Foram incluídos 10 ECR, nos quais foram administrados antibióticos em até, no máximo, 48 horas após a cirurgia; estudos envolvendo antibióticos tópicos foram excluídos. Um estudo foi considerado de baixo risco de viés, e os demais, de alto risco. Os resultados foram:

- Dor: seis estudos utilizaram distintas escalas de avaliação e diferentes durações de seguimento, impossibilitando realização de uma metanálise; apenas um observou redução de dor significativa com uso de antibióticos, e outro relatou menor duração de dor subjetiva no grupo que recebeu antibióticos (3,3 *versus* 4,4 dias);
- Demanda por analgésicos: entre seis estudos, apenas um relatou redução significativa do consumo de analgésicos – o grupo que recebeu antibióticos demandou 112 mg/kg de paracetamol nas primeiras 24 horas *versus* 200 mg/kg no mesmo período para o grupo controle (P = 0,038);
- Hemorragia pós-operatória significativa: sem diferença significativa entre os grupos (RR = 0,49; IC 95% = 0,08-3,11; I² = 54%);
- Hemorragia pós-operatória não significativa: metanálise com sete estudos não mostrou diferença significativa entre os grupos (RR = 0,9; IC 95% = 0,56-1,44);
- Febre: dois estudos avaliaram ocorrência de febre com o mesmo parâmetro (T > 37,8 °C nos sete primeiros dias do pós-operatório) e foram combinados em uma metanálise, onde o grupo que recebeu antibióticos apresentou menor incidência do desfecho (RR = 0,63; IC 95% = 0,46-0,85, P = 0,002);
- Um estudo definiu febre como temperatura acima de 37,3 °C, também observando vantagem significativa para o grupo que recebeu antibióticos (P = 0,004). Outros três estudos não encontraram diferença significativa entre os grupos;
- Tempo até retomar dieta: sete estudos avaliaram este desfecho; três encontraram redução significativa (de 1 a 2,4 dias) no tempo para retomar dieta favorecendo a

intervenção; os outros quatro estudos não encontraram diferença significativa entre os grupos;

- Tempo até retomar atividades cotidianas: seis estudos avaliaram este desfecho; dois relataram retorno mais rápido (sem citar número de dias) no grupo que recebeu antibióticos, e os demais não encontraram diferença significativa entre os grupos;
- Eventos adversos: não ocorreu evento adverso grave em nenhum estudo. Não houve diferença significativa entre os grupos na incidência de eventos adversos menores (RR = 2,06; IC 95% = 0,68-6,27).

Os poucos resultados positivos podem ser devidos à metodologia inadequada observada em quase todos os estudos. **Não há evidências que suportem o emprego de antibióticos para reduzir morbidades nesses pacientes, de modo que os autores recomendam que não sejam utilizados.** Estudos futuros, com metodologia adequada, seriam importantes para verificar se subpopulações específicas poderiam se beneficiar com esta intervenção.

CONCLUSÃO

Foram encontradas 20 revisões sistemáticas Cochrane, apresentando evidências de qualidade metodológica variada para diversas situações cirúrgicas, tais como cesáreas, neoplasias de mama, cirurgias do aparelho digestivo, cirurgia vascular, neurocirurgia, tonsilectomia e ortopedia. Os resultados mostram que ainda são necessárias pesquisas para obtenção de evidência robusta, que permita recomendar ou contraindicar o uso de antibioticoterapia profilática em cada procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1992;13(10):606-8.
2. Perencevich EN, Sands KE, Cosgrove SE, et al. Health and economic impact of surgical site infections diagnosed after hospital discharge. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(2):196-203.
3. Mu Y, Edwards JR, Horan TC, Berrios-Torres SI, Fridkin SK. Improving risk-adjusted measures of surgical site infection for the national healthcare safety network. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32(10):970-86.
4. Magill SS, Hellinger W, Cohen J, et al. Prevalence of healthcare-associated infections in acute care hospitals in Jacksonville, Florida. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012;33(3):283-91.
5. Awad SS. Adherence to surgical care improvement project measures and post-operative surgical site infections. *Surg Infect (Larchmt)*. 2012;13(4): 234-7.
6. Urban JA. Cost analysis of surgical site infections. *Surg Infect (Larchmt)*. 2006;7 Suppl 1:S19-22.
7. Birre KL, Cheatham ML. Antibiotic Prophylaxis in Surgery. Disponível em: <http://www.surgicalcriticalcare.net/Guidelines/Antibiotic%20Prophylaxis%20in%20Surgery%202013.pdf>. Acessado em 2016 (31 ago).
8. Jones DJ, Bunn F, Bell-Syer SV. Prophylactic antibiotics to prevent surgical site infection after breast cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(3):CD005360.
9. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(10):CD004455.
10. Small FM, Grivell RM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(10):CD007482.
11. Gyte GM, Dou L, Vazquez JC. Different classes of antibiotics given to women routinely for preventing infection at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(11):CD008726.

12. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Berghella V, Baxter JK. Timing of intra venous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women under going cesarean delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(12):CD009516.
13. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2014(6):CD007467.
14. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(3):CD005217.
15. Brand M, Grieve A. Prophylactic antibiotics for penetrating abdominal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(11):CD007370.
16. Lipp A, Lusardi G. Systemic antimicrobial prophylaxis for percutaneous endoscopic gastrostomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(11):CD005571.
17. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(3):CD001439.
18. Sanabria A, Dominguez LC, Valdivieso E, Gomez G. Antibiotic prophylaxis for patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(12):CD005265.
19. Sanchez-Manuel FJ, Lozano-García, J, Seco-Gil JL. Antibiotic prophylaxis for hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(2):CD003769.
20. Nelson RL, Gladman E, Barbateskovic M. Antimicrobial prophylaxis for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(5):CD001181.
21. Almeida RA, Hasimoto CN, Kim A, Hasimoto EN, El Dib R. Antibiotic prophylaxis for surgical site infection in people undergoing liver transplantation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(12):CD010164.
22. Stewart A, Evers PS, Earnshaw JJ. Prevention of infection in arterial reconstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(3):CD003073.
23. Ratilal B, Costa J, Sampaio C. Antibiotic prophylaxis for surgical introduction of intracranial ventricular shunts. *Cochrane Database Sys Rev.* 2006(3):CD005365.
24. Gurusamy KS, Koti R, Wilson P, Davidson BR. Antibiotic prophylaxis for the prevention of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) related complications in surgical patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(8):CD010268.
25. Zani EL, Clark OA, Rodrigues Netto NJr. Antibiotic prophylaxis for transrectal prostate biopsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(5):CD006576.
26. Gillespie WJ, Walenkamp GH. Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(3):CD000244.
27. Dhiwakar M, Clement WA, Supriya M, McKerrow W. Antibiotics to reduce post-tonsillectomy morbidity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(12):CD005607.

Terapia sexual: breve histórico e perspectivas atuais

Bárbara Braga de Lucena¹, Carmita Helena Najjar Abdo^{II}

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria
do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

A intervenção de profissionais de diferentes áreas é necessária para a avaliação e o tratamento efetivos de indivíduos que sofrem por disfunção sexual. O paradigma atual preconiza o modelo biopsicossocial para a compreensão e o tratamento dessas queixas. Contando com mais de cinco décadas, desde o seu advento, a terapia sexual permanece viva e incorpora à sua prática importantes achados recentes da Psicologia e da Medicina. O planejamento terapêutico deve ser elaborado após elucidação de fatores predisponentes, precipitadores e mantenedores do problema. Apesar de apresentar e publicar resultados promissores, as intervenções psicoterápicas para as disfunções sexuais devem ser mais estudadas a fim de preencherem os requisitos de uma prática baseada em evidências. O sucesso da terapia sexual não se mensura a partir da frequência sexual ou das mudanças no tempo de latência ejaculatória e da rigidez peniana. Mais do que resgatar a função sexual, interessa conseguir a minimização/supressão do sofrimento, o prazer e a satisfação sexual do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Disfunções sexuais psicogênicas, sexualidade, psicoterapia, terapêutica, sexologia

Nos últimos 50 anos, o interesse em medicina sexual e terapia sexual tem crescido significativamente. Mudanças no campo da sexologia têm ocorrido nos paradigmas teóricos, metodológicos, diagnósticos e terapêuticos, visto que os problemas sexuais não são mais atribuídos exclusivamente a conflitos inconscientes, adquiridos durante as etapas do desenvolvimento infantil.¹ As contribuições das diversas especialidades médicas, das teorias psicológicas modernas e do construcionismo social permitem visão mais ampla e integrada acerca das dificuldades sexuais.

É reconhecido que a atividade sexual satisfatória depende de saúde física e emocional, bem como da qualidade de vida.² Apesar disso, a prevalência de indivíduos insatisfeitos sexualmente é alta, mesmo quando se consideram as estatísticas mais

conservadoras.³ Estar capacitado para identificar, tratar ou encaminhar adequadamente pacientes com disfunção sexual torna-se indispensável na atividade clínica contemporânea.

CONTEXTO HISTÓRICO

Até 1950, os conceitos psicanalíticos clássicos guiavam a compreensão e o tratamento da problemática sexual. Os sintomas sexuais na vida adulta eram entendidos como decorrentes de conflitos inconscientes não resolvidos durante as etapas do desenvolvimento infantil.³

No final da década de 1950, a perspectiva behaviorista ganhava ascendência. Masters e Johnson iniciaram seus estudos,

¹Psicóloga, mestre e doutoranda pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{II}Psiquiatra, professora livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Editor responsável por esta seção:

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

Endereço para correspondência:

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do IPq-HC-FMUSP
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 — 4º andar — São Paulo (SP) — CEP 01060-970
Tel. (11) 2661-6982 — E-mail: barbarabdelucena@gmail.com

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

Entrada: 8 de agosto de 2016 — Última modificação: 13 de setembro de 2016 — Aceite: 14 de setembro de 2016

baseados em observações diretas da resposta sexual humana. A partir dessas observações, dividiram a resposta sexual em etapas (excitação, platô, orgasmo e resolução), as quais apresentam processos fisiológicos característicos. Para os autores, a disfunção sexual seria uma resposta à ansiedade de desempenho. Assim, o tratamento deveria resultar na redução ou extinção da ansiedade, a fim de restaurar a função sexual saudável.⁴

Em 1958, Masters e Johnson utilizaram o termo terapia sexual (*sex therapy*) pela primeira vez em uma proposta de pesquisa submetida ao chanceler da Universidade de Washington. Esta documentação se perdeu, mas em publicação posterior, os autores mencionaram planos de “um programa de pesquisa clínica em psicoterapia específica para disfunção sexual”.⁵ Segundo alguns autores,⁶ o nascimento da terapia sexual está ligado à publicação do livro *Inadequação Sexual Humana* (*Human Sexual Inadequacy*, Masters e Johnson, 1970).⁷

Em 1974, a psiquiatra americana Helen Singer Kaplan publicou o livro “A nova terapia do sexo” (*The new sex therapy*),⁸ no qual integrava o modelo psicanalítico à terapia sexual proposta por Masters e Johnson. Para a autora, o tratamento da disfunção sexual deveria ser planejado de acordo com a sua etiologia, propondo a distinção entre causas etiológicas recentes ou remotas. Para as causas recentes, os exercícios comportamentais; para as causas remotas, os métodos psicodinâmicos tradicionais.

A partir de então, a etiologia das disfunções sexuais passou a ser considerada em termos binários: remota **ou** recente; psicológica ou orgânica. Embora esta divisão tenha utilidade clínica, ela não representa categorias excludentes entre si nem pode ser considerada de forma isolada.⁹

COMPREENSÃO DIAGNÓSTICA E PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

O paradigma atual, biopsicossocial, preconiza que a disfunção sexual tem fatores predisponentes (anteriores à queixa), desencadeantes (“gatilhos” para seu surgimento) e mantenedores (os quais fazem com que o problema perdure),³ haja vista que frequentemente os fatores que propiciam o surgimento de uma disfunção sexual não são os mesmos que a mantêm.

Assim, a avaliação da disfunção sexual deve abarcar:

1. avaliação da função sexual, incluindo sentimentos, pensamentos e receptividade apresentados durante a atividade sexual;
2. elucidação de possíveis comorbidades;
3. identificação das hipóteses etiológicas e fatores mantenedores;
4. identificação dos objetivos de tratamento e elaboração do planejamento terapêutico; e
5. *feedback* claro e construtivo para o paciente acerca do trabalho a ser realizado.¹⁰

Exame físico e dosagens hormonais são mandatórios,¹⁰ a fim de uma compreensão mais acurada da disfunção e

elaboração do planejamento terapêutico. Idealmente, profissionais de formações diferentes (exemplo: ginecologista, urologista, psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta) trabalham juntos para o bem comum do paciente.

Embora possa ser modificado de acordo com as demandas que emergem durante os atendimentos, o planejamento terapêutico é o norteador inicial do trabalho a ser desenvolvido. Nele, são especificados: a formulação diagnóstica, os objetivos a serem alcançados e a conduta terapêutica com detalhamento dos procedimentos e intervenções a serem realizadas. Ele é personalizado, não só de acordo com a disfunção sexual apresentada, mas respeitando o indivíduo em sua totalidade. Exemplificando: o treino masturbatório é comprovadamente eficaz para combater o transtorno do orgasmo feminino.^{11,12} Entretanto, não será incluído, a princípio, no planejamento terapêutico de uma mulher que se recuse ou tenha restrições (de ordem moral, religiosa ou educacional) à prática masturbatória.

TERAPIA SEXUAL NA ATUALIDADE

Atualmente, o termo terapia sexual diz respeito ao conjunto de intervenções, embasadas em diferentes perspectivas teóricas, voltadas ao tratamento das dificuldades sexuais. Geralmente segue os princípios das psicoterapias breves, com terapeuta e paciente focados em questões específicas relativas ao desempenho sexual, podendo ocorrer em atendimentos individuais, de casal ou de grupo.

Ainda que não haja teoria única subjacente à terapia sexual e que profissionais das mais diversas escolas psicoterápicas possam ser terapeutas sexuais, alguns elementos são comuns às psicoterapias com foco nas disfunções sexuais:^{6,13}

- falam abertamente sobre sexo;
- geralmente incluem: psicoeducação, aconselhamento, permissão sexual, treino de comunicação e assertividade, exercícios de exploração e conscientização corporal;
- não se contrapõem às intervenções médicas, sendo combinadas com estas;
- raramente abordam apenas a queixa sexual principal (disfunção sexual específica), mas sim a experiência sexual como um todo;
- definem uma estratégia personalizada que pode envolver desde psicoeducação e aconselhamento básico até intervenções mais especializadas, utilizando contribuições de diversas escolas psicoterápicas.

A prática da terapia sexual requer do terapeuta postura ativa e empática, conhecimento acerca da fisiologia da resposta sexual, além de familiaridade com a variedade de abordagens farmacológicas e psicoterápicas disponíveis.

Há evidência de que, frente às demandas sexuais, indivíduos com disfunção sexual respondem com ansiedade, afeto

negativo e expectativa de falha,¹⁴ confirmando a influência negativa da distração cognitiva (foco atencional em estímulos não excitatórios) durante a atividade sexual.^{15,16} Assim, na atualidade, busca-se conhecer o conteúdo e entender o significado dos pensamentos que distraem os indivíduos com disfunção sexual, a fim de contribuir para a sua reabilitação.¹⁷ Monitoramento de pensamentos, reestruturação cognitiva e treino de atenção durante a atividade sexual têm se mostrado eficazes no tratamento de todas as disfunções sexuais.¹⁸

Terapia sexual baseada em evidência

A prática da psicoterapia baseada em evidência é a integração da melhor evidência de pesquisa disponível com a experiência clínica, no contexto das preferências e características do paciente.¹⁹ Em terapia sexual, ainda é insuficiente o número de pesquisas clínicas que testam suas intervenções psicoterápicas.¹⁸ Apesar disso, há resultados promissores.

Melnik e Abdo²⁰ randomizaram pacientes em três grupos:

1. pacientes que realizaram terapia sexual de grupo tematizada e receberam 50 mg de sildenafil,
2. pacientes que receberam 50 mg de sildenafil
3. pacientes que realizaram terapia sexual de grupo tematizada.

As intervenções duraram seis meses e todos os grupos apresentaram melhora. Entretanto, os grupos que receberam psicoterapia tiveram escores pós-tratamento superiores aos do grupo que recebeu apenas a medicação. Posteriormente, Abdo e cols.²¹ confirmaram que o tratamento combinado (sildenafil e terapia sexual) é mais eficaz que essas intervenções isoladas.

McCabe e cols.²² investigaram a eficácia da intervenção de 10 semanas de terapia cognitivo-comportamental *online* comparada com a lista de espera e constataram melhora significativa no grupo que participou da intervenção. No estudo de van Lankveld e cols.,²³ homens com disfunção erétil, ejaculação precoce e desejo sexual hipoaivo, bem como suas parceiras, foram randomizados para uma intervenção cognitiva comportamental que

incluía biblioterapia, psicoeducação e exercícios de foco sensorial ou aguardavam em lista de espera. O tratamento durou 10 semanas e, ao final, os homens tratados reportaram melhora significativa da função sexual (41,4% *versus* 12,5%). Para a ejaculação precoce, o estudo de Oguzhanoglu e cols.²⁴ mostrou que a terapia sexual é tão efetiva quanto 20 mg de fluoxetina, droga de primeira linha para o tratamento desta disfunção.

Em se tratando de mulheres, a eficácia da terapia cognitivo-comportamental tem sido relatada no tratamento de todas as disfunções sexuais.¹⁸ A descoberta mais recente é a eficácia da técnica de *mindfulness* — tipo de prática meditativa que visa a aceitação e consciência do momento presente sem julgamento — no tratamento de mulheres com transtorno do interesse/excitação sexual e da dor gênito-pélvica ou da penetração.²⁵ Estudos com neuroimagem mostram que as pacientes submetidas a essa técnica têm redução da atividade cerebral relacionada à dor.^{26,27}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução da terapia sexual acompanha o progresso das pesquisas em sexologia. O uso dos inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE-5) para tratamento da disfunção erétil e de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) para o tratamento da ejaculação precoce, a distinção da resposta sexual feminina e masculina, assim como o entendimento biopsicossocial das disfunções sexuais são exemplos de inovações científicas que foram incorporadas à prática clínica. Entretanto, os objetivos da terapia sexual são diferentes daqueles das pesquisas clínicas.

O sucesso da terapia sexual não pode ser mensurado a partir da frequência sexual ou das mudanças no tempo de latência ejaculatória e da rigidez peniana. Mais do que o desempenho sexual, interessa a expressão subjetiva da sexualidade. Mais do que resgatar a função sexual, interessa a minimização/supressão do sofrimento, o prazer e a satisfação sexual do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Leiblum S. Principles and Practice of Sex Therapy. 4ª ed. New York: Guilford Press; 2006.
2. OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
3. Althof S. Sex therapy: advances in paradigms, nomenclature, and treatment. Acad Psychiatry. 2010;34(5):390-6.
4. LoPiccolo J, LoPiccolo L. Handbook of sex therapy. New York: Plenum Press; 1978.
5. Masters WH, Johnson VE. Principles of the new sex therapy. Am J Psychiatry. 1976;133(5):548-54.
6. Binik YM, Meana M. The future of sex therapy: specialization or marginalization? Arch Sex Behav. 2009;38(6):1016-27.
7. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. London: Little, Brown and Company; 1970.
8. Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York: Psychology Press; 1974.
9. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. J Sex Med. 2010;7(4 Pt 2):1598-607.
10. Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. World J Urol. 2002;20(2):127-36.

11. Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, K Killeen T, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: recommendations for culturally competent services, narrative review. *Iran J Reprod Med.* 2015;13(7):403-12.
12. de Lucena BB, Abdo CH. Personal factors that contribute to or impair women's ability to achieve orgasm. *Int J Impot Res.* 2014;26(5):177-81.
13. Fleury HJ, Abdo CHN. Tratamento psicoterápico para disfunção sexual feminina [Psychotherapeutic treatment for female sexual dysfunction]. *Diagn Tratamento.* 2012;17(3):133-7.
14. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(2):140-8.
15. Elliott AN, O'Donohue WT. The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Arch Sex Behav.* 1997;26(6):607-24.
16. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(1):67-78.
17. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive schemas associated with negative sexual events: a comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* 2009;38(5):842-51.
18. Berner M, Günzler C. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions--a systematic review of controlled clinical trials: part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2012;9(12):3089-107.
19. Norcross JC, Beutler LE, Levant RF. Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions. Washington: American Psychological Association; 2005.
20. Melnik T, Abdo CH. Psychogenic erectile dysfunction: comparative study of three therapeutic approaches. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(3):243-55.
21. Abdo CH, Afif-Abdo J, Otani F, Machado AC. Sexual satisfaction among patients with erectile dysfunction treated with counseling, sildenafil, or both. *J Sex Med.* 2008;5(7):1720-6.
22. McCabe MP, Price E, Piterman L, Lording D. Evaluation of an internet-based psychological intervention for the treatment of erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2008;20(3):324-30.
23. van Lankveld JJDM, Everaerd W, Grotjohann Y. Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *The Journal of Sex Research.* 2001;38(1):51-67. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224490109552070>. Acessado em 2016 (1 set).
24. Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Aybek Z. The efficacy of fluoxetine and a stop-start technique in the treatment of premature ejaculation and anxiety. *J Clin Psychopharmacol.* 2005;25(2):192-4.
25. Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Arch Sex Behav.* 2016 [Epub ahead of print].
26. Dunkley CR, Brotto LA. Psychological Treatments for Provoked Vestibulodynia: Integration of Mindfulness-Based and Cognitive Behavioral Therapies. *J Clin Psychol.* 2016;72(7):637-50.
27. Brotto LA, Goldmeier D. Mindfulness Interventions for Treating Sexual Dysfunctions: the Gentle Science of Finding Focus in a Multitask World. *J Sex Med.* 2015;12(8):1687-9.

Pilates para dor lombar

Esta é a tradução do resumo da revisão sistemática Cochrane “Pilates for low back pain”, publicada na Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, edição 7, art. no CD010265. DOI: 10.1002/14651858.CD010265.pub2. Para informações completas sobre os autores, veja referência 1.

Tradução: Centro Cochrane do Brasil (Julia Vajda de Albuquerque e Carolina de Oliveira Cruz) e Liga de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de Medicina (EPM-Unifesp)

Autoria dos comentários independentes: Ana Maria Jones¹

RESUMO

Contexto: A lombalgia inespecífica é um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. O tratamento mais frequentemente usado para tratar os pacientes com esse problema são as intervenções baseadas em exercícios. Nos últimos anos, o método Pilates tem sido um dos programas de exercícios mais populares na prática clínica.

Objetivos: Avaliar os efeitos do método Pilates sobre a lombalgia inespecífica aguda, subaguda ou crônica.

Métodos

Métodos de busca: Nós realizamos as buscas nas seguintes bases eletrônicas de dados: CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, PEDro e SPORTDiscus, desde sua criação até março de 2014. Atualizamos as buscas em junho de 2015, mas estes resultados ainda não foram incorporados à revisão. Nós também fizemos buscas nas bibliografias dos estudos incluídos e em seis bases eletrônicas de registros de ensaios clínicos. Nós não limitamos idioma ou data de publicação.

Crerios de seleção: Nós incluímos ensaios clínicos randomizados que avaliaram a efetividade do Pilates em adultos com lombalgia inespecífica aguda, subaguda ou crônica. Os desfechos primários foram dor, incapacidade, impressão global de recuperação e qualidade de vida.

Coleta de dados e análises: Dois autores da revisão realizaram independentemente a avaliação do risco de viés dos estudos incluídos, utilizando a ferramenta “risco de viés” recomendada pela Cochrane Collaboration. Nós também avaliamos a relevância clínica pela pontuação de cinco perguntas relacionadas a isso com as respostas “sim”, “não” e “não está claro”. Nós avaliamos a qualidade geral da evidência, utilizando a ferramenta GRADE. Classificamos os tamanhos do efeito da intervenção em três níveis: pequeno (diferença média, DM, < 10% da escala), médio (DM de 10% a 20% da escala) ou grande (DM > 20% da escala). Quando os estudos usavam escalas diferentes, nós convertimos as medidas dos desfechos para uma escala única de 0 a 100.

Principais resultados: A busca encontrou 126 ensaios clínicos; 10 preencheram os critérios de seleção e foram incluídos na revisão (amostra total de 510 participantes). Consideramos que 7 estudos tinham baixo risco de viés e 3 tinham alto risco de viés.

Seis estudos compararam Pilates com uma intervenção mínima. Existe evidência de baixa qualidade de que o Pilates reduz a dor quando comparado com uma intervenção mínima. O tamanho do efeito dessa intervenção foi médio para as avaliações em um curto prazo (menos de três meses após a randomização) (DM -14,05, intervalo de confiança de 95%, IC 95%, de -18,91 a -9,19). No médio prazo (de 3 meses até menos de 12 meses após a randomização), dois estudos forneceram

¹Fisioterapeuta, Doutora, Professora Afiliada da Disciplina de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (SP), Brasil.

Tradução e adaptação:

Centro Cochrane do Brasil e Liga de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)

Rua Pedro de Toledo, 598

Vila Clementino — São Paulo (SP)

CEP 04039-001

Tel. (11) 5579-0469/5575-2970

E-mail: cochrane.dmed@epm.br

<http://www.centrocochranedobrasil.org.br/>

O texto completo desta revisão está disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010265.pub2/full>

evidência de moderada qualidade de que o Pilates reduz a dor em comparação com uma intervenção mínima; o tamanho do efeito foi médio (DM -10,54, IC 95% -18,46 a -2,62). Existe evidência de baixa qualidade, baseada em cinco estudos, de que o Pilates, comparado com uma intervenção mínima, melhora a incapacidade no curto prazo, com um tamanho de efeito pequeno (DM -7,95, IC 95% -13,23 a -2,67). Esses cinco estudos também mostram que o Pilates tem um efeito na redução da lombalgia no médio prazo, sendo que o tamanho desse efeito é médio (DM -11,17, IC 95% -18,41 a -3,92, evidência de qualidade moderada). Existe evidência de baixa qualidade, proveniente de um único estudo, de que o Pilates melhora a função no curto prazo, sendo que o tamanho desse efeito é pequeno (DM 1,10, IC 95% 0,23 a 1,97). O mesmo estudo indica que o Pilates melhora a impressão global de recuperação no curto prazo (DM 1,50, IC 95% 0,70 a 2,30; evidência de baixa qualidade; pequeno tamanho do efeito), mas não em médio prazo para nenhum desfecho.

Quatro estudos compararam Pilates com outros exercícios. Para o desfecho dor, nós apresentamos os resultados de forma narrativa devido ao alto grau de heterogeneidade entre os estudos. Em curto prazo, com base em evidência de baixa qualidade, dois estudos demonstraram efeito significativo em favor do Pilates e um estudo não encontrou diferença significativa. Em médio prazo, com base em evidência de baixa qualidade, um estudo relatou efeito significativo em favor do Pilates, e um estudo relatou diferença não significativa para esta comparação. Para incapacidade, existe evidência de moderada qualidade de que não existe diferença significativa entre o Pilates e outros exercícios, nem em curto prazo (DM -3,29, IC 95% -6,82 a 0,24) nem em prazo intermediário (DM -0,91, IC 95% -5,02 a 3,20), com base em dois estudos para cada comparação. Com base em evidência de baixa qualidade, proveniente de um único estudo, não houve diferença significativa no curto prazo em relação à função do grupo que praticou Pilates comparado com o grupo que praticou outros exercícios (DM 0,10, IC 95% -2,44 a 2,64). Porém, houve melhora significativa da função avaliada no médio prazo em favor dos outros exercícios, apesar de o tamanho do efeito ser pequeno (MD -3,60, IC 95% -7,00 a -0,20). A impressão de melhora global não foi avaliada nesta comparação e nenhum dos estudos incluiu o desfecho qualidade de vida. Dois estudos incluídos nesta revisão avaliaram os efeitos adversos do Pilates: um não encontrou nenhum efeito adverso e o outro relatou efeitos adversos menores.

Conclusões dos autores: Nós não encontramos nenhuma evidência de alta qualidade para nenhuma das comparações entre os tratamentos, desfechos ou períodos investigados. Porém, existe evidência de qualidade baixa a moderada

de que o Pilates é mais efetivo que uma intervenção mínima para dor e incapacidade. Na comparação do Pilates *versus* outros exercícios para melhora da função, ele mostrou ter um pequeno efeito sobre esse desfecho no médio prazo. Assim, enquanto existe alguma evidência da efetividade do Pilates para lombalgia, não existe evidência conclusiva de que ele seja superior a outras formas de exercícios. A decisão para se usar o Pilates para lombalgia pode ser baseada nas preferências dos pacientes ou dos profissionais de saúde e nos custos.

REFERÊNCIA

1. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, et al. Pilates for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7): CD010265.

COMENTÁRIOS

Esta revisão sistemática fornece dados importantes sobre o impacto do método Pilates no tratamento da dor lombar não específica. Entre os 10 estudos que preencheram os critérios de inclusão, 7 apresentaram baixo risco de viés e 3 tiveram alto risco. Seis estudos compararam o Pilates com uma intervenção mínima e mostraram evidência de baixa e moderada qualidade quanto à redução da dor e melhora da incapacidade em curto e médio prazos e um estudo mostrou evidência de baixa qualidade em curto prazo para a função e impressão global de recuperação. Quatro estudos compararam o método Pilates com outro tipo de exercícios; foi observada redução da dor a curto prazo em dois estudos e médio prazo em um estudo (evidência de baixa qualidade); a respeito da incapacidade, evidência de qualidade moderada foi encontrada em dois estudos em curto e médio prazo. Para a função em curto prazo, nenhuma diferença significativa foi encontrada, no entanto, em médio prazo, houve efeito significativo a favor de outros exercícios. Nenhum evento adverso foi observado nesta revisão, mostrando a segurança deste método para essa população.

Esta revisão sistemática sugeriu que o método Pilates é ligeiramente melhor quando comparado a uma intervenção mínima em relação a dor e incapacidade, no entanto, não mostra superioridade do método Pilates, quando comparado com outros exercícios. Uma vez que os benefícios do Pilates parecem ser semelhantes a outros exercícios, a decisão de usá-lo como tratamento para pacientes com dor lombar não específica deve estar baseada nas preferências do provedor, do paciente, e nos custos. Outros estudos com metodologia mais robusta devem ser realizados e os custos desse tratamento devem ser analisados.

Ioga para asma

Esta é a tradução do resumo da revisão sistemática Cochrane “Yoga for asthma”, publicada na Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, edição 4, art. no. CD010346. DOI: 10.1002/14651858.CD010346.pub2. Para informações completas sobre os autores, veja referência 1.

Tradução: Centro Cochrane do Brasil e Liga de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de Medicina (EPM-Unifesp)

Autoria dos comentários independentes: Ana Luisa Godoy Fernandes¹

RESUMO

Contexto: A asma é uma doença inflamatória crônica que afeta cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. Como terapia holística, tem potencial para aliviar tanto o sofrimento físico quanto o psicológico de pessoas com asma, e sua popularidade se expandiu globalmente. Vários ensaios clínicos foram realizados para avaliar os efeitos da prática de ioga, porém eles encontraram diferentes resultados.

Objetivos: Avaliar os efeitos da ioga em pessoas com asma.

Métodos:

Métodos de busca: Os autores realizaram a busca na *Cochrane Airways Group Register of Trials*, que inclui as bases de dados *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL), MEDLINE, Embase, CINAHL, AMED, e PsycINFO. Os autores também fizeram busca adicional na base PEDro, além de busca por estudos em andamento no ClinicalTrials.gov e WHO ICTRP. As bases foram procuradas desde seu início até 22 de julho de 2015, e não houve restrição quanto ao idioma de publicação. Foi feita busca manual em periódicos da área respiratória, em resumos de congressos, nas listas de referência de estudos elegíveis e artigos de revisão relevantes. Os autores tentaram contato com investigadores

de estudos primários e especialistas qualificados na área, em busca de outros estudos publicados e não publicados.

Crítérios de seleção: Os autores incluíram ensaios clínicos randomizados que compararam a ioga com o cuidado usual, nenhuma intervenção ou intervenção *sham* em pessoas com asma, e que relataram pelo menos um dos seguintes desfechos: qualidade de vida, escore de sintomas de asma, controle da asma, medidas de função pulmonar, uso de medicação para a asma, e eventos adversos.

Coleta e análise dos dados: Para cada estudo incluído, foram extraídas informações bibliográficas, características dos participantes, das intervenções/controles, da metodologia e resultados para os desfechos de interesse. Para variáveis contínuas, foi utilizada a diferença média (DM) para estimar os efeitos do tratamento, se os resultados foram medidos pela mesma escala, e diferença média padronizada (DMP), se os resultados foram medidos por diferentes escalas. Para desfechos dicotômicos, foi utilizado o risco relativo (RR). Um intervalo de confiança (IC) de 95% foi assumido para todas as análises. As metanálises foram construídas utilizando-se o *software* Review Manager 5.3. Os autores usaram o modelo de efeito fixo para agrupar os dados, a menos que houvesse grande heterogeneidade entre os estudos, caso em que foi utilizado o modelo de efeito randômico. Para resultados inadequados ou impossíveis de ser agrupados quantitativamente,

¹ Professora titular de Pneumologia do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), São Paulo (SP), Brasil.

Tradução e adaptação:

Centro Cochrane do Brasil e Liga de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)
Rua Pedro de Toledo, 598
Vila Clementino — São Paulo (SP)
CEP 04039-001
Tel. (11) 5579-0469/5575-2970
E-mail: cochrane.dmed@epm.br
<http://www.centrocochranedobrasil.org.br/>

O texto completo desta revisão está disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010346.pub2/full>

os autores realizaram uma análise descritiva e resumiram os resultados narrativamente

Principais resultados: Foram incluídos 15 ensaios clínicos randomizados (ECR) com um total de 1.048 participantes. A maioria dos ECR foi realizada na Índia, seguida pela Europa e Estados Unidos. A maioria dos participantes era de adultos de ambos os sexos, com asma leve a moderada, com diagnóstico entre seis meses a mais de 23 anos. Cinco ECRs incluíram ioga apenas com métodos de respiração, enquanto os outros ECRs avaliaram a ioga com métodos de respiração, postura e meditação. As intervenções duraram de duas semanas a 54 meses (não mais de seis meses na maioria dos estudos). O risco de viés foi baixo em todos os domínios em um estudo e incerto ou alto em pelo menos um domínio para o restante.

Houve alguma evidência de que a ioga pode melhorar a qualidade de vida (DM na pontuação do Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ, de 0,57 em uma escala de 7 pontos, IC 95% 0,37-0,77; 5 estudos; 375 participantes), melhorar os sintomas (DMP 0,37, IC 95% 0,09-0,65; 3 estudos; 243 participantes), e reduzir o uso de medicação (RR 5,35, IC 95% 1,29 a 22,11; 2 estudos) em pessoas com asma. A DM para a pontuação no AQLQ excedeu a diferença mínima clinicamente importante (DMCI) de 0,5. No entanto, ainda não está claro se a melhora média dos sintomas da asma atingiu o DMCI devido à falta de um DMCI estabelecido nos escores de gravidade utilizados nos estudos incluídos. Os efeitos da ioga sobre a mudança da linha de base do volume expiratório forçado no primeiro segundo (DM 0,04 litros, IC 95% -0,10 a 0,19; 7 estudos; 340 participantes; I² = 68%) não foram estatisticamente significativos. Dois estudos indicaram que a ioga melhorou o controle da asma, mas devido à heterogeneidade muito significativa entre os estudos (I² = 98%), os autores não consideraram adequado realizar metanálise para este desfecho. Nenhum evento adverso grave associado com ioga foi relatado, mas os dados sobre este desfecho foram limitados.

Conclusões dos autores: Esta revisão encontrou evidências de qualidade moderada de que a ioga, provavelmente, leva a pequena melhora na qualidade de vida e nos sintomas em pessoas com asma. Ainda há incerteza sobre os potenciais efeitos adversos da ioga e também sobre seu impacto na função pulmonar e no uso de medicações. ECRs com um

grande tamanho amostral, de alta qualidade metodológica e bem relatados ainda são necessários para confirmar os efeitos da ioga para a asma.

REFERÊNCIA

1. Yang ZY, Zhong HB, Mao C, et al. Yoga for asthma. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4:CD010346.

COMENTÁRIOS

A asma é uma doença inflamatória heterogênea e sua fisiopatogenia tem sofrido constante desenvolvimento à luz da imunopatologia e da biologia molecular. Essas áreas oferecem descrição de inúmeras vias inflamatórias mediadas por citocinas, que podem ter papel na modulação da doença e no estabelecimento do processo inflamatório crônico e remodelamento pulmonar.

O tratamento medicamentoso baseia-se na administração de associação de corticoides inalatórios e broncodilatadores; entretanto, o manejo não medicamentoso é mandatório e compreende ensinar ao paciente a conviver com uma doença crônica que limita a qualidade de vida. Uma das principais recomendações é a prática de exercícios físicos que levam a melhora do condicionamento e elevam o limiar aeróbico, melhorando as condições funcionais para suportar uma exacerbação de sintomas. Pesquisas recentes têm também comprovado a efetividade de exercícios físicos regulares realizados a 60% da carga máxima, capazes de reduzir mediadores inflamatórios e, conseqüentemente, efetivos no tratamento da asma.

Essa revisão sistemática incluiu grande número de pacientes e analisou a prática de exercícios de ioga na expressão clínica da asma. Foi comprovada redução de sintomas e do uso de medicação, bem como melhora significativa do escore de qualidade de vida entre os praticantes de ioga comparados aos não praticantes. Os dados apresentados não caracterizaram se eram pacientes portadores de asma moderada ou grave, e não foi observada melhora funcional. Esses dados permitem concluir que existe benefício com a prática da ioga, entretanto, não é apresentada explicação fisiopatológica para os benefícios observados.

REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

INDEXAÇÃO E ESCOPO

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

POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS DA REVISTA

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

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

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

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

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Diretriz geral: para todos os tipos de artigos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMATO

Primeira página (capa)

A primeira página deve conter:

- 1) classificação do artigo (original, revisão narrativa da literatura, relato de caso e carta ao editor);
- 2) o título do artigo, que deverá ser conciso, mas informativo;
- 3) o nome de cada autor (a política editorial da revista Diagnóstico & Tratamento é não utilizar abreviações dos nomes dos autores. Assim, solicitamos que os nomes sejam enviados completos), sua titulação acadêmica mais alta e a instituição onde trabalha;
- 4) o local onde o trabalho foi desenvolvido;

Segunda página

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

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

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

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

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

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

Referências

As referências bibliográficas (no estilo “Vancouver”, como indicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, ICMJE) devem ser dispostas na parte final do artigo e numeradas de acordo com a ordem de citação. Os números das citações devem ser inseridos após pontos finais ou vírgulas nas frases, e sobrescritos (sem parênteses ou colchetes). Referências citadas nas legendas de Tabelas e Figuras devem manter a sequência com as referências citadas no texto. Todos os autores devem ser citados se houver menos de seis; se houver mais de seis autores, os primeiros três devem ser citados seguidos de “et al.” Para livros, a cidade de publicação e o nome da editora são indispensáveis. Para textos publicados na internet, a fonte localizadora completa (URL) ou endereço completo é necessário (não apenas a página principal ou *link*), de maneira que, copiando o endereço completo em seus programas para navegação na internet, os leitores possam ser levados diretamente ao documento citado, e não a um site geral. A seguir estão dispostos alguns exemplos dos tipos mais comuns de referências:

• Artigo em periódico

Lahita R, Kluger J, Drayer DE, Koffler D, Reidenberg MM. Antibodies

to nuclear antigens in patients treated with procainamide or acetylprocainamide. *N Engl J Med.* 1979;301(25):1382-5.

• Livro

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

• Capítulo de livro

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

• Texto na internet

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

• Dissertações e teses

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

Última página

A última página deve conter:

- 1) a data e o local do evento no qual o artigo foi apresentado, se aplicável, como congressos ou defesas de dissertações ou teses;
- 2) fontes de apoio na forma de suporte financeiro, equipamentos ou drogas e número do protocolo;
- 3) descrição de qualquer conflito de interesse por parte dos autores;
- 4) endereço completo, e-mail e telefone do autor a ser contatado quanto à publicação na revista.

Figuras e tabelas

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

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

O MANUSCRITO

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

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

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

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

3. Métodos

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

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

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

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

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

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

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

4. Resultados: descrever os principais achados. Se possível, estes devem conter os intervalos de confiança de 95% e o exato

nível de significância estatística. Para estudos comparativos, o intervalo de confiança para as diferenças deve ser afirmado.

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

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

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

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

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

CARTAS AO EDITOR

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

DOCUMENTOS CITADOS

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Disponível em: http://www.icmje.org/urm_main.html. Acessado em 2010 (7 jun).
2. CONSORT Transparent Reporting of Trials. Welcome to the CONSORT statement website. Disponível em: <http://www.consort-statement.org>. Acessado em 2010 (7 jun).
3. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet*. 1999;354(9193):1896-900.
4. STROBE Statement Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. Checklist on items that should be included in reports of observational studies. Disponível em: http://www.strobe-statement.org/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf&t=1257007091&hash=7713ea8f72662b288689b3dab40c1cb. Acessado em 2010 (7 jun).
5. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med*. 1990;113(1):69-76.
6. BVS Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acessado em 2010 (7 jun).

Investindo hoje para colher no futuro

Quanto mais cedo começar a poupar e planejar sua aposentadoria, mais garantia de um futuro tranquilo.

Encontre um plano de previdência complementar adequado às suas necessidades. Conte conosco, com a Zurich e a Angá Asset Management.



SAIBA MAIS

Previdência Complementar
(11) 3750-3210 / 3090-3510
apmprev@angaprev.com.br
www.apm.org.br





*Médico,
aproveite esta oportunidade:*

Planos de saúde a partir de R\$ 195.¹

Só a Qualicorp e a APM oferecem inúmeras e excelentes alternativas para você escolher uma que atenda às suas necessidades.

Líder de mercado, temos parceria com a APM e mais de 470 entidades de classe para negociar o melhor para você.



**Opção, qualidade
e credibilidade.**



Deixe a Qualicorp oferecer o melhor para você.

0800 799 3003

De segunda a sexta-feira, das 9h às 21h; aos sábados, das 10h às 16h.

www.qualicorp.com.br/anuncio



Qualicorp

Sempre do seu lado.

Bradesco Saúde:
ANS nº 005711

Amil:
ANS nº 326305

SulAmérica:
ANS nº 006246

¹R\$ 194,16 - Bradesco Saúde Nacional Flex E CA Copart (registro na ANS nº 471.796/14-1), da Bradesco Saúde, faixa etária até 18 anos, com coparticipação e acomodação coletiva (tabela de julho/2016 - SP).

Planos de saúde coletivos por adesão, conforme as regras da ANS. Informações resumidas. A comercialização dos planos respeita a área de abrangência das respectivas operadoras de saúde. Os preços e as redes estão sujeitos a alterações, por parte das respectivas operadoras de saúde, respeitadas as disposições contratuais e legais (Lei nº 9.656/98). Condições contratuais disponíveis para análise. Outubro/2016.

Qualicorp
Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173