

M E D I C I N A

M&P

& P E S Q U I S A

VOL. 3 - ANO I - Nº 3
SETEMBRO/DEZEMBRO 2015

M E D I C I N A

M&P

& P E S Q U I S A

VOL. 3 - ANO 1 - Nº 3 - SETEMBRO/DEZEMBRO 2015

EXPEDIENTE

EDITORES

Dr. Cláudio Sérgio Medeiros Paiva
Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

CONSELHO EDITORIAL

Dra. Alessandra Sousa Braz Caldas de Andrade
Dr. André Telis de Vilela Araújo
Dra. Ângela de Siqueira Figueiredo
Dra. Cidália de Lourdes de Moura Santos
Dra. Cristianne da Silva Alexandre
Dr. Constantino Giovanni Braga Cartaxo
Dra. Eutília Medeiros Freire
Dra Isabel Barroso Augusto Formiga
Dra Joria Viana Guerreiro
Dr. José Eymard de Moraes de Medeiros Filho
Dr. José Gomes Batista
Dra Juliana Sampaio
Dra. Leina Yukari Etto
Dr. Maurus Marques de Almeida Holanda
Dr. Marcelo Gonçalves Sousa
Dra Mônica Souza de Miranda Henriques
Dra. Rilva Lopes de Sousa-Muñoz
Dra. Rosália Gouveia Filizola
Dr. Severino Ayres de Araújo Neto

Dra. Valderez Araújo de Lima Ramos
Dr. Zailton Bezerra de Lima Junior
CONSELHO CONSULTIVO
Dra. Ana Maria Revorêdo da Silva Ventura
Instituto Evandro Chagas - Pará
Dra. Carla Helena Augustin Schwanke
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil
Dr. Celmo Celeno Porto
Universidade Federal de Goiás
Dr. Clécio de Oliveira Godeiro Júnior
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dr. Edmundo Chada Baracat
Universidade de São Paulo
Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfa
Universidade de São Paulo
Dr. Emerson Leandro Gasparetto
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Dra. Emília Inoue Sato
Universidade Federal de São Paulo
Dr. Emilio Carlos Elias Baracat
Universidade Estadual de Campinas
Dr. Eymard Mourão Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba
Dr. João Modesto Filho
Universidade Federal da Paraíba
Dr. José Maria Soares Júnior
Universidade Federal de São Paulo
Dra. Lúcia da Conceição Andrade
Universidade de São Paulo
Dra. Maria José Pereira Vilar
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dra. Melania Maria Ramos de Amorim
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - Pernambuco

EQUIPE TÉCNICA

Alexandro Carlos de Borges Souza
Matheus Bernardo Barros de Oliveira

SUMÁRIO

EDITORIAL	7
ARTIGOS	
Implicações do Teste do Reflexo Vermelho em Recém-Nascidos e sua Relação com a História Materna e Neonatal	9
Neuropatia Óptica Súbita: Relato de caso	21
Lipoma Gigante da Coxa: Relato de caso	29
Percepção de Pacientes sobre sua Participação em Aulas Práticas em um Hospital Universitário	37
Comportamento de Médicos na Iminência do Óbito Hospitalar de Pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica	51
Estratégias do SUS para Atender à Saúde de Pessoas Transexuais: Uma revisão integrativa	65

Editorial

O Centro de Ciências Médicas da UFPB tem como uma de suas principais diretrizes: promover a divulgação de pesquisas desenvolvidas pela sua comunidade acadêmica, por intermédio da Revista Medicina e Pesquisa, que, em seu terceiro número, tem a satisfação de contar com 05 (cinco) artigos em suas páginas, os quais passaremos a elencar a seguir.

Em primeiro lugar, apresentamos o artigo “Implicações do Teste do Reflexo Vermelho em Recém-Nascidos e sua Relação com a História Materna e Neonatal”, com o objetivo de investigar o teste de reflexo vermelho em recém-nascidos e sua relação com fatores maternos e neonatais, tendo como autores: o Professor Adjunto da Disciplina de Oftalmologia da UFPB Haroldo de Lucena Bezerra, os Graduandos de Medicina da UFPB; Thiago Back de Lima e Moura, Natália Silva Cavalcanti e Lorena Luryann Cartaxo da Silva e Médica graduada da UFPB Tâmata Tarcila Soares de Sousa.

Na sequência, temos o artigo “Neuropatia Óptica Súbita: Relato de caso”, de autoria da Médica Neurologista Isabella Araújo Mota, Estudante de Medicina da UFPB Rayane da Silva Souza e da Médica Andrea Lins Tavares Vieira, em que se relata um caso decorrente da associação entre abuso de inalantes, tabagismo, alcoolismo e deficiência nutricional, tema muito em voga na atualidade.

Em relação ao terceiro artigo intitulado “Lipoma Gigante da Coxa: Relato de caso”, de autoria do Estudante de Medicina da UFPB Yan Chaves e do Professor de Cirurgia da UFPB Sergio Augusto Penazzi Junior, pretende-se relatar uma apresentação rara da neoplasia mesenquimal mais comum, os lipomas, discutindo sua classificação, epidemiologia, clínica, diagnóstico e tratamento.

Por outro lado, apresentamos o artigo intitulado “Percepção de Pacientes sobre sua Participação em Aulas Práticas em um Hospital Universitário”, cujos autores os estudantes de Medicina da UFPB Rachel Martins Candeia e Pedro Henrique Moura junto a Professora de Medicina da UFPB Rilva Lopes de Sousa-Muñoz, avaliam a percepção de pacientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) sobre sua participação nas aulas práticas com estudantes de medicina ocorridas durante a hospitalização.

No artigo “Comportamento de Médicos na Iminência do Óbito Hospitalar de Pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica”, de au-

toria dos graduandos em Medicina da UFPB Vanessa Cruz Werton Sales, Josué Vieira da Silva, Tácia Adriana Florentino de Lima, Daniel Uchôa Araújo e da Professora de Medicina da UFPB Rilva Lopes de Sousa-Muñoz, são explorados estudos originais publicados a respeito do comportamento de médicos na iminência da morte hospitalar de pacientes fora de possibilidade terapêutica.

Encerrando esta edição, o aluno de Medicina da UFPB Renan Martins da Silva Cardoso, em coautoria com os professores doutores Eduardo Sérgio Soares Sousa e Rilva Lopes de Sousa Muñoz, do Centro de Ciências Médicas da UFPB, realiza uma revisão bibliográfica da produção científica nacional acerca das ações do Sistema Único de Saúde para atender as necessidades de pessoas transexuais no período entre 1997 e 2015.

A publicação da Revista Medicina e Pesquisa conta com o apoio da Reitora da UFPB, Professora Doutora Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz, que tem primado por proporcionar as condições indispensáveis ao incremento da Pesquisa, Ensino e Extensão da Universidade Federal da Paraíba.

Outrossim, vimos congratular todos os docentes, servidores técnico administrativos e discentes, que colaboraram no sentido de possibilitar esta publicação, salientando nossos agradecimentos especiais à equipe responsável pela finalização da nossa revista, a saber: Professora Doutora Rilva Lopes Sousa Muñoz, do Professor Doutor Severino Aires de Araújo Neto (Assessor de Pesquisa e Pós-Graduação) e à equipe técnica: Alexandro Carlos de Borges Souza e Matheus Bernardo Barros de Oliveira.

Professor doutor Cláudio Sérgio Medeiros Paiva
Professor doutor Eduardo Sérgio Soares Sousa
Editores

Implicações do Teste do Reflexo Vermelho em Recém-Nascidos e sua Relação com a História Materna e Neonatal

HAROLDO DE LUCENA BEZERRA¹, THIAGO BACK DE LIMA E MOURA², NATÁLIA SILVA CAVALCANTI², LORENA LURYANN CARTAXO DA SILVA², TÂMATA TARCILA SOARES DE SOUSA³

¹Doutor, Professor Adjunto da Disciplina de Oftalmologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); ²Graduando de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); ³Médica graduada da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

• Autor para correspondência

Thiago Back de Lima e Moura

E-mail: thiagobackmoura@gmail.com

Resumo

Objetivos: Investigar o teste do reflexo vermelho em recém-nascidos e sua relação com fatores maternos e neonatais. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, desenvolvido na Unidade Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, no período de novembro/2012 a julho/2013. Foram avaliados 95 recém-natos no alojamento conjunto. A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento de protocolo elaborado pelos pesquisadores e de entrevista com as mães e busca ativa em prontuários. Na segunda parte, foi realizada o Teste do Reflexo Vermelho pelos discentes participantes da pesquisa. Os recém-nascidos cujos testes foram considerados suspeitos foram encaminhados para avaliação da oftalmologia. **Resultados:** A maioria das genitoras, 70 (73,68%), possuía alguma doença que oferecia risco ao recém-nascido. O Teste do Reflexo Vermelho mostrou-se alterado em 11 (11,6%) neonatos, os quais foram submetidos à investigação oftalmológica com fundoscopia e mapeamento de retina. Cinco apresentaram alteração, 2 foram diagnosticados com retinopatia da prematuridade, 2 com retina avascular e 1 com toxoplasmose ocular. **Conclusão:** O cuidado e a adoção de intervenções multiprofissionais dirigidas à prevenção de alterações visuais são necessários desde o

pré-natal. A finalidade é rastrear fatores congênitos, distúrbios neurológicos e infecções maternas passíveis de comprometer a visão do recém-nascido, além de prevenir fatores adquiridos causados por determinadas terapêuticas.

Palavras-chave: Saúde ocular, Recém-nascido, Cegueira, Cuidado do Lactente, Triagem Neonatal, Reflexo Vermelho

Abstract

Objectives: Investigate the red reflex test in newborns and its relationship with maternal and neonatal factors. **Methodology:** A descriptive, transversal, quantitative study conducted in the Neonatal Unit of the University Hospital Lauro Wanderley, between November/2012 and July/2013. 95 newborns were evaluated in rooming. Data collection was performed by filling out the protocol developed by the researchers through interviews with mothers and active search in medical records. In the second part, the red reflex test was performed by students participating in the research. Those who had suspicious test were referred for ophthalmologic evaluation. **Results:** Most of the mothers, 70 (73.68%), had some disease that offered risk to the newborns. The red reflex test was altered in 11 (11.6%) neonates who were submitted to ophthalmologic study with funduscopy and retinal mapping. Five had alterations, two diagnosed with retinopathy of prematurity, 2 with avascular retina and 1 case of ocular toxoplasmosis. **Conclusion:** The care and the adoption of multidisciplinary interventions for preventing visual changes are necessary since prenatal. The purpose is to track congenital factors, neurological disorders and maternal infections susceptible to compromise the vision of newborns and preventing acquired factors caused by certain therapeutics.

Keywords: Eye Health, Newborn, Blindness, Infant Care, Neonatal Screening, Red Reflex.

Introdução

O desenvolvimento físico e cognitivo normal de uma criança é consequência de uma boa acuidade visual. Tanto o desenvolvimento motor quanto a capacidade de comunicação são prejudicados na criança com deficiência visual, uma vez que gestos e condutas sociais são aprendidos pelo *feedback visual*¹.

A cegueira implica uma série de consequências sociais e eco-

nômicas para o indivíduo e a sociedade, sendo considerada um sério problema de saúde pública, ainda mais agravado quando consideramos que a maioria desses casos são preveníveis ou tratáveis pela adoção de medidas simples².

De acordo com a literatura, a cegueira em crianças está relacionada com o desenvolvimento socioeconômico: 75% das crianças cegas no mundo vivem em países em desenvolvimento, sendo a prevalência nestes países de 15/10.000, ou seja, cinco vezes maior que a encontrada nos países desenvolvidos. No entanto, em países em desenvolvimento, 30% a 72% da cegueira infantil são evitáveis, 9% a 58% são preveníveis e 14% a 31% são tratáveis².

A triagem visual na infância é importante para a detecção precoce de condições que envolvam o comprometimento do desempenho escolar das crianças, ou mesmo a ameaça à vida. Sua importância reside na sua particular susceptibilidade em desenvolver perda permanente da visão central (ambliopia) por opacidade dos meios (exemplo da catarata congênita), erros refrativos não corrigidos, estrabismo e outras condições que afetem a qualidade da imagem visual, e na possibilidade de recuperação com tratamento precoce³.

Uma das formas de detecção de alterações visuais é a prática do Teste do Reflexo Vermelho (TRV) ou teste do reflexo de Bruckner, também conhecido por teste do olhinho. Rápido e simples, o teste é realizado com o auxílio de um oftalmoscópio direto, preferencialmente com o ambiente em penumbra, e seu objetivo é avaliar a qualidade dos meios transparentes do olho (córnea, cristalino e vítreo), além de possibilitar algumas informações sobre a retina. Quando presentes, as opacificações no eixo visual passam a constituir obstáculo à passagem e a chegada da luz à retina para a formação de imagens⁴.

O TRV, incluído na rotina de cuidados do recém-nascido, permite a detecção precoce de patologias oculares que têm como sinal clínico a leucocoria, presente frequentemente no retinoblastoma e na catarata congênita. É, portanto, um teste de triagem importante, indicado para crianças em qualquer idade, podendo ser realizado ainda no berçário, antes da alta hospitalar, por neonatologistas ou enfermeiros treinados em saúde ocular⁵.

O presente estudo teve como objetivo investigar o resultado do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos internados no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa, e identificar as variáveis maternas e neonatais implicadas nesta detecção.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido na Unidade de Internação Neonatal do HULW, referência para gestação de alto risco na cidade de João Pessoa/PB.

A população foi composta por recém-nascidos internados no setor citado. Participaram da amostra 95 recém-nascidos, independentemente do peso, idade gestacional e condições no nascimento, estando fora de estado crítico de saúde. Os dados foram obtidos ao longo do período de novembro de 2012 a julho de 2013.

Utilizou-se, como instrumento para a coleta dos dados, um formulário estruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, discentes do curso de Medicina da UFPB, que foram previamente treinados para a execução do estudo.

O formulário era composto por duas partes: história materna e neonatal, e exame ocular do recém-nascido. O formulário estruturado abordou vários aspectos, entre eles: dados sociodemográficos; dados relacionados a condições gestacionais e de nascimento da criança; dados do pré-natal, referentes à mãe, como história de infecção; avaliação das estruturas oculares externas; história familiar de estrabismo, catarata ou glaucoma congênito, retinoblastoma; e a realização do teste do reflexo vermelho. Para o preenchimento dos dados do formulário, recorremos aos registros encontrados nos prontuários e à entrevista com as mães.

Já o teste do olhinho foi realizado com um oftalmoscópio direto pelos discentes participantes da pesquisa. Os que tiveram teste do olhinho suspeito foram encaminhados para o Centro de Referência em Oftalmologia (Cerof) do Hospital Universitário Lauro Wanderley para avaliação e confirmação da retinopatia por um oftalmologista do serviço.

Os dados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel 2010, incluindo as variáveis estudadas. Para avaliação estatística – inserção, processamento e análise dos dados obtidos –, foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18.0 para Windows.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Lauro Wanderley (Protocolo CEP/HULW N.º 221/11, CAAE n.º: 0097.0.126.000-11). Todas as mães ou responsáveis pelos recém-nascidos foram esclarecidos a respeito dos objetivos e finalidade da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a avaliação visual do recém-nascido. Foi-lhes garantido o total anonimato, assim como a possibilidade da desistência de participar do estudo, caso quisessem, sem prejuízo do

Resultados

Neste estudo, a amostra final foi composta de 95 recém-nascidos internados na Unidade de Internação Neonatal do HULW, recrutados através de entrevista e busca ativa no prontuário de 94 mães, sendo um dos partos gemelar.

Quanto aos dados sociodemográficos das mães, observou-se que a idade materna variou de 13 a 40 anos, sendo que 11 (11,6%) delas eram menores de idade (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil epidemiológico e sociodemográfico das mães dos recém-nascidos (n= 94).

Variáveis maternas	Frequência	Percentual (%)
Idade		
Menor de 18 anos	11	11,7
Maior de 18 anos	83	88,3
Raça		
Branca	13	13,8
Negra	14	14,9
Parda	67	71,3
Estado civil		
Solteira	27	28,7
Casada/União consensual	63	67
Separada	4	4,3
Viúva	0	0
Religião		
Católica	57	60,6
Evangélica	28	29,8
Espírita	3	3,2
Nenhuma	6	6,4
Escolaridade		
Analfabeta	5	5,3
Ensino Fundamental	43	45,7
Ensino Médio	41	43,6
Ensino Superior	4	4,4
Técnico	1	1
Renda Familiar		
Menos de 1 salário mínimo	18	19,1
De 1 a 3 salários mínimos	73	77,7
De 3 a 6 salários mínimos	3	3,2
Mais de 6 salários mínimos	0	0

Fonte: dados da pesquisa

A maioria das genitoras, 70 (73,7%) possuía alguma doença que oferecia risco ao RN. Dentre as doenças mais frequentes estavam: infecção do trato urinário (ITU), Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), HIV, anemia, vulvovaginite, diabetes gestacional e hemorragia. Enquanto 24 (26,3%) das mães selecionadas não apresentaram qualquer doença que oferecesse risco ao RN.

Nos antecedentes neonatais, investigou-se a Idade Gestacional dos RN, que variou de 26 a 42,2 semanas pelo Capurro Somático. O peso ficou entre 905 e 4805 gramas, sendo 16 (16,8%) classificados como de baixo do peso (menor que 2500 gramas). Nenhum RN foi diagnosticado como portador de alguma síndrome.

Na história familiar, constataram-se 4 (4,2%) casos de estrabismo e 3 (3,2%) casos de catarata, retinoblastoma ou glaucoma ao nascimento. Não houve caso de doença neurológica, metabólica ou cromossômica conhecida nas crianças. Também não ocorreu nenhum traumatismo crânio encefálico. Investigou-se doença infecciosa congênita em 3 pacientes: sendo 2 diagnosticados com sífilis congênita e 1 com toxoplasmose (Tabela 2).

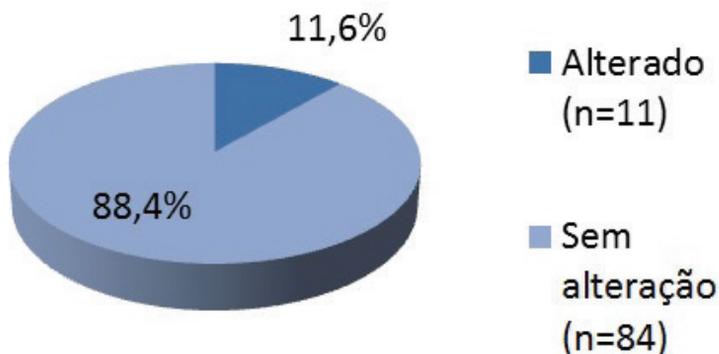
Tabela 2: Variáveis da anamnese dos antecedentes neonatais (n= 95)

Variáveis neonatais	Frequência	Percentual (%)
Idade Gestacional		
Menor que 32 semanas	3	3,2
Menor que 37 semanas	18,9	18
Entre 37 e 42 semanas	73	76,8
Maior que 42 semanas	1	1,1
Peso		
Menor que 1000 gramas	3	3,2
Entre 1000 e 1500 gramas	5	5,3
Entre 1500 e 2500 gramas	8	8,4
Maior que 2500 gramas	79	83,1
História Familiar de estrabismo		
Sim	4	4,2
Não	91	95,8
História familiar de cataratas, retinoblastoma ou glaucoma		
Sim	3	3,2
Não	92	96,8
Doença infecciosa congênita		
Sim	3	3,2
Não	92	96,8

Fonte: dados da pesquisa

Quanto à análise do TRV, nestes 95 neonatos: 21 (22,1%) eram prematuros e 74 (77,9%) a termo. Do total de RN avaliados, em 84 (88,4%) observou-se o TRV sem anormalidades, sendo 12 prematuros e 72 a termo. O TRV mostrou-se alterado em 11 (11,6%) neonatos, sendo 9 prematuros e 2 a termo (Gráfico 1).

Gráfico 1: Resultado do Teste do Reflexo Vermelho realizado na Unidade de Internação Neonatal do HULW - PB. Novembro de 2012 a Julho de 2013 (n=95).



Fonte: dados da pesquisa

Os neonatos que tiveram o TRV alterado foram submetidos à investigação oftalmológica no Cerof, onde foram realizados a fundoscopia e o mapeamento de retina. Dos 11 neonatos encaminhados, cinco apresentaram alterações na fundoscopia, e foram prematuros, com baixo peso ao nascer, sendo 1 com baixo peso (RN 2), 3 com muito baixo peso (RN 3, 4 e 11) e 1 com extremo baixo peso (RN 5). Os resultados da fundoscopia foram: 2 diagnosticados com retinopatia de prematuridade, 2 com retina avascular e 1 caso de toxoplasmose ocular (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos neonatos quanto às anormalidades de fundoscopia detectadas por especialistas do CEROF do HULW- PB (n=5).

	Capurro (semanas)	Peso (g)	Resultado
RN 2	34	1895	OD e OE: Periferia avascular
RN 3	28	1010	OD: Pupila não dilata OE: Retinopatia GII, zona III
RN 4	32,6	1290	OD: Normal OE: Avascular (toxoplasmose ocular)
RN 5	26	915	OD e OE: Zona III avascular
RN 11	32	1270	Retinopatia GII, zona III

Fonte: dados da pesquisa

*RN: recém-nascido; OD: olho direito; OE: olho esquerdo

Discussão

Sendo a cegueira um importante problema de saúde pública, a prevenção é o melhor caminho para assegurar a visão e a consequente qualidade de vida das crianças. No Brasil, aproximadamente 50% das causas de cegueira infantil poderiam ser prevenidas, como a rubéola e a toxoplasmose, ou tratáveis, como a retinopatia da prematuridade, catarata e glaucoma⁵.

Ao conduzir a avaliação visual, é necessário conhecer um pouco da história pré-natal, pois fatores importantes podem ser identificados e guardar relação com alterações apresentadas pelo RN. A avaliação inicial foi realizada através dos antecedentes maternos e neonatais. Considera-se que investigar as intercorrências apresentadas pela gestante no pré-natal, como ITU, DHEG, HIV, diabetes gestacional, é importante, em razão da correlação destes fatores com o parto prematuro⁶.

Quanto à história neonatal apresentada, notou-se uma quantidade menor de recém-nascidos prematuros na amostra total do estudo (18/18,9%). No entanto, dentre os recém-nascidos que tiveram o TRV alterado, a maior parte deles (9/9,5%) eram prematuros.

É comentado na literatura que o nascimento antes da gestação a termo aumenta bastante o risco de problemas neonatais, tais como o comprometimento do desenvolvimento pelos efeitos do tratamento médico intensivo, como também aqueles ocasionados por sobrecarga sensorial e estresse ambiental. O parto pré-termo ocasiona uma imaturidade geral do RN e pode levar à disfunção em diversos órgãos, inclusive o olho. O risco para apresentar ou desenvolver uma alteração visual é secundário a essa imaturidade orgânica de estruturas que ainda não atingiram a maturidade funcional no nascimento⁷.

As infecções congênicas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis - TORCHS) também são investigadas, pois possuem um grande espectro de sequelas⁸. No nosso estudo, os antecedentes maternos para TORCHS foram positivos em 6 histórias, sendo que apenas 1 recém-nascido apresentou, na investigação inicial, diagnóstico de toxoplasmose ocular.

As principais infecções congênicas que têm acometimento oftalmológico são toxoplasmose, citomegalovírus e rubéola. A toxoplasmose é uma causa de baixa acuidade visual em crianças, e quando não tratada adequadamente, no primeiro ano de vida, pode complicar com lesões coriorretinianas. A infecção por citomegalovírus muitas vezes não acarreta lesão na população em geral. Entretanto, apresenta grande importância nos RN infectados congenitamente, podendo levar à cegueira, sendo que a transmissão materno-fetal ocorre em 40% dos casos, mas apenas 10 a 15% têm a doença sintomática ao nascimento⁵.

A história familiar para estrabismo, catarata, glaucoma e retinoblastoma investigada no estudo também é importante na avaliação do RN, pois aproximadamente 50% das causas de cegueira infantil no Brasil poderiam ser prevenidas e tratadas³.

Em relação aos resultados do Teste do Reflexo Vermelho (Gráfico 1), os 11 (11,6%) RN que apresentaram alteração do exame, foram encaminhados para consulta com o oftalmologista do Cerof/HULW para confirmação do achado e esclarecimento diagnóstico, a fim de que o tratamento pudesse ser realizado o mais rapidamente possível, evitando o surgimento de déficit da acuidade visual de forma irreversível. Em avaliação de seguimento, foram realizados fundoscopia e mapeamento de retina. As impressões diagnósticas permitiram diagnosticar 2 casos de retinopatia de prematuridade, 2 de retina avascular e 1 caso de toxoplasmose ocular. As mães dos RN que não apresentaram alteração no teste do reflexo vermelho foram orientadas a continuar realizando o rastreamento pelo menos duas vezes por ano, até que os RN completem três anos⁹.

Segundo a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, a oftalmoscopia convencional avalia apenas o polo posterior da retina, enquanto o mapeamento de retina ou oftalmoscopia indireta permite a avaliação de toda a superfície da retina, em particular da região periférica. Esse exame avalia retina, nervo óptico e vasos, sendo importante no diagnóstico e caracterização do descolamento de retina, da retinopatia diabética, das uveítes e de diversas retinopatias⁵.

Em um estudo semelhante desenvolvido por Aguiar et al², cuja amostra foi de 180 recém nascidos, 156 (86,7%) apresentaram reflexo não alterado, ou seja, com cor de variação do laranja ao vermelho 24

(13,3%) apresentaram reflexo suspeito. Estes que apresentaram alteração no teste do olhinho foram encaminhados para avaliação pelo oftalmologista, tendo sido diagnosticados retinopatia da prematuridade, retina avascular e pontos hemorrágicos.

Em outro estudo anterior, feito por Costa e Cardoso¹⁰ na cidade de Fortaleza, 180 recém-nascidos foram examinados através do TRV, sendo que 9 (5%) dos recém-nascidos apresentaram reflexo vermelho alterado. Diante disto, foram avaliados pelo oftalmologista num exame de fundoscopia, resultando nas seguintes impressões diagnósticas: 6 recém-nascidos com retinopatia e 1 recém-nascido com leucocoria (pupila branca).

Conclusão

O estudo mostrou-se relevante na medida em que envolveu contribuições para o cuidado com a saúde global do recém-nascido, com enfoque na questão da saúde ocular, cujas ações ainda não são executadas na maioria dos serviços de forma sistemática no período neonatal. A importância da visão é fato inquestionável para o desenvolvimento global da criança, tanto fisicamente quanto cognitivamente.

Desta forma, o cuidado e a adoção de intervenções multiprofissionais dirigidas à prevenção de alterações visuais são necessários durante o pré-natal, bem como no período neonatal. A finalidade é rastrear fatores congênicos, distúrbios neurológicos e infecções maternas passíveis de comprometer a visão do recém-nascido, além de prevenir fatores adquiridos causados por determinadas terapêuticas, como a oxigenoterapia, a fototerapia e transfusões sanguíneas.

Referências

1. Graziano RM. Exame Oftalmológico do recém-nascido no berçário: uma rotina necessária. *Jornal de Pediatria*. 2002; 78(3): 187-88.
2. Aguiar ASC; Cardoso MVLML; Lúcio IML. Teste do reflexo vermelho: forma de prevenção à cegueira na infância. *Rev Bras de Enferm*. 2007; 60(5): 541-5.
3. Cardoso MVLML, Lúcio IML, Aguiar ASC. Aplicação do Teste do Reflexo Vermelho no Cuidado Neonatal. *Rev. Rene*. 2009; 10 (1): 81-87.
4. Aguiar ASC, Ximenes LB, Lúcio IML, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Associação do reflexo vermelho em recém-nascidos com variáveis neonatais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr

2011; 19(2):[08 telas]. [Acesso em 4 ago 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_12.pdf.

5. Sociedade Brasileira de Oftalmologia. [on-line] [Acesso em 03 jun 2013]. Disponível em: <http://www.sboportal.org.br>.

6. Bittar RE, Zugaib M. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(4): 203-9.

7. Ventura LM, Travassos S, Ventura AG, Trigueiro L, Marques S. Um programa baseado na triagem visual de recém-nascidos em maternidades: Fundação Altino Ventura-2000. *Arq Bras Oftalmol*. 2002; 65: 628-35.

8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco – Manual Técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

9. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

10. Costa KAB, Cardoso MVLML. Exame do reflexo vermelho em recém-nascidos. Relatório de Pesquisa. PIBIC CNPq. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2005.

11. Cardoso MVLML, Lúcio IML, Aguiar ASC et al. Recém-nascidos com reflexo Vermelho “suspeito”: seguimento em consulta oftalmológica. *Rev. Enferma*. 2010; 14 (1): 120-125.

12. Gilbert, C, Rahi, JS. Visual impairment and blindness in children. In: Johnson GJ, Minassian DC, Weale RA, West S. *The epidemiology of eye disease*. 3th ed. London: Imperial College Press; 2012. p. 269-89.

13. Haddad MAO, Lobato FJC, Sampaio MW, Kara-José N. Pediatric and adolescent population with visual impairment: study of 385 cases. *Clinics* 2006; 61(3): 239-46.

14. Grumann Junior A, Vegini F, Sgrott KD, Mendes IR, Vegini JB. [PDF] Análise dos casos de retinoblastoma atendidos no Hospital Regional de São José. *ACM Arq Catarin Med*. 2006; 35(1): 71-5.

Neuropatia Óptica Súbita: Relato de caso

ISABELLA ARAÚJO MOTA¹, RAYANE DA SILVA SOUZA², ANDREA LINS TAVARES VIEIRA³

¹Médica Neurologista do Hospital Universitário Lauro Wanderley, (João Pessoa/PB); ²Estudante de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); ³Médica graduada pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

• Autor para correspondência:

Isabella Mota Araújo

E-mail: isabella_mota@yahoo.com.br

Resumo

Justificativa e objetivos: As neuropatias ópticas têm etiologia diversa. Relataremos um caso decorrente da associação entre abuso de inalantes, tabagismo, alcoolismo e deficiência nutricional. **Relato do Caso:** Homem, 31 anos, com amaurose súbita bilateral. Refere tabagismo, etilismo e faz inalação crônica do solvente thinner há dois anos, associada à perda de peso por baixa ingestão alimentar. O exame neurológico apresentou midríase bilateral e papila óptica com palidez temporal bilateral ao fundo de olho. A acuidade visual no olho direito corresponde à capacidade de contar dedos a um metro e em olho esquerdo, visão de vultos. Reflexos fotomotores (direto e consensual) apresentaram-se diminuídos bilateralmente. A retinografia revelou palidez temporal bilateral com aspecto isquêmico. **Discussão:** Dentre as etiologias tóxicas para perda visual, o uso recreativo de inalantes representa um sério problema de saúde pública. O tabaco e o álcool também estão intimamente implicados na redução da acuidade visual. Há também uma intrínseca associação entre a etiologia tóxica e a deficiência de vitaminas do complexo B, principalmente a vitamina B12. **Conclusões:** A neuropatia óptica súbita deve ser prontamente investigada e tratada em sua multifatorialidade a fim de reduzir ou evitar danos permanentes à acuidade visual.

Palavras-chave: Neuropatia óptica, Abuso de inalantes, Drogadicção, Deficiência de vitamina B12, Tabagismo.

Abstract

Justification and objectives: Optic neuropathies have diverse etiology. We report a case of the association between inhalant abuse, smoking, alcohol and nutritional deficiency. **Case Report:** Male, 31 years old, presenting sudden bilateral amaurosis. Refers smoking, alcoholism and chronic inhalation of solvent thinner in the past two years, associated with weight loss by low food intake. Neurological examination showed bilateral mydriasis and funduscopy with bilateral temporal pallor of optic disc. Visual acuity in the right eye corresponding to the ability to count fingers at five feet and in the left eye, vision of figures. Fotomotors reflexes (direct and consensual) were decreased bilaterally. The retinography revealed temporal pallor with ischemic aspect in both eyes. **Discussion:** Among the toxic causes for visual loss, the abuse of inhalants for recreational use is a serious public health problem. Tobacco and alcohol are also intimately involved in the reduction of visual acuity. There is also an intrinsic association between the toxic etiology and deficiency of vitamins B complex, especially vitamin B12. **Conclusions:** The sudden optic neuropathy should be promptly investigated and treated in its multifactorial in order to reduce or prevent permanent damage to visual acuity.

Keywords: Optic nerve diseases, Inhalant abuse, Drug abuse, Vitamin B12 deficiency, Smoking.

Introdução

A neuropatia óptica súbita é uma enfermidade pouco frequente, sem predileção de raça, sexo ou idade. Apresenta etiologia multifatorial e prognóstico variável, a depender dos fatores de risco, intensidade, duração da lesão e estabelecimento da terapêutica. Relataremos um caso decorrente da associação entre o uso crônico de substâncias tóxicas e deficiência nutricional. Ambas são capazes de danificar o nervo óptico com conseqüente comprometimento parcial ou total da acuidade visual. Usualmente, as queixas são progressivas, os sintomas indolores, uni ou bilaterais, causando escotoma central ou cecocentral.

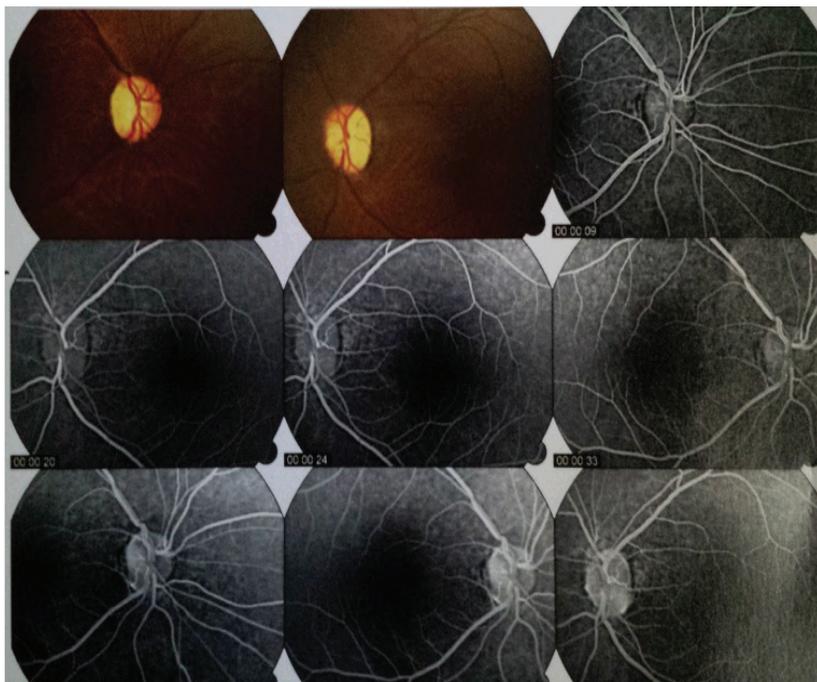
Relato do caso

Homem, 31 anos, refere amaurose súbita bilateral a cinco meses da admissão, sem progressão ou remissão até então. Refere ina-

lação crônica do solvente *thinner* nos últimos dois anos, associada à perda de peso (vinte quilos) por baixa ingestão alimentar. Apesar de manter o uso recreativo do solvente, refere melhora da dieta após o déficit visual, apresentando um índice de massa corpórea dentro da normalidade no momento da consulta. Refere tabagismo e etilismo, e nega histórico familiar semelhante. O exame físico dos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urogenital e reumatológico não evidenciou anormalidade. O exame neurológico apresentou midríase bilateral e fundo de olho com palidez temporal bilateral de papila óptica. A acuidade visual no olho direito corresponde à capacidade de contar dedos a um metro e, no olho esquerdo, visão de vultos. Os reflexos fotomotores (direto e consensual) apresentaram-se diminuídos bilateralmente. Os demais aspectos da semiologia neurológica mostraram-se sem anormalidades.

A retinografia revelou palidez temporal com aspecto isquêmico em ambos os olhos (Figura 1).

Figura 1: Retinografia digital realizada em 08/02/2013. Revela palidez temporal consistente com neuropatia óptica isquêmica em ambos os olhos.



Fonte: dados da pesquisa

Os exames laboratoriais solicitados apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade, exceto a vitamina B12 dosada em 177pg/mL (limite inferior da normalidade 200 pg/mL), como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Resultados dos exames laboratoriais do paciente

Exames	Resultados	Exames	Resultados
Hemoglobina (d/dL)	15	TGO (mg/dL)	17
Hemoglobina glicada (%)	5	TGP (mg/dL)	18
Leucócitos (mil/uL)	7.904	Uréia (mg/dL)	17
Plaquetas (mil/uL)	311.900	Creatinina (mg/dL)	0,78
Colesterol total (mg/dL)	175	Na sérico (mmol/L)	137
TGL (mg/dL)	106	K sérico (mmol/L)	4,05
LDL (mg/dL)	99	Cl sérico (mmol/L)	99
HDL (mg/dL)	60	B12 sérico	177
TSH (um/dL)	2,44	VDRL	Não reagente
T4L	1,12	HIV	Não reagente

Fonte: os autores

* TGL, Triglicerídeos; LDL, Low-density lipoprotein; HDL, High-density lipoprotein; TSH, Hormônio estimulador da tireoide; TGO, Transaminase Glutâmico Oxalacética; TGP, Transaminase glutâmico pirúvica.

Não foram observadas alterações na ressonância nuclear magnética de crânio. Apesar de admitido já com melhora do peso, da ingesta alimentar e reposição intramuscular de vitaminas do complexo B, ainda faz uso esporádico do inalante e mantém tabagismo e etilismo, não havendo melhora do quadro visual após dois anos do início das queixas.

Discussão

A perda visual súbita é uma urgência médica neuroftalmológica multifatorial de grande impacto na qualidade de vida das pessoas. Pode ser transitória ou permanente, decorrente de uma patologia focal ou sistêmica. Na investigação inicial, devem ser pesquisados arterite de células gigantes, doença desmielinizante, aura visual, fenômeno embólico transitório, oclusão da artéria da retina, papiledema, neurite óptica, aura migranosa e descolamento de retina, com o auxílio de anamnese, exame físico acompanhado dos exames complementares pertinentes¹. As etiologias tóxicas e carenciais estão implicadas, em geral, no acometimento visual progressivo, sendo frequentemente subdiagnosticadas nos quadros súbitos, atrasando o início da terapêutica, com sério prejuízo prognóstico.

Dentre as etiologias tóxicas, o uso de inalantes recreativamente representa um sério problema de saúde pública em adolescentes e adultos jovens pelo efeito eufórico, baixo custo e facilidade de obtenção da substância². A intoxicação crônica decorrente da exposição ocupacional sem uso adequado de equipamentos de proteção individual tem implicações clínicas semelhantes³. Dentre os solventes utilizados em tintas, vernizes e diluentes, de uso doméstico e industrial, o *thinner* é o mais frequente, seguidos pelo tolueno puro, as colas e inúmeras outras associações. O *thinner* tem uma composição que varia com as diferenças temporais e geográficas, sendo constituído, em geral, por tolueno, benzeno, xileno, etanol, acetona e trimetilbenzeno⁴.

A alta lipofilicidade destas substâncias aumenta sua absorção pelo sistema nervoso central e periférico, estimulando receptores inibitórios do ácido γ -aminobutírico⁵ e induzindo estresse oxidativo, tornando-o propenso a sequelas neurológicas permanentes que podem afetar a cognição, o cerebelo, os nervos cranianos e os periféricos, e os tratos piramidal e extrapiramidal, consequência da inalação continuada. O acometimento visual (progressiva perda da acuidade visual e discromatopsia) é geralmente bilateral, simultâneo e indolor, sendo a cegueira total uma condição atípica³.

Quanto aos agentes tóxicos danificadores do nervo óptico, o tabaco e o álcool estão intimamente implicados na ambliopia tabaco-álcool, caracterizada por redução severa da acuidade visual, escotomas cecocentrais e distúrbios na visão de cores⁶. Efeitos potencializadores dos danos à via óptica, decorrentes de distúrbios na absorção de vitaminas do complexo B e às disfunções metabólicas, associados à inalação de solventes orgânicos têm sido descritos por estas substâncias. Dentre as substâncias alcoólicas, destaca-se não apenas o etanol, mas também o metanol como tóxico ocular⁶⁻⁷.

O tabagismo parece ser o maior vilão desta associação, sendo capaz de, isoladamente, causar ou intensificar inúmeros danos oculares, tais como irritação, degeneração macular, catarata, oftalmopatia de Graves, glaucoma de ângulo aberto, retinopatia diabética, isquemia ocular, dentre outros. A isquemia de nervo óptico, decorrente do uso de tabaco, é consequência de alterações na viscosidade sanguínea, vasoconstricção, eventos tromboembólicos, promoção e perpetuação da aterosclerose⁶.

Há uma intrínseca associação entre a etiologia tóxica e carencial no acometimento de nervo óptico, apesar de poderem lesar a via visual anterior de forma independente⁷. A deficiência de vitaminas do complexo B, principalmente a vitamina B12, está relacionada a distúrbios na síntese de mielina levando a disfunções no sistema nervoso central e periférico. A neuropatia óptica decorrente deste dano man-

tém-se subclínica por longos períodos, não sendo frequentemente evidenciada em fases precoces, caracterizando-se por redução simétrica, indolor e lentamente progressiva da acuidade visual^{7,10-11}.

O paciente descrito não recebeu qualquer tratamento na fase aguda, apesar de ter realizado avaliação oftalmológica, exames complementares laboratoriais e de imagem que não definiram uma possível causa etiológica, sendo orientado seguimento ambulatorial. Este relato exemplifica claramente a importância da anamnese e o impacto da desvalorização desta importante ferramenta semiológica no diagnóstico etiológico.

Admitido no nosso serviço após cinco meses de instalado o quadro de severo comprometimento visual, iniciamos a reposição intramuscular de vitaminas do complexo B, orientação nutricional, acompanhamento psiquiátrico e psicológico como auxílio ao tratamento da drogadicção. O paciente apresenta recaídas das dependências químicas e, apesar da reposição nutricional, após dois anos de seguimento não apresentou qualquer melhora visual.

Conclusão

A neuropatia óptica súbita deve ser prontamente investigada e tratada em sua multifatorialidade. A terapêutica empregada objetiva minimizar as sequelas na acuidade visual, fator de severa dependência funcional no desenvolvimento das atividades da vida diária e de incapacidade laboral.

Referências

1. Goold L, Durkin S, Crompton J. Sudden loss of vision Investigation and management. *Aust Fam Physician* 2009; 38 (10):770-72.
2. Twardowschy CA, Teive HAG, Siquineli F, Fernandes AF, Búrigo IP, Carvalho-Neto A et al. Optic neuritis due to solvent abuse. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008; 66(1):108-110.
3. Gupta SR, Palmer CA, Curé JK, Balos LL, Lincoff NS, Kline LB. Toluene optic neurotoxicity: magnetic resonance imaging and pathologic features. *Hum Pathol*. 2011; 42: 295-298.
4. Martínez-Alfaro M, Alcaraz-Contreras Y, Cárabez-Trejo A, Leo-Amador GE. Oxidative stress effects of thinner inhalation. *Indian J Occup Environ Med*. 2011; 15(3): 87-92.

5. Arbañil JP. Toxicidad de los solvente como riesgo ocupacional. Bol Soc Peru Med Interna 2000;13: 62-64.
6. Solberg Y, Rosner DM, Belkin M. The Association between cigarette smoking and ocular diseases. Surv Ophthalmol. 1998;42(6): 535-47.
7. Chavala SH, Korsmorsky GS, Lee MK, Lee MS. Optic neuropathy in vitamin B12 deficiency. Eur J Intern Med. 2005;16: 447 – 448.
8. Gee P, Martin E. Toxic cocktail: Methanol poisoning in a tourist to Indonesia. Emerg Med Australas. 2012;24: 451-453.
9. Kesler A, Pianka P. Toxic optic neuropathy. Curr Neurol Neurosci Rep. 2003;3: 410-414.
10. Chu C, Scanlon P. Vitamin B12 deficiency optic neuropathy detected by asymptomatic screening. BMJ Case Rep. 2011; 2011: bcr0220113823.
11. Briani C, Torre CD, Citton V, Manara R, Pompanin S, Binotto C et al. Cobalamin Deficiency: Clinical Picture and Radiological Findings. Nutrients. 2013; 5(11): 4521-39.

Lipoma Gigante da Coxa: Relato de caso

YAN CHAVES¹, SERGIO AUGUSTO PENAZZI JUNIOR²

¹Estudante de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Interno do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB);
²Professor de Cirurgia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Cirurgião plástico membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

- **Autor para correspondência:**

Yan Chaves

E-mail: chavesyan@gmail.com

Resumo

Justificativa: Neste artigo, relatamos o caso de uma paciente com um lipoma intermuscular gigante na região interna da coxa. Apesar de os lipomas serem tumores muito comuns, com incidência de cerca de 10%, a variante subfascial é rara, com os intermusculares representando de 0,3% a 1,9% dos lipomas. Além disso, trata-se de um lipoma gigante, apresentação rara, que recebe essa classificação por apresentar 10 cm ou mais em uma das suas dimensões ou pelo menos 1.000g de peso. **Objetivos:** Pretende-se relatar uma apresentação rara da neoplasia mesenquimal mais comum, os lipomas, discutindo sua classificação, epidemiologia, clínica, diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** É relatado o caso de uma paciente com um lipoma intermuscular gigante localizado na face interna da coxa. **Discussão:** Contrastando a comum apresentação desses tumores mesenquimais, o lipoma subfascial é bastante raro. Estes são subdivididos ainda em intermuscular e intramuscular, sendo o primeiro menos comum. No caso relatado o lipoma media 21,7 x 18 x 8,7 centímetros, com 1.494 g de peso, sendo classificado como gigante, apresentação também rara dessa neoplasia. **Conclusão:** Para que um lipoma atinja tais dimensões são necessários anos de evolução, devido seu lento crescimento. São tumores que na maioria das vezes não levam a maiores sintomas, sendo estes mais comuns na apresentação gigante dos lipomas, em virtude das compressões de estruturas locais. É importante que se faça o diagnóstico diferencial com neoplasias malignas, devendo-se sempre descartar os lipossarcomas e os fibrohistiocitomas malignos. Exames de imagem como a

ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética ajudam, mas o diagnóstico de certeza só é dado com o exame anatomopatológico.

Palavras-chave: Lipoma, Neoplasias Lipomatosas, Cirurgia.

Abstract

Rationale: We report the case of a patient with a giant intermuscular lipoma on the inner thigh. Despite of lipomas are very common tumors, with an incidence of about 10%, subfascial variant is rare, with intermuscular representing 0.3% to 1.9% of lipomas. Also, it's a giant lipoma, rare presentation that receives this rating present 10 cm or more in one dimension or at least 1,000 grams. **Objectives:** This study aims to report a rare presentation of the most common mesenchymal neoplasms, lipomas, discussing his classification, epidemiology, clinical presentation, diagnosis and treatment. **Case report:** In this article, we report the case of a patient with a intermuscular giant lipoma located in the inner side of thigh. **Discussion:** Contrasting the common presentation of these mesenchymal tumors, the subfascial lipoma is quite rare. These are subdivided further into intermuscular which is less common and intramuscular. In the case reported the lipoma measures are 21.7 x 18 x 8.7 cm, with 1,494 g of weight, being classified as giant, a type of presentation also rare of this neoplasm. **Conclusion:** Years of evolution are necessary for a lipoma reach such dimensions, because it grows slowly. These kind of tumors most often do not cause major symptoms. The symptoms are most common in giant lipoma's presentation, due to compression of local structures. It's important to make the differential diagnosis with malignant neoplasias. We should always discard liposarcomas and malignant fibrohistiocitomas. Imaging tests such as ultrasound and magnetic resonance imaging help to think in the diagnosis, but the definitive diagnosis is only given by the pathological examination.

Keywords: Lipoma, Neoplasms adipose tissue, Surgery.

Introdução

Os lipomas são as neoplasias mesenquimais mais comuns, apresentando incidência de 10% na população¹. São divididos em subcutâneos e subfasciais, sendo os últimos classificados em intramusculares (lipomas infiltrativos) ou intermusculares². Os dois últimos são raros, correspondendo os intramusculares de 0% a 5% e os intermusculares de 0,3% a 1,9% de todos os lipomas³⁻⁴. Para um

lipoma ser considerado gigante, ele deve medir, no mínimo, 10 centímetros em uma das dimensões ou pesar ao menos 1000 gramas⁵. Lipomas gigantes também são encontrados com pouca frequência, sendo importante que se faça o diagnóstico diferencial em relação aos lipossarcomas ou outros tumores de partes moles⁴. No presente artigo, relatamos o caso de uma paciente com um lipoma intermuscular gigante localizado na face interna da coxa.

Relato do caso

J.T.M., 55 anos, sexo feminino, branca, procurou o Serviço de Cirurgia Plástica da Clínica Dom Rodrigo referindo crescimento de massa indolor na coxa direita há mais de 10 anos. A paciente relatou que o crescimento foi homogêneo ao longo de todo esse período. No exame físico, observou-se massa de consistência amolecida na face medial da coxa direita, localizada em planos profundos (Figura 1).

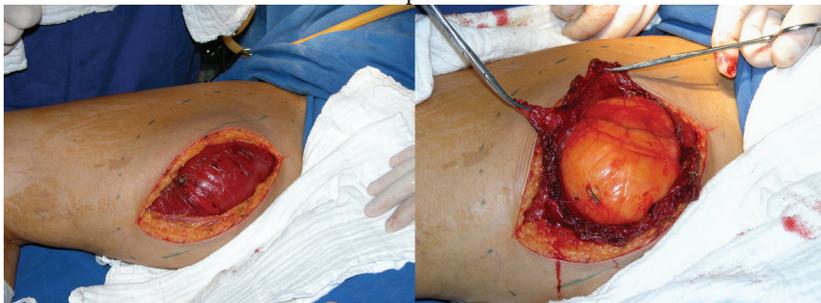
Figura 1: Massa em face medial de coxa direita. Visão anterior e visão posterior.



Fonte: Os autores

Foi feita ultrassonografia da coxa direita que evidenciou lesão expansiva, lobulada, de contornos regulares, em topografia do músculo quadríceps anterior direito (porção vasto medial), sendo corroborada a suspeita clínica de lipoma intermuscular em topografia do músculo quadríceps direito. Foi feita avaliação pré-operatória completa da paciente e programada exérese da lesão, a qual foi ressecada por meio de uma incisão oblíqua na face interna da coxa direita. Após incisão na pele e tecido celular subcutâneo (Figura 2), realizou-se incisão da porção do músculo quadríceps anterior direito em sua porção vastomedial. Evidenciando-se, então, massa de aspecto lipomatoso encapsulada (Figura 2), que foi retirada da musculatura à sua volta com dissecação romba.

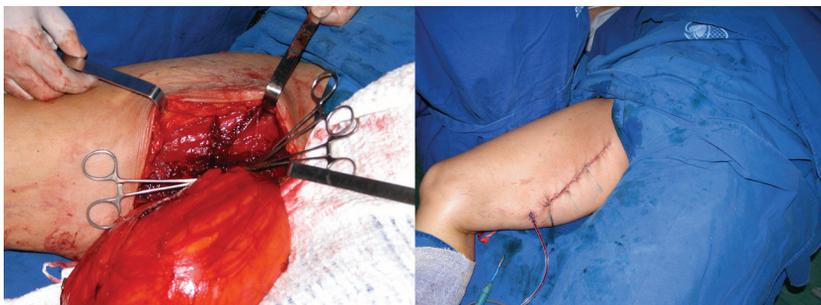
Figura 2: Exposição da porção vastomedial do músculo quadríceps anterior direito e lesão de aspecto lipomatoso evidenciada após sua incisão



Fonte: Os autores

Procedeu-se à síntese da musculatura e da pele por planos, seguida de drenagem tubular a vácuo e de curativo compressivo (Figura 3).

Figura 3: Exérese da lesão lipomatososa e síntese por planos com drenagem a vácuo



Fonte: Os autores

A paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, sendo retirado o dreno no quarto dia. O exame anatomopatológico evidenciou lipoma sem sinais de malignidade, medindo 21,7 x 18 x 8,7 centímetros e com peso de 1.494 gramas.

Discussão

Os lipomas são neoplasias mesenquimais benignas que podem ser classificadas em subcutâneas e subfasciais, sendo estas divididas ainda em intramusculares (lipomas infiltrativos) e intermusculares². Os lipomas são os tumores de partes moles mais frequentes, podendo ocorrer em qualquer região do corpo onde exista tecido adiposo. Apesar dos lipomas serem tumores muito comuns, com incidência de cerca de 10%, a variante subfascial é rara, sendo que os intramus-

culares e os intermusculares representando de 0% a 5% e de 0,3% a 1,9% dos lipomas, respectivamente^{1,3-4}. Os lipomas são mais comuns em mulheres adultas jovens e se apresentam principalmente no tecido subcutâneo do tronco, membros superiores e região cervical. Entretanto, quando se considera exclusivamente os lipomas subfasciais, há uma prevalência discretamente maior nos homens e a coxa é o local mais acometido¹⁰. Além do tecido subcutâneo, os lipomas podem acometer também estruturas profundas, como o retroperitônio, músculos esqueléticos, mediastino, trato gastrointestinal, rins, brônquios, fígado, miométrio, baço, coração, sistema nervoso central, glândulas salivares e mamárias. Os lipomas parecem possuir correlação com a obesidade, e é frequente a presença de história familiar positiva, sobretudo quando se trata de lipomas múltiplos.

Para que um lipoma seja considerado gigante, é preciso que possua, ao menos, 10 cm em uma das dimensões ou 1000 gramas de massa. Os lipomas gigantes são tumores raros e ocorrem mais frequentemente na região cervical, tórax e membros inferiores (região inguinal e coxa). São necessários anos de evolução para que cheguem a essas dimensões, dado o lento crescimento desses tumores. Dependendo do tamanho e localização, podem causar linfedema e limitações funcionais. Um lipoma raramente se calcifica, mas, quando isso ocorre, trata-se de um processo degenerativo decorrente de infartos ocasionados pela grande dimensão do tumor.

Acredita-se que o lipoma intermuscular, o mais incomum dos subfasciais, origina-se da fásia intermuscular⁴. Os lipomas intermusculares são tumores de lento crescimento e, na maioria das vezes, apresentam-se como massa solitária. O crescimento rápido, a recorrência após tratamento cirúrgico ou a associação com ulceração da pele são características de transformação maligna (lipossarcoma), que é rara nessas neoplasias⁷⁻⁸. Mais frequentemente, eles são assintomáticos e, quando há sintomas, resultam da compressão de estruturas vizinhas⁶. Apresentam consistência amolecida e, muitas vezes, podem ser percebidos na inspeção. Mais comumente, apresentam-se encapsulados.

Mediante suspeita clínica, vários exames de imagem podem ajudar no diagnóstico e planejamento cirúrgico, mas apenas a análise anatomopatológica confirmará o diagnóstico. Na radiografia, se apresentará como uma massa bem delimitada e mais radioluscente que os tecidos vizinhos, podendo-se observar ainda aumento de partes moles ou desvio de estruturas adjacentes². A ultrassonografia (USG) e a ressonância magnética (RM) fornecem de forma mais precisa a localização do tumor e sua relação com estruturas vizinhas, sendo de grande importância para o planejamento cirúrgico. Além disso, tanto

a USG quanto a RM auxiliam no diagnóstico diferencial entre os lipomas subfasciais e os lipossarcomas⁹⁻¹⁰. Na macroscopia, apresenta-se como um tecido gorduroso amarelado, brilhante e dividido por finas trabéculas fibrosas. Já na microscopia encontra-se tecido adiposo maduro, sem presença de atipia celular. Ainda são achados possíveis as áreas de infarto, necrose, calcificação, metaplasia óssea ou cartilaginosa, ulceração de superfície, infecção e gangrena, surgindo como alterações secundárias. O lipoma subfascial terá seu diagnóstico feito em média na sexta ou sétima décadas de vida¹⁰.

Alguns autores recomendam que se faça a eletromiografia antes e após o procedimento cirúrgico. O exame pré-operatório mostrará possíveis alterações na condução elétrica nervosa ou na atividade elétrica muscular do membro acometido, auxiliando no planejamento cirúrgico, e o exame pós-operatório revelará possíveis modificações decorrentes da intervenção, assim como poderá ajudar no seguimento da recuperação funcional.

O diagnóstico diferencial dos lipomas é feito principalmente com os cistos (sebáceos, pilonidais, de inclusão), os xantomas e outras lesões papulonodulares (neuromas, nódulos reumatoides etc.). No caso dos lipomas gigantes, o diagnóstico diferencial é feito com os tumores de partes moles (nervos, vasos, tendões, músculos) e tumores ósseos. Devendo-se sempre descartar os lipossarcomas e os fibro-histiocitomas malignos. Os sarcomas de partes moles são mais frequentemente assintomáticos, com limites imprecisos, irregulares, e apresentam metástase precocemente. Já os osteossarcomas são geralmente dolorosos e com edema local associado, apresentando, na radiografia, imagens sugestivas de lesão óssea destrutiva, calcificação e reação periosteal, além de hipervascularização na angiografia. A diferenciação com processos de esteatonecrose se dá por essa não apresentar septos fibrosos internos.

A estratégia terapêutica dependerá de vários fatores, como local do tumor, tamanho e relação com estruturas adjacentes, devendo-se sempre descartar a presença de malignidade, que implicaria em uma série de planejamentos e condutas. O tratamento dos lipomas subfasciais gigantes é feito mediante exérese cirúrgica completa. A recidiva tumoral para tumores intermusculares é baixa, entretanto, para tumores intramusculares, será maior, principalmente quando se preserva a musculatura envolvida¹⁻³. No caso dos lipomas intramusculares, cujo caráter infiltrativo pode levar a um comprometimento funcional da musculatura, pode ser necessária a exérese de tecido muscular, o que não é comum na terapêutica dos tumores intermusculares. A necessidade de amputação do membro acometido é incomum, sendo indicada nos casos em que há grande

infiltração tumoral, levando à retirada muscular importante e infun-
cionalidade do membro. Apesar de a remoção cirúrgica convencion-
al ser preferível, principalmente quando há infiltração muscular
ou envolvimento de grandes vasos e nervos, é descrita também a
lipoaspiração como opção terapêutica, que traz como complicações,
por remoção incompleta do tumor, grandes hematomas e recidivas.

Conclusão

O lipoma gigante surge na coxa do mesmo modo que pode apa-
recer em outros sítios do organismo que contenham tecido adiposo,
e é a princípio um problema estético e benigno. É necessário, entre-
tanto, descartar os lipossarcomas e outras lesões malignas. Em caso
de suspeita clínica, exames de imagem podem ajudar no diagnóstico,
sendo o exame anatomopatológico o método confirmatório. O trata-
mento cirúrgico é definitivo e satisfatório na maioria dos casos.

Referências

1. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg.* 2004; 30(3): 463-7.
2. Balabram D, Cabral CCSR, Filho OPR, Barros CP. Intramuscular li-
poma of the subscapularis muscle. *Sao Paulo Med J.* 2014; 132(1): 65-7.
3. Fletcher CD, Martin-Bates E. Intramuscular and intermuscular li-
poma: neglected diagnoses. *Histopathology.* 1988; 12(3): 275-87.
4. Behrend EM. Intermuscular lipomas. *Am J Surg.* 1929; 7: 857-60.
5. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case
report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28(2
Pt 1): 266-8
6. Botwin KP, Shah CP, Zak PJ. Sciatic neuropathy secondary to in-
filtrating intermuscular lipoma of the thigh. *Am J Phys Med Rehabil.*
2001; 80(10): 754-8.
7. Mordjikian E, Leão E. Lipoma gigante de coxa: relato de caso. *Rev
Soc Bras Cir Plast.* 2001; 16(3): 23-8.
8. Mello DF, Junior AH. Giant subgaleal lipoma: case report. *Rev Bras*

9. Montenegro JS, Fernández CB, Ansio FG. Giant submuscular lipoma: clinical, diagnostic, and treatment aspects. *Plast Reconstr Surg*. 1998; 101(2): 543-4.

10. Nishida J, Morita T, Ogose A, Okada K, Kakizaki H, Tajino T et al. Imaging characteristics of deep-seated lipomatous tumors: intramuscular lipoma, intermuscular lipoma, and lipoma-like liposarcoma. *J Orthop Sci*. 2007; 12(6): 533-41.

Percepção de Pacientes sobre sua Participação em Aulas Práticas em um Hospital Universitário

RACHEL MARTINS CANDEIA¹, PEDRO HENRIQUE MOURA¹, RILVA LOPES DE SOUSA-MUÑOZ²

¹Estudante de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

²Professora do Departamento de Medicina Interna, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

• Autor para correspondência:

Rachel Martins Candeia

E-mail: rachelcnd@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: Avaliar a percepção de pacientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) sobre sua participação nas aulas práticas com estudantes de medicina ocorridas durante a hospitalização. **Métodos:** Estudo observacional e transversal, envolvendo pacientes internados nas enfermarias de clínica médica do HULW. Os dados foram coletados entre agosto/2009 e julho/2010 por meio da aplicação de questionário estruturado contendo 18 questões relacionadas à sua vivência como participante das aulas práticas de estudantes de medicina da UFPB. **Resultados:** Foram entrevistados 80 pacientes com média de idade de 45,3 anos ($\pm 16,9$); 21,3% dos pacientes declararam não saber que estavam em um hospital de ensino; 82,5% declararam não se sentirem incomodados em participar das aulas práticas; 36,3% afirmaram que não aceitariam participar das aulas práticas se estivessem indispostos; 62,5% declararam que se sentiam bem ao conversar sobre sua doença com os estudantes; 86,3% negaram desconforto durante os exames. Em relação ao exame físico, 12 (15%) referiram que algumas vezes o exame físico representou uma experiência desagradável, e maioria destes afirmou que as manobras eram realizadas de forma inadequada ou dolorosa. **Conclusões:** Verificou-se que a percepção da maioria dos pacientes sobre sua participação foi positiva, porém houve respostas ambivalentes. Tais respostas podem relacionar-se à ideia de obrigatoriedade de participação nas aulas em um hospital escola. Esses da-

dos sugerem a necessidade de reflexão sobre aspectos pedagógicos de natureza ético-humanística e abrem possibilidades para novas pesquisas sobre o processo de ensino médico na nossa universidade.

Palavras-chave: Pacientes Internados, Educação Médica, Hospitais de Ensino, Satisfação do Paciente, Ética Médica.

Abstract

Objective: To evaluate the perception of the interaction of inpatients at the Lauro Wanderley University Hospital of Paraíba, Brazil, with medical students in a class environment. **Methods:** Observational and cross-sectional study involving patients admitted to the wards of Internal Medicine of the HULW. Structured, standardized questionnaires with 18 questions were applied between August/2009 and July/2010 to 80 inpatients. **Results:** The age had a mean of 45.3 years (± 16.9); 21.3% of the patients were unaware that they were at a teaching hospital, 82.5% did not bothered in the practical classes with students and 36.3% said they would not agree to participate in practical classes if they were feeling unwell; 62.5% stated that they were at ease talking to students about their illness; 86.3% denied discomfort during examinations, however 15% said that the physical examination sometimes represented an unpleasant experience, relating that the maneuvers were performed inappropriately or painfully. **Conclusions:** Most patients were positive about being examined by students in a class environment; others were ambivalent. However these results may be affected by the general perception of implied patient agreement while at a teaching hospital. These data suggest the need for reflection on the ethical and humanistic implications of practical medical teaching and points to the need for further research on the process of medical education at our university.

Keywords: Inpatients, Medical Education, Teaching Hospitals, Patient Satisfaction, Medical Ethics.

Introdução

Nos hospitais universitários são desenvolvidas atividades assistenciais em conjunto com atividades acadêmicas de ensino e pesquisa. Estas instituições se caracterizam, portanto, por proporcionar atenção médica pelos docentes clínicos acompanhados pelos alunos. Ao contrário de vários outros países, onde a aprendizagem comumente é feita usando-se simuladores ou atores, o contato direto

do estudante com o paciente é possível em hospitais universitários brasileiros, sendo um recurso empregado para o aprendizado clínico de estudantes de medicina.

Nos hospitais de ensino, diferentemente da pedagogia geral, que repousa em um processo ensino-aprendizagem polarizado por apenas dois sujeitos, o professor e o aluno, na pedagogia médica devem ser levados em conta três sujeitos: o professor, o aluno e o paciente, com naturezas, expectativas e papéis diferentes. No centro deste tripé, está um ser humano que sofre e, por isso, merece um duplo respeito: aquele que lhe é devido pela dignidade própria de ser humano, e aquele devido à condição de ser humano que sofre¹.

Dessa forma, é importante refletir sobre as implicações pedagógicas e éticas envolvidas na relação – que é terapêutica para o doente – na qual três sujeitos são protagonistas – o paciente, o aluno e o professor – e questionar: qual a autonomia desses pacientes durante o internamento hospitalar? Eles gostariam de recusar determinados procedimentos? Com a hipótese de pesquisa de que tal participação pode ser percebida de forma negativa por eles, que, entretanto, tendem a não se queixar, o objetivo deste estudo foi avaliar as percepções do paciente como instrumento de aprendizado nas aulas práticas de estudantes de medicina no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Métodos

Modelo do estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional e transversal, de abordagem quantitativa.

Amostra

A amostra foi composta por pacientes de ambos os sexos e todas as idades internados nas enfermarias de Clínica Médica do HULW e incluídos nas aulas práticas de estudantes de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão foram: estar internado nas referidas enfermarias há mais de cinco dias, ter participado de aulas práticas com estudantes de medicina, encontrar-se em condições clínicas para ser entrevistado e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluíram-se os pacientes com problemas de comunicação oral e que se recusaram a participar do estudo.

Procedimentos de coleta de dados

Entrevistaram-se os pacientes elegíveis à beira do leito mediante um questionário estruturado, composto por informações censitárias (idade, sexo, nível de instrução, procedência) e por questões relacionadas à sua vivência como participante das aulas práticas de estudantes de medicina da UFPB. Foi também registrada a data de admissão dos entrevistados, para posterior cálculo do período de internação (dado coletado no prontuário após a entrevista). O instrumento de coleta de dados continha as seguintes perguntas apresentadas no formato fechado:

1) No momento da internação neste hospital, alguém lhe informou que o HULW é um hospital-escola?

2) O(a) senhor(a) sabe o que é um Hospital Escola (pedir para explicar)?

3) De quantas aulas, em média, o(a) senhor(a) participou com estudantes nesta internação?

4) Quanto têm demorado, mais ou menos, as entrevistas feitas pelos estudantes com o(a) senhor(a) nesta enfermaria?

5) Sente-se incomodado quando lhe pedem para que participe de aulas práticas com estudantes na enfermaria?

6) Antes de ser examinado(a) por estudantes nas aulas práticas, foi informado(a) de que não haveria problema para o(a) senhor(a) caso não quisesse participar?

7) Ao ser perguntado se quer participar ou não da aula para ensino dos estudantes, o que o(a) senhor(a) iria responder se estivesse indisposto?

8) Na sua enfermaria, ao chegar algum estudante para falar com o(a) senhor(a), ele diz quem é, ou que está no início do estágio para ser médico?

9) O(a) senhor(a) se sente incomodado ao participar de uma aula de ensino para os estudantes deste hospital?

10) Durante a internação no HULW o(a) senhor(a) prefere que os estudantes o(a) examinem?

11) Ao participar de aulas sendo examinado por estudantes, o(a) senhor(a) sente algum benefício, alguma vantagem para o(a) senhor(a)?

12) *(Em respondendo Sim à questão anterior)* Qual o principal ganho em participar dessas aulas práticas com os estudantes do hospital?

13) O(a) senhor(a) achou que alguma dessas aulas práticas com os estudantes foi uma experiência desagradável ou ruim?

14) O(a) senhor(a) sente que os estudantes estão realmente interessados na sua melhora e na sua saúde?

15) O(a) senhor(a) acha que a sua participação nas aulas práticas com os estudantes pode ter piorado seus sintomas?

16) O(a) senhor(a) acha necessário que, antes de ser examinado, seja pedida sua concordância por parte de médicos professores e/ou alunos?

17) (*Em respondendo Sim a questão anterior*) Como este sentimento poderia ser feito?

18) Em relação aos estudantes que o examinaram nesta internação, o que o(a) senhor(a) achou ruim ou desagradável?

Os itens do questionário foram aplicados oralmente aos pacientes, e à medida que estes respondiam, o questionário era preenchido, por escrito, pelos entrevistadores. Os entrevistadores eram estudantes de graduação em medicina vinculados ao Programa de Iniciação Científica da UFPB/CNPq previamente treinados.

Aspectos éticos

O projeto atendeu à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HULW, sob o protocolo nº 013/09. Objetivando manter o sigilo da identidade dos participantes, não foram utilizados os nomes dos entrevistados. Todos os pacientes, ao serem convidados a participar da pesquisa, foram esclarecidos detalhadamente sobre os procedimentos, incluindo o caráter anônimo das respostas, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo CEP.

Análise estatística

Os dados quantitativos obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva. Para a análise, utilizou-se o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for social Sciences*), versão 17.0 para Windows.

Resultados

O questionário foi aplicado durante as entrevistas realizadas entre agosto de 2009 e julho de 2010. Entrevistaram-se 80 pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica e que participaram das aulas práticas de Semiologia Médica. A média de idade foi 45,3 anos ($\pm 16,9$), variando entre 17 e 79 anos, com predomínio do sexo feminino (57,5%). O tempo médio de internação foi 34,5 dias ($\pm 23,2$) com o mínimo de cinco e o máximo de 90 dias.

Quanto à procedência, 44 pacientes (55%) procediam da região metropolitana de João Pessoa, e 36 (45%) provinham do interior do estado da Paraíba. Dezesete (21,3%) pacientes eram analfabetos,

31 (38,8%) tinham o ensino fundamental incompleto, 8 (10%) o ensino fundamental completo, 12 (15%) o ensino médio incompleto, 8 (10%) o ensino médio completo e 4 (5%), o ensino superior.

Verificou-se que 63 (78,8%) já sabiam que o HULW era um hospital-escola antes da internação, embora somente 54 (67,5%) souberam explicar o que isso significava. A maioria (60%) referiu que no momento da internação não foi informada que o hospital era uma instituição de ensino.

Somente 37 (46,3%) pacientes referiram que foram avisados todas as vezes em que foram examinados pelos estudantes, e que o aviso incluía a informação de que não haveria problema caso não quisessem participar das aulas práticas. Observou-se que 62 pacientes (77,5%) referiram que os estudantes se identificavam antes de iniciar as entrevistas e 60 (75%) afirmaram que não tinham nenhuma preferência em ser examinados por alunos ou por professores. Em relação ao número aproximado de participações em aulas com estudantes durante a internação, 68,8% referiram que foram mais de 10 (Tabela 1). Para a maioria dos pacientes (56,25%), o tempo das aulas foi de meia a uma hora.

Tabela 1: Número de participações dos pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley em aulas práticas com estudantes de medicina (n=80). João Pessoa-PB, 2009-2010.

Número de contatos com estudantes	Frequências	
	f	%
1-4 contatos	10	12,5
5-10 contatos	15	18,8
Mais de 10	55	68,8

Fonte: os autores

A Tabela 2 permite-nos observar a frequência de incômodo dos pacientes que participaram de aulas práticas.

Tabela 2: Ocorrência de incômodo em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley por participar de aulas práticas com estudantes de medicina (n=80). João Pessoa-PB, 2009-2010.

Respostas sobre incômodo em participar	Frequências	
	f	%
Não se sentiram incomodados	66	82,5
Sentiram-se incomodados às vezes	12	15
Sentiram-se incomodados	2	2,5

Fonte: os autores

Já a Tabela 3 apresenta a frequência relativa à percepção dos benefícios, por parte do paciente, em participar das aulas práticas.

Tabela 3: Benefícios em participar de aulas práticas com estudantes de medicina relatados por pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (n=67). João Pessoa-PB, 2009-2010.

Benefício obtido pelo paciente ao participar das aulas práticas	Frequências	
	f	%
Obtinha informações sobre a doença	22	32,8
Conseguia se distrair com as entrevistas	14	20,9
A participação ajudava no diagnóstico	12	17,9
Recebia atenção, força ou apoio	9	13,4
Não sabia dizer por que havia benefício	5	7,5
Sentia-se importante na formação dos alunos	2	3
Sentia-se alegre e melhorava o humor	2	3
Sentia-se ajudando alguém	1	1,5

Fonte: os autores

Quando questionados sobre se houve alguma experiência ruim ou desagradável nas aulas práticas com os estudantes nas enfermarias, 69 (86,3%) responderam negativamente, sete (8,8%) responderam afirmativamente, enquanto quatro (5%) responderam que às vezes ocorriam experiências desagradáveis. Em relação ao exame físico, 12 (15%) referiram que algumas vezes o exame físico representou uma experiência desagradável. Oito destes 12 pacientes afirmaram que as manobras eram realizadas de forma inadequada ou dolorosa, enquanto um declarou que o exame físico era muito demorado, outro declarou que, além de demorado, sentiu-se envergonhado, um paciente afirmou ainda que o aluno era “um ignorante”, e outro que o exame físico era muito repetitivo.

Setenta e seis (95%) pacientes consideraram que sua participação nas aulas práticas com os estudantes não estava relacionada com a piora dos seus sintomas e não interferia no seu sono. Setenta e quatro (92,5%) referiram que não alterava a sua alimentação, setenta e cinco (93,8%) afirmaram que as estudantes não interferiam nas suas visitas e apenas 8 (8,8%) declararam que sentiam vergonha.

Quanto à necessidade de que lhe fosse pedido um consentimento antes do início da realização de qualquer atividade, 75 (93,8%) responderam positivamente. Destes, 65 acharam que apenas o consentimento verbal era necessário, 7 preferiam o consentimento por escrito. Para apenas 3 pacientes, era necessário um consentimento verbal e também por escrito.

Discussão

A percepção da maioria dos pacientes sobre sua participação no treinamento dos estudantes nas enfermarias de clínica médica do HULW foi positiva, referindo não ter havido incômodo em participar das aulas, afastando-nos inicialmente da hipótese deste estudo.

Cerca de um terço dos entrevistados afirmou que não aceitaria participar das aulas práticas se estivessem indispostos. Achados semelhantes foram observados em estudo anterior realizado na vigência do currículo antigo na mesma instituição².

Estes resultados positivos, no entanto, podem sugerir a existência de um receio por parte do paciente em ser discriminado, caso se recuse a participar da rotina acadêmica do hospital. Dado que, na maioria das vezes, as condições socioeconômicas deste paciente são desfavoráveis, ele tende a não se queixar das aulas práticas, quando entrevistado isoladamente³. Já foi demonstrada uma tendência, por parte dos usuários que pertencem a classes sociais menos favorecidas, em avaliar positivamente os serviços que lhe são prestados e a não perceber o atendimento médico como um direito⁴.

Por outro lado, em um estudo realizado fora do Brasil, em país com melhores níveis socioeconômicos, com pacientes internados em hospital-escola, também foi observada uma boa percepção por parte destes quanto à participação em aulas práticas à beira do leito⁵. Há também evidências de que estudantes de medicina são bem aceitos, como também esperados por muitos pacientes e acompanhantes durante visitas às enfermarias de clínica médica⁶.

Quando perguntados se concordaram em participar como instrumento de aprendizado na aula prática de exame clínico, 90,7% dos pacientes responderam afirmativamente. O motivo da realização da aula prática à beira do leito foi informado a 81,4% dos participan-

tes. Entretanto, em conformidade com este, apenas 2,3% dos pacientes sentiram-se incomodados com a presença dos estudantes, e 55,8% sentiram-se satisfeitos com a participação na aula prática. Apenas 4,7% dos pacientes sentiram-se envergonhados, percentual menor que o encontrado no nosso estudo. Os resultados encontrados no presente estudo são concordantes com os de estudo semelhante realizado na região Sudeste do Brasil⁷.

Em outro estudo realizado no Brasil, cujo objetivo foi avaliar a aceitação de ensino médico em um hospital privado não universitário, onde se planejava implantar um programa de ensino médico em futuro próximo, mostrou que a maioria, 178 (85%), permitiria a presença do estudante de medicina durante a consulta e, dentre estes, 102 (57%) gostariam da presença do estudante⁸.

O envolvimento de pacientes no ensino de estudantes da área da saúde não viola necessariamente princípios éticos de relacionamento com o doente, desde que se tenha certeza de que este se encontra devidamente informado sobre a realidade da instituição de ensino, que não seja submetido a riscos desnecessários e que existam e sejam cumpridas regras quanto aos princípios do respeito à autonomia do paciente e da confidencialidade das informações obtidas durante esta prática pedagógica⁹.

As disciplinas clínicas do curso médico envolvem no seu cotidiano algumas situações peculiares que tendem a potencializar problemas e conflitos que, normalmente, fazem parte da rotina de instituições que prestam atendimento de saúde à população através de estudantes⁹. Isto aparentemente acontece porque os pacientes atendidos são postos, pelo menos, em parte, na condição temporária de “objeto de ensino” para os futuros profissionais. A condição de vulnerabilidade do paciente emerge quando ele se vê na situação de ter que “escolher” se deve submeter-se a algo que possa incomodá-lo de alguma forma. Há autores que mencionam a possibilidade de ocorrência de eventos adversos decorrentes do emprego de pacientes para o ensino de clínica¹⁰⁻¹¹.

Há evidências de que pacientes hipertensos e normotensos apresentam elevação dos seus níveis pressóricos durante a participação em aulas práticas de medicina¹². No presente estudo, subjetivamente, a maioria dos pacientes não relatou piora dos seus sintomas pela participação nas aulas práticas, porém houve poucos respondentes que mencionaram desconfortos pela presença de dor.

Quando o estudante realiza o exame clínico de um paciente com finalidade de aprendizado, não está necessariamente ferindo o dever de beneficência, mas, para isso, o paciente deve estar informado a respeito de toda a situação e dar seu consentimento voluntário para

que o exame realmente aconteça¹³. O aluno-aprendiz deverá tratar com a maior cordialidade aquele sujeito que temporariamente servirá como meio de estudo, nunca esquecendo que por trás da doença encontra-se um ser humano com problemas e aflições, que precisa ser respeitado e, principalmente, assistido de forma digna e responsável.

É preciso considerar também que existe uma grande variedade de pacientes, de acordo com a formação, o temperamento e o estado clínico. Há pacientes extrovertidos e bem-humorados, que aceitam bem a presença do aluno, outros, ao contrário, irão repeli-la, trazendo constrangimentos e dificultando o desempenho. Alguns se sentem invadidos em sua privacidade e seu pudor, podendo, ainda, acharem-se usados ou agredidos.

Em hospitais de ensino, aceita-se de forma tácita que os pacientes são um recurso para a docência, e poucos em nosso meio questionam se não seria necessária sua autorização formal prévia. Deve-se lembrar que os pacientes contam sua história e expõem seu próprio corpo, passando a ser alguém que, além de receber atendimento médico, é também objeto de aprendizagem. Rocco³ cita exemplos do quanto pode ser iatrogênico o comportamento de médicos e estudantes num hospital de ensino, sendo necessário avaliar se está ocorrendo desconforto para os pacientes durante procedimentos didáticos realizados a todo custo, mesmo em detrimento do fundamental, que é o atendimento adequado ao paciente. Este foi um aspecto não atendido, segundo relatos de alguns pacientes entrevistados no presente estudo.

Embora a maioria dos pacientes possuísse ciência de que estava sendo atendida em um hospital de ensino, muitos não sabiam o que significava estar em uma instituição desse tipo. A maioria referiu que, no momento da internação, não foi informada de que o hospital era uma instituição de ensino. Portanto, os pacientes não foram devidamente esclarecidos e, para Vigil¹⁴, a participação dos pacientes no sistema de ensino requer que sejam mantidos princípios éticos e, por isso, faz-se necessário que sejam informados sobre a realidade da instituição de ensino. Nos hospitais universitários, os enfermos devem ser entrevistados pelo assistente social quando da internação e, além dos esclarecimentos habituais sobre obrigações e direitos, devem ser informados quanto às solicitações que vão receber por parte dos alunos³.

Diretrizes que norteiem a participação do paciente nesse treinamento são necessárias para que sejam preservadas a integridade física e moral do indivíduo. É premente orientar e conscientizar o estudante de medicina, desde o início de sua formação, sobre a necessidade de observar alguns preceitos éticos para que, desde cedo, os incorpore à sua prática. Segundo Kira e Martins¹⁵, o ensino médi-

co de graduação deve visar o aprendizado não só de conhecimentos, mas a participação do paciente nas decisões que são tomadas a seu respeito e na valorização dos aspectos psicológicos, sociais e culturais, nas doenças e nos doentes. Assim, é preciso compreender como o paciente se sente na relação com os estudantes.

Como afirmou Garrido-Sanjuán¹⁶, é importante ressaltar a obrigação de “proteger a dignidade das pessoas, embora sejam também um meio para o aprendizado dos alunos”, e que se articule essa prática pedagógica de modo eticamente responsável.

Conclusões

Os resultados deste estudo sugerem que os pacientes hospitalizados não estão sendo devidamente esclarecidos quanto à sua participação voluntária nas aulas do curso de Medicina. Embora a percepção da maioria dos pacientes tenha sido positiva quanto à sua participação em aulas práticas, essa condição pode estar relacionada à falsa ideia de obrigatoriedade imposta pelo hospital de ensino. Diretrizes éticas que norteiem a participação do paciente em aulas práticas devem ser constantemente discutidas, com o objetivo de respeitar os direitos do indivíduo.

Referências

1. Hossne WS. A relação professor-aluno: inquietações, indagações e ética. *R Bras Educ Med.* 1994; 18 (2): 75-8.
2. Sousa-Muñoz RL, Ronconi DE, Ramalho MR, Andrade APR, Silva GCB, Pereira BM et al. Opinión de los pacientes sobre su participación en la enseñanza práctica de medicina en un hospital universitario de Brasil. *Educ. méd.* 2011; 14(1): 35-37. [Acesso em 4 ago 2014] Disponível em: <https://medes.com/publication/64870>
3. Rocco RP. Relação estudante de Medicina-paciente. In: Mello Filho J. *Psicossomática Hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas, p. 45-63, 1992. [Acesso em 18 jul 2014] Disponível em: <http://paginas.ufpr.br/labs/nazah/wp-content/uploads/sites/13/2013/10/apostila-rela%C3%A7%C3%A3o-m%C3%A9dico-paciente.pdf#page=118>
4. Lemme AC, Noronha G, Resende JB. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública* 1991; 25(1): 41-46. [Acesso em 14 jul 2014] Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v25n1/09.pdf>

5. Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *N Eng J Med*. 1997; 336(16): 1150-5. [Acesso em 12 nov 2014] Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199704173361606>
6. Brandon B, Spevack TA, Kassapedis E, Yens D. Impact of Bedside Teaching Rounds on Patient Perception of Care. *New York Medical Journal* 2006; 1(2): 45-51. [Acesso em 12 set 2014] Disponível em: <http://newyorkmedicaljournal.org/1/Archives/brandon4-06.htm>
7. Monfredinho AR, Silva, RM. Percepção dos pacientes sobre a sua participação como Instrumento de Aprendizado nas aulas práticas de Semiologia. *Arq. Cat. Med.* 2006; 35(3): 35-41. [Acesso em 21 ago 2014] Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/379.pdf>
8. Sousa ACJ, Tajra CRM, Coelho RS, Gomes CM, Teixeira RA. Ensino médico em um hospital privado: perspectiva dos pacientes e acompanhantes. *São Paulo M J*. 2009; 127(2): 101-104. [Acesso em 22 jul 2014] Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt/5525/ensino-medico-hospital-privado-perspectiva-pacientes/>
9. Lifshitz A, Gonzalez, N. J. El médico ante los avances de la comunicación. *Rev Med IMSS*; 38(1): 3-10, 2000. [Acesso em 12 nov 2014] Disponível em: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1123&Itemid=
10. Sayer M, Bowman D, Evans D. Use of patients in professional medical examinations: current UK practice and the ethicolegal implications. *BMJ* 2002; 324(16): 404-407. [Acesso em 3 set 2014] Disponível em: <http://www.bmj.com/content/324/7334/404?variant=full-text>
11. Thomas EJ. The patient's experience of being interviewed by first-year medical students. *Medical Teacher* 1999; 21(3): 311-314. [Acesso em 17 jun 2014] Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01421599979608>
12. Matthys J, De Meyere J, Mervielde I. Influence of the presence of doctors-in-training on the blood pressure of patients: a randomised controlled trial in 22 teaching practices. *J Hum Hypertens* 2004; 18(11): 769-763. [Acesso em 6 jun 2014] Disponível em: <http://www.nature.com/jhh/journal/v18/n11/abs/1001744a.html>

13. Mercado-Martínez FJ, Silva LB, Herrera IMR, Leal MN, Hernández EA. La perspectiva de los sujetos enfermos: reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(1): 179-186. [Acesso em 19 ago 2014] Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n1/0047.pdf>
14. Vigil JLG. Modelo de comunicación para el aprendizaje independiente y de la clínica. *Rev Med. IMSS* 2000; 38(1): 61-68. [Acesso em 12 nov 2014] Disponível em: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1132&Itemid=
15. Kira CM, Martins MA. Teaching and learning clinical skills and medical competences. *Medicina, Ribeirão Preto* 1996; 29: 407-413. [Acesso em 12 nov 2014] Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/1996/vol29n4/6_o_ensino_e_o_aprendizado.pdf
16. Garrido-Sanjuán JA. Entrenamiento basado en la simulación como medio de prevenir conflictos éticos en el proceso enseñanza-aprendizaje. *Educ Med* 2010; 13(1): 5-6. [Acesso em 12 set 2014] Disponível em: http://quarto_ano_2008_2.pdf.medicina.ufg.br/up/148/o/Entrenamiento_basado_en_la_simulacion.pdf

Comportamento de Médicos na Iminência do Óbito Hospitalar de Pacientes Fora de Possibilidade Terapêutica

VANESSA CRUZ WERTON SALES¹, JOSUÉ VIEIRA DA SILVA¹, TÁCIA ADRIANA FLORENTINO DE LIMA¹, DANIEL UCHÔA ARAÚJO¹, RILVA LOPES DE SOUSA-MUÑOZ²

¹Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); ²Professora do Departamento de Medicina Interna, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

- **Autor para correspondência:**

E-mail:

Resumo

Objetivos: Explorar estudos originais publicados a respeito do comportamento de médicos na iminência da morte hospitalar de pacientes fora de possibilidade terapêutica. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura, cuja busca foi feita nas bases de dados Medline e Scielo/Lilacs com limites de janeiro de 2000 a janeiro de 2013. Os seguintes descritores em inglês (e correspondentes em português e espanhol) foram utilizados em três combinações: *Physician Behavior, Imminent Death, Hospital, Patient Care, Physician at the Bedside, Terminally Ill*. Os critérios de inclusão foram: (1) artigos originais; (2) artigos abordando a atitude do médico diante da iminência da morte; (3) artigos incluindo pacientes adultos; (4) estudos envolvendo pacientes considerados terminais e hospitalizados; (5) artigos publicados no período de 2000 a 2013; (6) artigos redigidos em língua portuguesa, espanhola e inglesa; (7) que disponibilizavam o resumo nas bases de dados; e (8) estudos quantitativos e qualitativos. **Resultados:** A busca inicial resultou em 47 artigos. Excluídos os que não preencheram os critérios, os que não respondiam à pergunta da pesquisa e as duplicidades, obteve-se cinco artigos. Os estudos selecionados apresentavam modelo observacional, três de abordagem qualitativa e dois quantitativos. Os poucos estudos encontrados enfocavam a temática de educação médica. Não foram encontrados

trabalhos que se referissem à realidade brasileira. Pouca ênfase tem sido dada ao estudo do comportamento de médicos no atendimento holístico de pacientes fora de possibilidade terapêutica e em iminência de morte hospitalar, assim como no treinamento de habilidades e técnicas em comunicação. **Conclusões:** Verificou-se que os estudos com a temática de educação médica e comunicação predominaram, porém o problema de pesquisa focado é pouco abordado. Existe uma demanda considerável de intervenções educativas entre os diversos profissionais de saúde para aumentar seu conhecimento sobre preocupações existenciais dos pacientes e seus familiares na situação de doença terminal e iminência de óbito hospitalar.

Palavras-chave: Doente Terminal, Morte, Educação Médica, Hospital, Comportamento Médico.

Abstract

Objectives: To explore the original published studies on the behavior of physicians on the verge of death of hospital patients without therapeutic possibility. **Methods:** A systematic literature review, whose search was conducted in the databases of Medline and SciELO / Lilacs as limits from January 2000 to January 2013. The following key words in English (and corresponding in Portuguese and Spanish) were used in three combinations: Physician Behavior, Imminent Death, Hospital, Patient Care, Physician at the Bedside, Terminally Ill. The inclusion criteria were: (1) original articles, (2) articles addressing the attitude of the doctor in the face of impending death; (3) articles including adult patients; (4) studies involving patients considered terminal and hospitalized; (5) articles published in the period 2000-2013; (6) written in Portuguese, Spanish and English language articles; (7) provide what the summary in the databases; and (8) Quantitative and qualitative studies. **Results:** The search yielded 47 articles; excluding those that did not meet the criteria, which did not respond to the research question and duplications resulted five articles. The selected studies presented observational model, three qualitative and two quantitative approach. The few studies focused on medical education theme. There were no studies about the Brazilian reality. Little emphasis has been directed to the study of health behavior in the holistic care of patients without therapeutic possibility and imminence of hospital death, as well as in training in communication skills and techniques. **Conclusions:** It was found that the studies with the topic of medical education and communication predominated, but the research problem focused is rarely

addressed. There is considerable demand for educational interventions among diverse health professionals to increase their knowledge about existential concerns of patients and their families in situations of terminal illness and imminent death hospital.

Keywords: Physician Behavior, Imminent Death, Hospital, Patient Care, Physician at the Bedside, Terminally Ill.

Introdução

O paciente fora de possibilidade terapêutica é usualmente denominado “terminal”. Outrora, este paciente morria lentamente em sua própria casa, onde tinha tempo para se despedir e passar os últimos momentos com sua família. No decorrer do século XX, no mundo ocidental, a morte tornou-se um fato a ser “oculto”, transferindo-se o local de morrer para os hospitais¹, onde as necessidades existenciais inerentes à finitude são geralmente negligenciadas. Este é um aspecto desumanizante na experiência da morte e do morrer desses pacientes no hospital, e muito do problema deve-se à postura habitual do profissional de saúde, em especial à do médico².

A motivação inicial para este estudo surgiu de observação feita na enfermaria de clínica médica de nosso hospital universitário, onde são internados pacientes com doenças crônicas, muitos fora de possibilidade terapêutica. Um paciente narrou que no leito ao lado do seu morreria outro doente na noite anterior. Estando estes dois pacientes hospitalizados há várias semanas naquela enfermaria, o paciente entendeu que seu vizinho encontrava-se em seus últimos momentos de vida e, em um instante em que o percebeu consciente, perguntou-lhe o que desejava que fizesse por ele. Este respondeu que precisava que permanecesse segurando sua mão no momento da “passagem”.

Fazendo parte da negação da morte, a equipe de saúde geralmente está ausente quando um paciente que não tem indicação de ressuscitação cardiopulmonar morre no hospital³. A tecnologia prolonga a vida dos doentes, mas não os ajuda no processo de morrer. Esse momento, via de regra, não é visto como uma ocasião em que é premente a existência de um clima de amparo e conforto ao paciente e à sua família⁴. É como se o trabalho do médico tivesse terminado na iminência da morte de um paciente nessas condições e, a partir de então, não lhe diz mais respeito. É nesse sentido que Certeau afirma que “quando se aproxima a morte, o pessoal do hospital se retira”, o que denomina de “síndrome da fuga por parte dos médicos e enfermeiros”⁵. O referido autor assim continua: “Os moribundos são proscritos porque são desviantes da instituição para a conser-

vação da vida”⁵. Quando não consegue “derrotar” a morte, o médico percebe sua batalha como “perdida” e, muitas vezes, desaparece da enfermaria na hora em que a família e o paciente precisam dele não para evitar a morte, mas para ajudá-los a superar o momento desta⁶. Assim, o mais difícil não parece ser lidar com a morte, e sim acompanhar o paciente que está morrendo.

Embora a maioria dos óbitos no século XXI ocorra nos hospitais¹, o profissional de saúde nem sempre se sente preparado para estar ao lado do paciente nesse momento em que a presença de outro ser humano é essencial e, quase sempre, suficiente⁷. Morrer é muito desolador sob vários aspectos, mas é pior quando acontece de forma solitária, mecânica e desumana. Trata-se da “morte interdita”, na qual o “moribundo” parte sem dizer e ouvir nada sobre seu momento final⁸.

O objetivo deste estudo foi explorar os estudos originais publicados entre 2000 e 2013 a respeito do comportamento de médicos na iminência da morte hospitalar de pacientes fora de possibilidade terapêutica.

Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, cuja busca foi feita nas bases de dados Medline e Scielo/Lilacs com limites temporais de janeiro de 2000 a janeiro de 2013. A escala de tempo de 13 anos foi considerada suficiente para garantir uma cobertura abrangente da literatura relevante, dada a crescente ênfase, durante este período de tempo, ao estudo relacionado aos cuidados de doentes terminais e o reconhecimento, pelo Conselho Federal de Medicina, em 2011, da Medicina Paliativa como uma nova área de atuação médica.

Os seguintes descritores em inglês (e correspondentes em português e espanhol) de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados em três combinações: *Physician Behavior, Imminent Death, Hospital, Patient Care, Physician at the Bedside, Terminally Ill*. Os cruzamentos entre esses descritores foram feitos em trios, até o esgotamento de sua probabilidade.

A pergunta que norteou a presente revisão da literatura foi a seguinte: o que se publicou em artigos originais sobre o comportamento de médicos diante da iminência de morte hospitalar de pacientes fora de possibilidade terapêutica nos últimos 13 anos? Antes de iniciar o processo de revisão sistemática da literatura, fez-se necessário definir alguns conceitos-âncora. Consideraram-se doentes na iminência de morte os pacientes gravemente enfermos em estágio avançado de uma enfermidade, a qual poderia levar o indivíduo à morte em horas, dias ou semanas⁹. As expressões “pacientes fora

de possibilidade terapêutica” e pacientes terminais foram usados como sinônimos¹⁰, com ênfase no primeiro termo, que foi adotado para pessoas com doença incurável ou irreversível no estágio final e que resultará em morte previsível em um curto espaço de tempo. O termo “comportamento” foi empregado para definir o conjunto de ações exibidas pelos seres humanos no contexto do seu ambiente, respondendo a vários estímulos¹¹, ou seja, a resposta observável de uma pessoa diante de uma situação.

Os critérios de inclusão foram: (1) artigos originais; (2) artigos abordando a atitude do médico diante da iminência da morte; (3) artigos incluindo pacientes adultos; (4) estudos envolvendo pacientes considerados terminais e hospitalizados; (5) artigos publicados no período de 2000 a 2013; (6) artigos redigidos em língua portuguesa, espanhola e inglesa; (7) que disponibilizavam o resumo nas bases de dados; e (8) estudos quantitativos e qualitativos. Os critérios de exclusão foram: (1) estudos enfocando pacientes em centros de terapia intensiva; (2) artigos não disponíveis na íntegra; e (3) trabalhos publicados como teses, dissertações, livros, capítulos de livros, resenhas, críticas, editoriais, anais de eventos e relatórios científicos, a fim de realçar apenas os estudos submetidos a rigoroso processo de avaliação por pares. Foram selecionados, assim, exclusivamente artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases bibliográficas selecionadas.

Após o levantamento das publicações, os resumos foram lidos e analisados segundo os critérios de inclusão/exclusão preestabelecidos. Em um segundo momento, os artigos foram recuperados na íntegra e examinados com o auxílio de um formulário elaborado para esse fim específico, constituindo o *corpus* de análise da revisão.

Os dados extraídos foram analisados, com uma síntese narrativa de temas emergentes, e redesenhados a partir dos resultados de trabalhos/conclusões e sintetizados em um novo conteúdo descritivo. O refinamento foi efetuado após a leitura de todos os resumos disponíveis dos trabalhos publicados. Os trabalhos nos quais essa leitura não permitisse tomar uma decisão foram agrupados como estudos duvidosos, sendo posteriormente sujeitos à leitura do artigo na íntegra. Assim, os resumos encontrados foram distribuídos em uma tabela organizada com dados para análise quanti-qualitativa, com autores (ano), objetivos, temática, modelo do estudo, abordagem e amostra. A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2014.

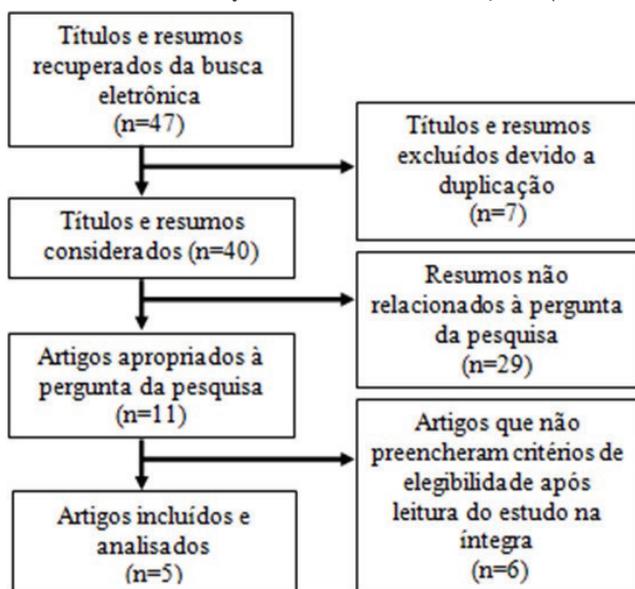
A revisão foi realizada por um dos autores do presente artigo. Por questão de espaço, os 47 artigos encontrados não estão citados nas referências bibliográficas deste trabalho, entretanto, encontram-se disponíveis com os autores. Foram incluídos nas referências da revisão sistemática apenas os artigos selecionados.

Resultados

A busca inicial resultou em 47 artigos, tendo sido excluídos aqueles que não preencheram os critérios de elegibilidade, os que não respondiam à pergunta da pesquisa, e as duplicidades. Destes, foram selecionados cinco artigos (Figura 1), posteriormente avaliados e classificados.

Os estudos selecionados tinham modelo observacional, três de abordagem qualitativa e dois quantitativos (Tabela 1).

Figura 1: Fluxograma dos resultados da busca bibliométrica nas bases de dados Medline e Scielo/Lilacs usando os descritores Physician Behavior, Imminent Death, Hospital, Patient Care, Physician at the Bedside, Terminally Ill em três combinações (2000-2013)



Fonte: os autores

Os cinco artigos foram selecionados na base Medline. Não foram identificados artigos na Scielo/Lilacs, e não foram encontrados artigos originais que se referissem à realidade brasileira.

Com suporte nos conteúdos dos cinco artigos, organizaram-se três categorias temáticas, de forma superposta em alguns trabalhos: comunicação com o paciente e sua família (2), educação médica, com o subtema da formação deficiente do profissional para lidar com a iminência da morte do paciente (2), e suporte ao paciente e seus familiares (1). Quatro estudos envolveram primariamente médicos como participantes da pesquisa, apenas um envolveu pacientes.

Em relação ao nível de evidência, ou seja, à classificação da

Tabela 1: Estudos selecionados na busca nas bases de dados da Medline e Scielo/Lilacs de estudos originais publicados entre os anos 2000 e 2013 sobre o comportamento de médicos na iminência da morte hospitalar de pacientes fora de possibilidade terapêutica (n=5)

Autores (ano)	Temática	Objetivo	Modelo do estudo	Abordagem	Amostra
Alvarez-Del Río et al. (2013)	Educação médica	Avaliar a percepção médica sobre a iminência de morte	Observacional	Quantitativa	413 médicos
Lenherr et al. (2012)	Comunicação	Analisar a disposição e dificuldades de médicos para falar sobre a morte com pacientes geriátricos	Observacional	Qualitativa	14 médicos e 17 enfermeiros
Sullivan et al. (2007)	Comunicação	Avaliar comunicação na iminência da morte	Observacional	Quantitativa	196 médicos
Deneault et al. (2006)	Suporte ao paciente e seus familiares	Percepções dos pacientes sobre o apoio recebido do médico	Observacional	Qualitativa	26 pacientes
McLeod (2001)	Educação Médica	Compreender a experiência de médicos cuidando de pessoas que estão morrendo	Observacional	Qualitativa	10 médicos

Fonte: os autores

qualidade e força da evidência científica¹², apresentada em uma escala de 1 a 6, os estudos se ajustaram ao nível 4. Esta categoria corresponde a estudos com desenho não experimental, como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa.

Discussão

Os poucos estudos encontrados indicaram, de modo geral, que pouca ênfase foi dada, na comunidade científica da área da saúde entre os anos 2000 e 2013, ao estudo do comportamento de médicos no atendimento holístico de pacientes fora de possibilidade terapêutica e em iminência de morte hospitalar, assim como no treinamento de habilidades e técnicas em comunicação nesse contexto.

Na análise temática dos estudos selecionados, predominaram as categorias da formação deficiente em relação ao suporte a ser oferecido ao paciente terminal na iminência da morte no sentido da comunicação. Atitudes em relação aos pacientes que morriam foram predominantemente negativas, no sentido de que eles recebiam atenção clínica, mas não a esperada atenção humanista. Médicos entrevistados consideraram que esses aspectos deveriam ser incluídos no seu treinamento na graduação, sobretudo nos currículos médicos, que precisariam ser aprimorados para atender adequadamente à questão. Esta, por sua vez, pareceu estar ligada à negação, ou seja, segundo eles, quando os profissionais não estão no controle do que está acontecendo, tendem a ignorar a realidade ou não se sentem capazes de conversar sobre os problemas.

Em um dos estudos, Sullivan et al.¹³ descreveram se e quando os médicos relatam reconhecer e comunicar a iminência da morte, de modo a identificar potenciais barreiras e facilitadores para o reconhecimento e a comunicação sobre a morte no hospital¹³. No referido estudo, realizaram-se entrevistas retrospectivas com 196 médicos nas equipes que cuidavam de 70 pacientes que morreram no hospital. Observou-se que 86% dos médicos tinham a previsão de que, à admissão do paciente, este morreria ao longo da hospitalização, e percebiam a morte como iminente. A maioria relatou sentir, em certos dias (57%) ou horas (18%) antes, que o paciente morreria em breve. Menos da metade dos pacientes e suas famílias, no entanto, foram informados sobre esta previsão. A comunicação foi mais provável de ocorrer nos casos de pacientes em que pelo menos um membro da equipe médica estava certo de que a morte era iminente, de pacientes que estavam lúcidos durante seus últimos dias e de pacientes mais jovens. Apenas 11% dos médicos relataram falar pessoalmente com os pacientes sobre a possibilidade de morrer. Os médicos que reconheceram a morte iminente cedo e que falaram com os pacientes sobre a possibilidade de morte foram mais propensos a relatar maior satisfação com os cuidados de final de vida oferecidos a eles. Mais de dois terços dos pacientes estavam inconscientes ou com flutuação do nível de lucidez nos últimos dias de vida. Estes resultados sugerem que decisões e ações médicas dependem do fato de os médicos perceberem que a morte de seus pacientes é iminente, e isso influenciará a forma como atuarão diante deles¹³.

A espera de certeza sobre o prognóstico pode deixar pouca oportunidade para ajudar os pacientes e suas famílias a se preparar para a morte. Estes resultados identificam oportunidades de melhoria na comunicação em face da incerteza sobre a iminência da morte. Além de benefícios potenciais para os pacientes e familiares,

estes resultados sugerem que o reforço de práticas de comunicação pode também beneficiar os médicos através de uma maior satisfação com o atendimento e a ligação mais próxima com aqueles aos quais prestam cuidados. Contudo, como a certeza de morte iminente só veio dias antes da morte, houve menor comunicação significativa com a maioria dos pacientes.

Outro estudo selecionado teve como objetivo explorar as opiniões dos 413 médicos sobre a morte iminente de seus pacientes terminais em suas práticas clínicas, em quatro hospitais públicos e dois hospitais privados na Cidade do México¹⁴. A maioria deles tratava pacientes com doenças terminais (73,3%), mas apenas 28% receberam treinamento sobre a morte. Quase metade dos médicos relatou uma experiência formativa pessoal relacionada com a morte que, juntamente com a experiência de exposição a pacientes terminais, parece ter sido a maneira pela qual a maioria aprendeu a lidar com a situação. A grande maioria dos participantes (90,6%), pessoalmente, preferiria receber a comunicação, se eles próprios estivessem em seus últimos momentos de vida. Os médicos mais jovens, aqueles com menos de seis anos de prática médica, aqueles sem formação acadêmica relacionada à morte e nenhuma experiência no tratamento de doentes terminais, foram mais propensos a evitar dizer aos pacientes sobre sua morte iminente. Alvarez-Del-Río et al.¹⁴, autores do referido estudo, concluíram que há relação entre a falta de informações, experiência e treinamento formal e a retenção de informações a partir de pacientes que estão morrendo. Isso sugere o valor de intervenções para melhorar e desenvolver habilidades de enfrentamento dos profissionais que lidam com situações de fim de vida¹⁴.

No estudo qualitativo de Lenherr et al.¹⁵, analisam-se a disposição e as dificuldades de médicos (e de enfermeiros) para falar sobre a morte iminente com pacientes geriátricos¹⁵. A maioria (21/31) dos médicos e enfermeiros entrevistados relatou uma disposição considerável para falar sobre a morte com pacientes que se aproximam do fim da vida. Obstáculos ao abordar este tema foram relacionados a circunstâncias externas, tais como a falta de tempo e/ou privacidade (14/31), razões pessoais, tais como sentir-se confrontado com a sua própria mortalidade (12/31), resistência ou negação de seus pacientes (12/31), e o estado cognitivo destes (7/31). Conclui-se, neste estudo, que comunicar e discutir com o paciente no final de vida é um pré-requisito de bons cuidados paliativos. Para os autores deste estudo, é uma função ética dos profissionais de saúde apoiar a abertura na comunicação, o respeito à autonomia e dignidade, abordando questões sobre o morrer e a morte com o paciente e sua família, a fim de facilitar o planejamento da assistência nos momentos finais¹⁵.

Para explorar a percepção de 26 pacientes terminais hospitalizados, com câncer avançado, sobre seu próprio sofrimento, um estudo qualitativo utilizando a técnica de análise de conteúdo foi realizado em serviços de oncologia de hospitais universitários e não universitários¹⁶. As principais conclusões deste estudo foram de que os serviços de saúde são vistos como um campo de batalha onde os médicos e os pacientes estão envolvidos em uma luta perdida para evitar a morte, e que tanto médicos quanto pacientes adotam uma espécie de ceticismo para evitar a angústia¹⁶. Além disso, Deneault et al.¹⁶, autores deste estudo, referiram que a confissão inevitável de impotência diante de uma doença terminal é percebida como capitulação e abandono terapêutico. Ainda neste estudo, considera-se que restrições orçamentárias, falta de pessoal, juntamente com uma cultura generalizada que nega implicitamente a morte, produzem um ambiente propício para este tipo de comportamento. Portanto, os autores sugerem que o sofrimento de pacientes gravemente doentes pode ser difícil de aliviar no contexto das organizações de saúde modernas. Em alguns casos, segundo eles, a prestação de cuidados de saúde contribui diretamente para o aumento do sofrimento. Os autores finalmente sugerem que fornecer suporte e, ao mesmo tempo, ajudar os pacientes e suas famílias a enfrentar os próximos dias de sofrimento é um ato de equilíbrio que precisa ser mais explorado na literatura e nos serviços de saúde¹⁶.

Por fim, o estudo qualitativo de MacLeod¹⁷ apresenta resultados de um estudo fenomenológico interpretativo envolvendo 10 médicos e suas experiências de aprendizagem para cuidar de pessoas que estavam morrendo¹⁷. Os médicos eram de diferentes especialidades e tiveram diferentes níveis de experiência. Durante as entrevistas, sentiram que seu treinamento foi insuficiente em prepará-los para tais cuidados, e seus discursos indicaram ser preciso questionar se a educação médica prepara adequadamente os médicos para este elemento-chave do seu trabalho. Os autores recomendam maneiras para que os profissionais possam estar mais bem preparados para cuidar de pessoas que estão morrendo¹⁷.

Ainda segundo MacLeod¹⁷, a presença do médico no momento da morte não pareceu ser, contudo, um aspecto importante nos discursos dos entrevistados, não sendo mencionada diretamente em relação aos médicos que trabalham em hospitais. Também não foi mencionado que a comunicação nesta fase pode ser cada vez mais realizada por meio de gestos em vez de palavras, com compreensão e assentimento no silêncio da relação entre o médico e o paciente no momento final. Para os pacientes, é necessário que o profissional aprenda a interpretar as suas mensagens não verbais, pois muitas

vezes eles são incapazes de formular as perguntas sobre o que desejam em relação ao momento de sua morte. Para o referido autor, é responsabilidade do médico facilitar essa comunicação.

Não foi mencionado em nenhum dos estudos que o paciente deveria saber que ele não precisaria se esforçar para falar, no intento de que os assuntos importantes fossem finalizados. Não foi enfocada a questão de que as dificuldades com a rotina hospitalar também poderiam ser superadas mediante visitas dos médicos aos pacientes na iminência da morte no início da noite, período em que as enfermeiras dos hospitais estão mais silenciosas, após a rotina diária ficar menos agitada, quando o médico pode contar com certo tempo para dispensar ao paciente que está morrendo e à sua família, se esta estiver presente.

Não foram encontradas categorias temáticas enfocando também a família, que precisa de mais ajuda, apoio e compreensão nesta fase, mais até que o próprio doente. Nesse sentido, os clínicos podem ser também inadequadamente preparados para discutir a morte iminente com as famílias. Apoio, compreensão e solidariedade devem fazer parte da conduta de profissionais da área de saúde diante da iminência da morte de um paciente em fase terminal. Este entendimento é crucial para a superação da visão de que aqueles que estão morrendo devem fazê-lo de modo solitário e que a equipe de saúde deve estar distante. Este aspecto ficou evidente no estudo de Deneault, Lussier, Mongeau, Hudon, Paillé, Dion et al. (2006), em que pareceu clara a evitação de comunicação tanto por parte de médicos quanto de pacientes¹⁶. As dificuldades dos pacientes nesse sentido podem resultar de vários fatores culturais, incluindo a preocupação deles e de seus familiares em não perturbar o médico.

No estudo de Sullivan, Lakoma¹³, além de potenciais benefícios para pacientes e familiares, o aumento da comunicação parece beneficiar também os próprios médicos, através da conexão mais estreita com aqueles a quem prestam cuidados¹³. Foi recorrente, nos estudos analisados, a ideia de que se presume que os médicos estejam habituados a lidar com a morte, mas estar habituado a ela não implica necessariamente estar preparado para lidar com o que cerca esta situação. Existe uma relação entre a falta de informações, experiências e treinamento formal e a negação dos profissionais sobre o seu papel de estar ao lado do paciente e de sua família. Isso sugere a necessidade de intervenções para melhorar e desenvolver habilidades de enfrentamento para os profissionais que lidam com situações de fim de vida. Obstáculos dos médicos para abordar o paciente nesse momento foram referidos como circunstâncias externas, tais como a falta de tempo e/ou privacidade, razões pessoais, tais como sentir-se confrontado com a sua própria mortalidade, resistência ou negação

de seus pacientes, e o estado cognitivo dos pacientes nesse momento.

Embora o nível de evidência dos artigos seja considerado baixo segundo o paradigma da Saúde Baseada em Evidências, que propõe uma hierarquia dos estudos científicos de acordo com o delineamento da pesquisa, os modelos dos estudos selecionados são apropriados para o problema de investigação analisado. Em virtude da natureza do problema de pesquisa focado, o maior número de estudos foi observacional, e três dos cinco foram de abordagem qualitativa, ou seja, constituem evidências de nível 4, de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa¹⁸.

As limitações da revisão efetuada referem-se ao número restrito de bases de dados consultadas, escolha que se deveu ao objetivo da revisão, qual seja, explorar estudos na literatura médica e de saúde. Assim, pode-se afirmar, considerando os limites das bases utilizadas, assim como o limite temporal da busca, que a literatura científica analisada possibilitou evidenciar que o problema de pesquisa focado vem sendo negligenciado nas instituições de formação, repercutindo em tensões que incidem na prática profissional. Como decorrência da falta de preparo, afloram dificuldades e sofrimentos vivenciados pelos médicos. Frente aos resultados sistematizados, percebe-se a necessidade de futuras investigações acerca da temática.

Há necessidade de estudos utilizando metodologia adequada, assim como necessidade de conceber investigações sobre os efeitos de intervenções eficazes no apoio de familiares que sofrem o desconforto existencial manifestado fisicamente e/ou psicologicamente pela morte iminente.

Conclusões

Por meio da presente revisão, verificou-se que os estudos com a temática de educação médica e comunicação predominaram, porém o problema de pesquisa focado parece ser pouco abordado. Ficou claro através dos resultados que existe uma demanda considerável de intervenções educativas entre os diversos profissionais de saúde para aumentar seu conhecimento sobre preocupações existenciais dos pacientes e seus familiares na situação de doença terminal e iminência de óbito hospitalar. O provimento de suporte aos pacientes e seus familiares para enfrentar a iminência da morte também precisa ser mais explorado, no sentido de que os profissionais devem estar mais preparados para cuidar de pessoas no momento da morte hospitalar inevitável e esperada.

Referências

1. Witkamp FE, van Zuylen L, Borsboom G, van der Rijt CC, van der Heide A. Dying in the Hospital: What Happens and What Matters, According to Bereaved Relatives. *J Pain Symptom Manage* 2014 Feb; 49(2):203-13.
2. Ellershaw J, Chris W. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003 Jan 4; 326(7379): 30-34.
3. Medeiros LA, Lustosa MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Rev. SBPH* 2011; 14(2): 203-227.
4. Andrade EO, Andrade EM. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. *Rev Bras Clin Med.* 2010; 8:46-52
5. Certeau M. A invenção do cotidiano. Petrópolis: Vozes; 1994. Cap. 14.
6. Pfeiffer C, Palma C. A iminência de morte em questão: a perspectiva e o manejo o manejo clínico de psicólogos da saúde pública de psicólogos da saúde pública. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2009; 42(4): 451-60.
7. Mendes JÁ, Lustosa MA, Andrade MCM. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev. SBPH* 2009; 12(1): 151-173.
8. Marta GM, Marta SN, Andrea Filho AN. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *RBEM* 2009; 33(3): 416-427.
9. Mendonça FC, Mendonça C. O desafio do aconselhamento pastoral a pessoas gravemente enfermas. *Vox Faifae; Revista de Ciências Humanas e Letras das Faculdades Integradas da Fama* 2010; 2(2): 1-21.
10. Rodrigues IAA. Paciente Terminal: Como dar sentido ao sofrimento diante da morte? *Rev Them@* 2011; 11(16): 16 3-12.
11. Costa CA, Cançado CRX, Zamignani, DR, Arrabal-Gil SRS. Comportamento em foco. Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental. São Paulo: ABPMC; 2013.
12. Santos MA, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais

e estudantes de enfermagem: Revisão da produção científica da última década. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(9): 2757-2768.

13. Sullivan AM, Lakoma MD, Matsuyama RK, Rosenblatt L, Arnold RM, Block SD. Diagnosing and discussing imminent death in the hospital: a secondary analysis of physician interviews. *J Palliat Med.* 2007; 10(4):882-93.

14. Alvarez-Del-Río A, Marván ML, Santillán-Doherty P, Delgadillo S, Oñate-Ocaña LF. Facing Death in Clinical Practice: A View from Physicians in Mexico. *Arch Med Res.* 2013 Jul;44(5):394-400.

15. Lenherr G, Meyer-Zehnder B, Kressig RW, Reiter-Theil S. To speak, or not to speak: Do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? *Swiss Med Wkly.* 2012 Apr 5;142:w13563.

16. Deneault S, Lussier V, Mongeau S, Hudon E, Paillé P, Dion D et al. Primum non nocere: could the health care system contribute to suffering? In-depth study from the perspective of terminally ill cancer patients. *Can Fam Physician.* 2006; 52(12):1574-5.

17. MacLeod RD. On reflection: doctors learning to care for people who are dying. *Soc Sci Med.* 2001; 52(11): 1719-27.

18. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

Estratégias do SUS para atender à saúde de pessoas transexuais: uma revisão integrativa

RENAN MARTINS DA SILVA CARDOSO¹; EDUARDO SÉRGIO SOARES SOUSA²; RILVA LOPES DE SOUSA MUÑOZ³

¹Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Paraíba;

² Prof. Dr. do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba; ³ Prof^a. Dr^a. do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. UFPB

- **Autor para correspondência:**

Eduardo Sérgio Soares Sousa

E-mail: esergiosousa@uol.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo é caracterizar a produção científica nacional entre 1997 até 2015 sobre as ações do SUS para atender à saúde dos transexuais. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura para analisar a produção científica nacional relacionada às ações voltadas para esses usuários. A captura dos artigos ocorreu nas bases de dados da SciELO, LILACS e Medline e das dissertações e teses através da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Os trabalhos reconhecem a necessidade dos procedimentos na redesignação sexual para os transexuais e criticam a carência de serviços especializados e a patologização dos transexuais. É necessário ampliar os serviços para facilitar os acessos e as garantias no acompanhamento do processo transexualizador.

Palavras-Chave: Transexualidade, Transexualismo, Transgenitalização, Redesignação sexual, Despatologização.

Abstract

The purpose of this study is to characterize the national scientific production between 1997 and 2015 about the actions of SUS to meet the health of transsexuals. An integrative literature review was carried out to analyze the national scientific production related to the actions aimed at these users. The articles were selected in the databases of SciELO, LILACS and Medline; dissertations and theses through the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations. The articles recognize the need for procedures in sexual reassignment for transsexuals, criticize the lack of specialized services and the pathologization of transsexuals. It is necessary to expand the services to facilitate the accesses and the guarantees in the follow-up of the transexualizador process.

Keywords: Transsexuality, Transsexualism, Reassignment, Sexual reassignment, Depathologization.

Introdução

A transexualidade pode ser caracterizada como a inconformidade entre sexo e gênero, não havendo reconhecimento da pessoa em relação ao próprio corpo quanto à identidade de gênero (masculino ou feminino)¹. O sexo refere-se ao aspecto biológico (macho e fêmea), enquanto o conceito de gênero (feminino e masculino) é uma construção social².

Na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)³, afirmava-se que os transexuais possuem Transtorno de Identidade de Gênero, classificação que foi substituída por *disforia de gênero* (angústia ou desconforto por pertencer ao gênero oposto com o qual se identifica) na quinta versão deste Manual (DSM-5-R)⁴. Por outro lado, na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), a transexualidade classifica-se ainda como Transtorno de Identidade de Gênero⁵.

Em decorrência dos avanços científicos, tornou-se possível a realização do procedimento cirúrgico de transgenitalização para redesignação sexual, com o objetivo de proporcionar a adequação entre sexo e gênero de pessoas com esta condição⁶. Em 2008, o Ministério da Saúde estabeleceu no Sistema Único de Saúde (SUS) o denominado Processo Transexualizador para aqueles que não possuem condições financeiras suficientes para realizar este procedimento¹. O Processo Transexualizador realizado pelo SUS foi posteriormente ampliado em 2013, com o objetivo de atender à saúde de

peças transexuais, incluindo acolhimento e acesso aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso a hormonioterapia, até à cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social⁷. Este processo é uma importante ação para reduzir a condição de sofrimento psíquico de muitos transexuais, além de possibilitar sua inclusão social. Contudo, após a entrada dessa população no SUS através de um programa específico requer uma análise de como se dá o atendimento às suas necessidades de saúde.

O objetivo deste estudo é caracterizar a produção científica nacional no período de 1997 até 2015 sobre as ações no âmbito do SUS para atender à saúde de pessoas transexuais.

Métodos

Realizou-se uma revisão integrativa para analisar a produção científica nacional relacionada às ações do SUS para atender especificamente à saúde de pessoas transexuais. Optou-se pela realização de uma revisão integrativa, definida como um instrumento para reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, para contribuir para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado⁸.

Para a elaboração da revisão integrativa, realizaram-se as seguintes etapas: definição da pergunta norteadora; definição dos descritores; definição dos critérios de elegibilidade; busca nas bases de dados; seleção dos artigos para compor a revisão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; análise e categorização dos estudos selecionados; interpretação dos resultados; e relato e apresentação destes. A coleta de dados se deu entre os meses de março de maio de 2015.

A pergunta norteadora do estudo foi: O que foi produzido na literatura científica nacional da área da saúde entre 1997 e 2015 a respeito de estratégias de saúde do SUS para usuários transexuais?

O estudo ocorreu através da busca em bases de dados e outras fontes. A captura dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), sendo as duas últimas acessadas através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para complementar a pesquisa procedeu-se também à busca de outras fontes, como relatórios de dissertações e teses através da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Excluíram-se os trabalhos identificados em mais de uma base de dados, que foram contabilizados como apenas um.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos originais, revisões narrativas ou tradicionais, ensaios teóricos, dissertações e teses publicadas no Brasil, no período de janeiro de 1997 a junho de 2015, disponibilizados na íntegra e por meio de acesso público *on-line*. Este período foi definido em razão da necessidade de abranger textos publicados antes e após o estabelecimento do Processo Transsexualizador no SUS (2008). Os critérios de exclusão de artigos foram os seguintes: trabalhos editoriais e publicações não relacionadas à pergunta da pesquisa e que não atendiam ao objetivo proposto de focar estratégias do SUS para atenção de pessoas transexuais.

Visando à sistematização dos dados, os autores elaboraram um instrumento de coleta contendo dados referentes à autoria (nome dos autores) e relativos às publicações (base de dados de indexação, título, ano, periódico, idioma, país de origem, natureza do estudo, objeto de estudo, objetivos, problema, sujeitos, conceitos definidos, principais resultados).

Na busca, foram utilizados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em três idiomas (português, inglês e espanhol), combinados por meio das expressões *booleanas* 'ou'/'e': 'transexualismo' or 'transgenitalização' and 'sistema único de saúde' em quatro combinações (1997-2015).

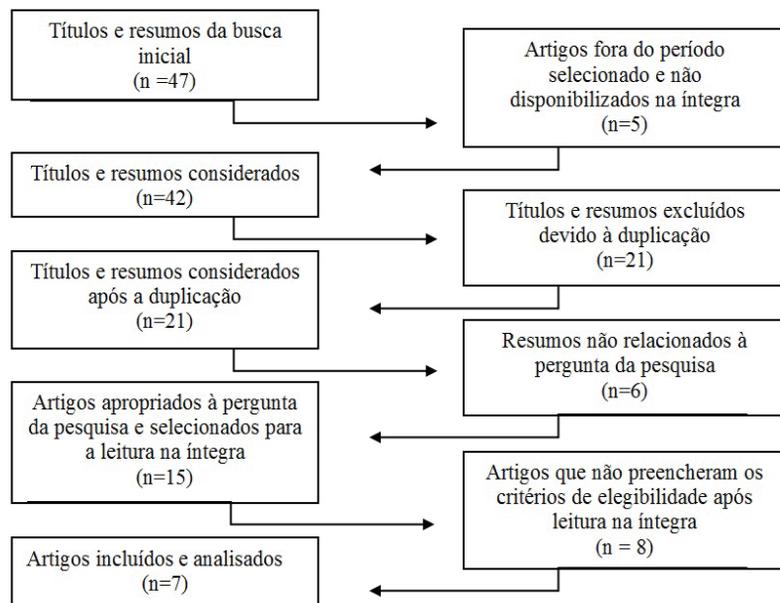
A partir da busca encontraram-se artigos cujos títulos foram lidos e, em seguida procedeu-se à leitura do resumo dos artigos a fim de verificar se atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após análise dos resumos de diversas publicações encontradas com os descritores controlados, foram selecionados os estudos para análise na íntegra, uma vez que contemplavam os critérios de elegibilidade.

Após coleta dos dados, foi caracterizado o *corpus* de análise. Os artigos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, definindo-se categorias empíricas. Os resumos foram avaliados e as produções que atenderam os critérios previamente estabelecidos foram selecionadas e lidos na íntegra. Após a leitura dos textos selecionados, prosseguiu-se com a análise e organização das temáticas.

Resultados

A busca realizada inicialmente resultou em 47 artigos e 77 monografias (dissertações e teses). Entre os artigos, excluíram-se os que não estavam disponibilizados na íntegra, as duplicidades, os não relacionados à pergunta da pesquisa e os que não preenchiam os critérios de elegibilidade (Figura 1), resultando na inclusão final de sete artigos.

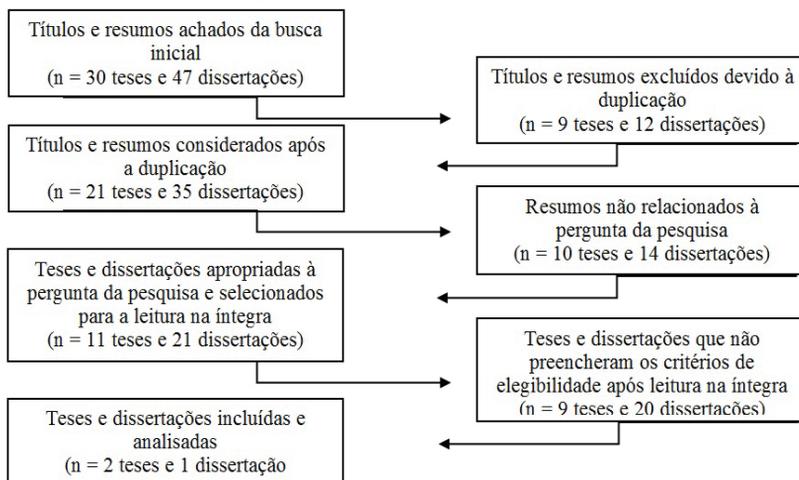
Figura 1: Fluxograma dos resultados da pesquisa bibliográfica nas bases de dados Medline, Scielo e LILACS



Fonte: dados da pesquisa

A busca na BDTD resultou inicialmente em 30 teses e 47 dissertações. Foram excluídas as duplicidades, assim como as teses e dissertações não relacionadas à pergunta da pesquisa e que não preenchiam os critérios de elegibilidade. O resultado final foi a inclusão de duas teses e uma dissertação.

Figura 2: Fluxograma dos resultados da pesquisa bibliográfica na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações



Fonte: dados da pesquisa

Também foram adicionados artigos pertencentes a outras fontes, sendo um deles extraído da Revista Baiana de Saúde Pública e outro do Repositório Institucional (RI) da Universidade Federal da Bahia - UFBA.

Categorias temáticas

Os trabalhos selecionados (sete artigos, duas teses e uma dissertação) foram classificados em três categorias empíricas: Categoria 1 ('aspectos históricos e normativos do processo transexualizador no Brasil'); categoria 2 ('cuidados de saúde no processo de redesignação sexual'); e categoria 3 ('despatologização da transexualidade nos serviços de saúde').

Caracterização dos Estudos Selecionados (Artigos)

Quadro 1: Caracterização dos estudos selecionados na pesquisa

Autor/Ano	Objetivo	Tipo	Principal resultado	Conclusões
Almeida e Murta (2013)	Problematizar questões acerca da patologização da transexualidade	Revisão crítica da literatura	Para a medicina e as ciências psi a transexualidade constitui uma desordem mental	Vigora uma interpretação patologizada da transexualidade no Brasil
Arán (2013)	Analisar o discurso sobre a transexualidade na psiquiatria e na psicanálise	Revisão crítica da literatura	Concepção normativa dos sistemas de sexo-gênero	Há necessidade de se escapar da 'psiquiatrização' da transexualidade
Arán e Murta (2009)	Discutir os desafios para a gestão de políticas públicas para os transexuais	Revisão crítica da literatura	A assistência à saúde dos transexuais no Brasil está associada ao modelo biomédico	É necessário promover articulação permanente entre os saberes biopolíticos dominantes e a multiplicidade de saberes minoritários

Fonte: os autores

Quadro 2: Caracterização da dissertação e das teses selecionadas na pesquisa

Autor/Ano	Objetivo do Estudo	Tipo	População do Estudo	Principal Resultado	Conclusões
Murta (2011)	Discutir os desafios da despatologização da transexualidade para a gestão de políticas públicas para a população transexual no país	Tese	Transexuais usuários do Sistema Único de Saúde	Movimento e demanda em prol da despatologização do transexualismo	O desafio é possibilitar uma vida normal aos transexuais
Rodriguez (2013-2014)	Analisar as experiências de atenção à saúde das pessoas transgênero, transexuais e travestis nos serviços de saúde e suas percepções em relação a esses serviços	Dissertação	Transexuais, transgêneros e travestis necessitam relacionam-se à construção de identidade	A maioria das pessoas Trans fez uso do SUS e suas é insuficiente, inviabilizando outras demandas	Os discursos são ambíguos e gerar 'inclusão'
Saadeh (2004)	Avaliar psicopatologicamente transexuais masculinos e femininos e comparar mudanças no quadro psicológico após psicoterapia de grupo	Tese	Transexuais	Redução em alguns sintomas depressivos	Semelhança na resposta de transexuais masculinos e femininos

Fonte: os autores

Aspectos históricos e normativos do processo transexualizador no Brasil

A Categoria 1 refere-se a aspectos relacionados aos marcos históricos e de normatização da transexualidade no que concerne ao atendimento no sistema de saúde. Identificaram-se menções a momentos históricos importantes e que repercutiram sobre o atendimento dos transexuais pelo SUS. Os aspectos normativos referem-se às resoluções emitidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina (CFM), assim como aos posicionamentos desta entidade em diferentes momentos.

Verificaram-se registros sobre as primeiras técnicas cirúrgicas de transgenitalização no Brasil, que tiveram início em 1970, quando se publicou o relato de uma técnica que permitia a utilização de tecidos do saco escrotal e do pênis para a construção de uma genitália externa feminina, assim como da glândula para a simulação de um colo do útero⁹. Neste percurso dos marcos históricos relacionados à transgenitalização, registrou-se que no ano seguinte ocorreu a primeira cirurgia em uma mulher transexual no país, que consistiu na ablação dos órgãos genitais e criação de uma vagina artificial. O cirurgião des-

te procedimento chegou a ser condenado por crime de lesão corporal de natureza grave, sendo posteriormente absolvido, sob a justificativa de que o médico teria reduzido seu sofrimento físico ou mental⁹.

Segundo⁷, desde os anos 1970 até meados dos anos 1990, o Conselho Federal de Medicina (CFM) adotou uma postura conservadora, defendendo a ilegalidade das intervenções médicas na cirurgia de transexualização. Esse entendimento era reflexo da ideologia predominante na época, concentrada nos aspectos penais e deontológicos do ato médico e no argumento de que a cirurgia para modificação do corpo do transexual não era a opção adequada de tratamento.

Dentre os diversos debates que ocorreram sobre a transexualização nessa época, merece destaque a realização do I Encontro dos Conselhos de Medicina, que ocorreu em 1997, quando o CFM se manifestou pela primeira vez favoravelmente à cirurgia de transgenitalização, considerada a etapa mais importante no tratamento do transexualismo. A justificativa ética para o procedimento foi o princípio da beneficência, visto que possibilitaria a integração entre corpo e identidade sexual psíquica do interessado⁷.

Os referidos eventos contribuíram para que fosse dado um importante passo no Processo Transexualizador no Brasil e, em 1997, o CFM publicou a Resolução nº 1482/97, que permitiu, a título experimental, a cirurgia de neocolpovulvoplastia e neofaloplastia e procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários para pacientes transexuais. Apenas os hospitais universitários foram autorizados para a realização desse tipo de cirurgia nesta época⁷.

Com isso, a intervenção cirúrgica de redesignação sexual passou a ser realizada no Brasil, desde que o paciente preenchesse os requisitos necessários para a cirurgia e seguisse um rígido programa que inclui a avaliação de uma equipe multidisciplinar constituída por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, após dois anos de acompanhamento conjunto. A divulgação dessa resolução pela mídia fez a demanda de transexuais por serviços de saúde aumentar consideravelmente, estimulando assim a organização de vários programas assistenciais¹⁰.

No ano de 2002, a Resolução de 1997 foi revogada pela Resolução nº 1652/02. Esta autorizava que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino pudessem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, e não apenas nos hospitais universitários. Já as cirurgias para adequação do fenótipo feminino para masculino continuaram restritas aos hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa, ainda em caráter experimental⁷.

A Categoria 2 incluiu os aspectos relacionados à atenção recebida no SUS pelos transexuais. Os usuários transexuais que chegam ao SUS em busca de serviços encontram-se, muitas vezes, em situação de fragilidade psíquica, física e emocional, sendo os cuidados de saúde fornecedores do tratamento necessário e desejado, além de contribuírem para amplificar o reconhecimento e a inclusão social dessas pessoas, visto que muitos transexuais chegam aos serviços de saúde sem o adequado conhecimento dos seus direitos⁷.

A cirurgia de redesignação sexual, para muitos homens e mulheres transexuais, representa uma forma de inclusão social, visto que ela é uma condição para a alteração de sexo e nome no registro civil. No entanto, ainda que a maior parte dos usuários deseje a alteração corporal completa, para alguns deles a modificação da genitália não é necessária, sendo suficiente a modificação de caracteres secundários, ou simplesmente a alteração do registro civil¹².

O processo de redesignação sexual pode ser dividido basicamente em três etapas: acompanhamento pré-operatório, que consiste em tratamento psicológico, psiquiátrico e hormonal, cirurgia de transgenitalização e acompanhamento pós-operatório¹³. O acompanhamento pós-cirúrgico deve se estender por pelo menos dois anos após a ocorrência do procedimento, podendo se manter por tempo indeterminado caso o usuário do SUS opte pelo acompanhamento psicológico e social, além do endocrinológico (*op. cit.*).

Ao iniciar o Processo Transsexualizador, o usuário deve ter acompanhamento psicológico e psiquiátrico por, no mínimo, dois anos. Transcorrido esse tempo, caso seja confirmado o diagnóstico de transexualismo, o usuário poderá ser encaminhado para a realização da cirurgia, dependendo da disponibilidade de vagas no sistema¹³. No entanto, Arán questiona a necessidade de psicoterapia em pacientes emocionalmente estáveis. Por outro lado, o tratamento hormonal deverá ser realizado pelo resto da vida do paciente, sendo interrompido apenas para a realização da cirurgia².

Em relação ao atendimento psicológico, Saadeh aponta a valorização da psicoterapia individual, que leva a mudanças comportamentais e psíquicas nos pacientes, assim como a terapia grupal, que evita o isolamento de cada sujeito e permite a troca de vivências e experiências com outros usuários em semelhantes condições¹⁴. Paralelamente ao acompanhamento psicológico e psiquiátrico, o paciente transexual também passa por um tratamento endocrinológico, que tem como objetivo o aparecimento de caracteres sexuais compatíveis com o gênero desejado.

No estudo feito por Arán, verifica-se que a maioria dos (as) usuários (as) chega aos serviços de saúde após uso anterior de hormônios (automedicação) através de informações coletadas na internet ou por indicação de pessoas próximas⁷. As mulheres transexuais (MtF) geralmente fazem uso de contraceptivos e hormônios indicados para reposição hormonal de mulheres na pós-menopausa. Contudo, afirma-se que há necessidade de pesquisas empíricas sobre os efeitos colaterais do uso prolongado da terapêutica hormonal nesse caso⁷.

Em relatório publicado por Arán e Murta, foi realizado um levantamento preliminar sobre os serviços que prestam assistência aos transexuais no Brasil em 2006, incluindo dez serviços, sendo dois no rio de Janeiro, dois em São Paulo, e um em Porto Alegre, Goiás, Minas Gerais e Distrito Federal². Em Pernambuco, em 2014, a Secretaria de Atenção à Saúde publicou a Portaria nº 1.055 em 13 de outubro de 2014, autorizando a habilitação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Recife/PE para a realização da cirurgia de transgenitalização.

A espera por atendimento também foi referido como um problema no Processo Transexualizador. Rodriguez relata que os transexuais, sentem insatisfação e desconforto por ter que esperar na fila por tempo indeterminado a fim de conseguir realizar a cirurgia de transgenitalização ou outras intervenções como a mastectomia e histerectomia¹⁶. Arán e Murta, 2006, por sua vez, relatam que comumente os pacientes têm que esperar mais tempo que os dois anos que são previstos para conseguirem realizar a cirurgia, podendo chegar até quatro anos². Os referidos autores atribuíram esse problema à pouca quantidade de profissionais e locais especializados para a realização do procedimento cirúrgico.

Quanto ao tratamento dado pelos profissionais de saúde aos transexuais, um estudo realizado por Rodriguez mostra que há preconceito e discriminação nos serviços de saúde.

Mesmo com o Processo Transexualizador tendo tornado o trânsito mais assíduo destes usuários no SUS, a realidade dessa população ainda é cercada de muitos desafios e dificuldades¹⁶. A falta de uso do nome social dos pacientes transexuais por parte dos profissionais foi considerada um mecanismo de falta de respeito, discriminação e exclusão. Além disso, refere-se também a falta de sensibilização por parte de muitos profissionais em relação às necessidades desta população, percebidas nas dificuldades de criação de vínculo entre médico e paciente.

Alguns dos serviços de saúde voltados para os transexuais possuem assessoria jurídica para a mudança do nome civil, que geralmente está condicionada à realização da cirurgia de transgenita-

lização. Um dos principais desafios para a implantação dessa modalidade de serviço também é a capacitação profissional da equipe interdisciplinar e medidas humanização, para que se possa garantir um atendimento de qualidade e livre de discriminação¹⁵.

A 'despatologização' da transexualidade nos serviços de saúde

Na Categoria 3, identificaram-se aspectos relacionados à 'despatologização' da transexualidade. Depreende-se dos trabalhos revisados que atualmente ainda há vários autores que se ocupam em contestar a condição transexual como sendo patológica. O diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero tem sido alvo de debates, sendo questionadas as referências utilizadas em sua construção e seus efeitos sobre a vida dos transexuais. Muitos estudiosos afirmam que a condição patologizada de transexualidade garante o direito dos usuários de realizarem modificações corporais do sexo, sob a justificativa de que essa é uma necessidade médica; contudo, por outro lado, caracterizar essa experiência como uma doença reforça a exclusão social e a vulnerabilidade dos transexuais limitando seus direitos a autodeterminação do próprio gênero¹².

Para Almeida e Murta 'é desejável despatologizar a transexualidade', ideia presente em campanhas internacionais e que cresce no cenário nacional, desvinculando principalmente a realização de modificações corporais e o acesso à mudança judicial de nome e sexo¹⁵. Segundo eles, isso precisa ser feito sem perda das condições ainda limitadas e com a possibilidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde existentes e da constituição de novos, dispondo de profissionais qualificados, vinculados ao ideário que norteia o SUS em sua constituição original e com condições para fazer seu trabalho.

De acordo com Arán e Murta (2009), embora a transexualidade esteja definida como um transtorno mental e a institucionalização da assistência a essa população esteja baseada em um modelo biomédico, a definição de uma política de saúde integral em conformidade com os princípios do SUS permite uma ampliação da noção de saúde, que não deve ficar restrita à ausência de doença¹¹. Com isso, deve-se considerar a noção de sofrimento corporal e psíquico como critério para o acesso à saúde sem que este sofrimento tenha que ser considerado uma doença.

Discussão

A presente discussão leva em conta os artigos selecionados entre 1997 e 2015 e outros que possam auxiliar no entendimento das

informações contidas. Na análise dos resultados ora descritos, verificou-se que Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 457, que regula o Processo Transexualizador no âmbito do SUS, seguindo os critérios previamente estabelecidos pelo CFM¹⁷. Foram definidos quatro hospitais públicos habilitados para a realização dos procedimentos de redesignação sexual: Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP, Hospital das Clínicas da Universidade de Goiás – Goiânia/GO e Hospital das Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre/RS. Ficaram também definidos os procedimentos específicos para a cirurgia de transgenitalização do masculino para o feminino: orquiectomia bilateral, amputação peniana e construção de uma neovagina a partir da bolsa escrotal; alongamento das cordas vocais e tiroplastia para redução da proeminência laríngea com vistas à feminilização da voz.

Em 2010, o CFM publicou a Resolução nº 1955, que revogou a anterior e estendeu a autorização para a cirurgia de redesignação sexual aos estabelecimentos que possuíssem integralmente os pré-requisitos estabelecidos nesta resolução, assim como a equipe multidisciplinar exigida na respectiva resolução¹⁸.

Por fim, em 2013, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 2083, que redefiniu o Processo Transexualizador no SUS¹⁹. Nesta, determinou-se que os transexuais masculinos tivessem direito às cirurgias de mastectomia, histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia, com cobertura total pelo SUS. Os transexuais masculinos também ganharam o direito à realização da cirurgia de implante de prótese mamária de silicone¹⁹.

Dentre os direitos fundamentais contidos no rol do artigo 5º da Constituição Brasileira, o direito à informação é fundamental para a construção de uma sociedade democrática e participativa, visto que a informação constitui a base para a vida e para as relações humanas e sociais^{20,21}. Tomando por base o texto constitucional, os transexuais, na condição de cidadãos, tem a prerrogativa do acesso à informação. Este artigo é relevante uma vez que permite ao público transexual a obtenção de informações fundamentais a respeito do processo de transgenitalização do SUS, possibilitando a este segmento populacional a aquisição de um maior conhecimento de como, quando e onde realizar a mudança de gênero.

Há concordância entre os autores dos artigos selecionados quanto às cirurgias de transgenitalização ocuparem um lugar central para muitas pessoas que são diagnosticadas como transexuais, visto que possibilita o alívio do sofrimento psíquico nesses pacientes. En-

tretanto, eles afirmam que tal procedimento não é *sine qua non* para a afirmação da identidade de gênero, visto que muitos transexuais não sentem necessidade ou desejo de modificações corporais.

Os autores também concordam quanto à importância da despatologização dos usuários transexuais no SUS, que segue as orientações do CID-10 ao considerar a transexualidade um ‘Transtorno de Identidade de Gênero’. Eles também ressaltam a necessidade de se garantir o acesso de pessoas trans a um sistema único de saúde que seja desprovido da lógica de rotulação da transexualidade como doença ou transtorno.

Exemplificando a questão do atendimento de transexuais nos ambulatórios, Guimarães, em seu relatório sobre o Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Estado de São Paulo (ASITT), resalta que este serviço é a única referência na cidade de São Paulo para o atendimento ambulatorial. Com isso, suas demandas acabam se sobrepondo às necessidades de outros serviços que estão ali alocados, que são o Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Há, portanto, o compartilhamento de espaço com o ASITT aliado à alocação de profissionais de outros setores, ficando estes profissionais sobrecarregados em suas funções. A falta de espaço físico dentro do ASITT contribui para a ociosidade de alguns profissionais que foram deslocados de outros serviços²².

Além disso, há o despreparo dos profissionais de saúde devido à deficiente formação acadêmica dos estudantes, no que diz respeito à transexualidade. Um estudo realizado com acadêmicos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG) mostra que há desconhecimento destes sobre a transexualidade e uma visão estereotipada, que também prevalece na população em geral. Os pacientes transexuais, por terem um comportamento que foge dos padrões tidos como comuns, são alvos de atitudes intolerantes por parte dos acadêmicos. Estes, por sua vez, se tornarão profissionais repletos de preconceitos e conceitos errôneos que dificultam sua relação com os pacientes transexuais²³.

Face ao exposto acima e durante o artigo, ficou evidente que o principal problema a ser corrigido é a fila de espera dos usuários transexuais para a realização da cirurgia, visto que há pouca oferta de hospitais e médicos habilitados para a cirurgia e uma alta demanda de pacientes na fila de espera.

Além disso, foi detectado que há a um despreparo dos profissionais de saúde nos ambulatórios de atendimento de transexuais, no que concerne à forma de lidar com estes usuários, sendo tal despreparo influenciado por diversos fatores, tais como a falta de uma abor-

dagem da formação acadêmica sobre a transexualidade e a influência cultural da própria sociedade, que ainda faz deste tema um tabu.

Apesar deste cenário, verificou-se que houve uma melhora significativa na legislação aplicada à transexualidade nos últimos 40 anos, visto que o CFM influenciou consideravelmente nas políticas do SUS, havendo, conseqüentemente, a ampliação do acesso de usuários aos procedimentos cirúrgicos (que até 2015 era realizado por cinco hospitais universitários) e ambulatoriais no SUS, que até 2006, contava com dez serviços².

No cenário internacional, existe uma tendência de crescimento da campanha 'Stop Trans Patologization', influenciada por teóricos e ativistas, que defendem a expressão de qualquer pessoa da sua sexualidade sem que recebam classificações ou sanções por conta disso¹⁵. Nesse sentido, a Europa está bastante avançada, posto que, em 2011, o parlamento europeu apelou à OMS (Organização Mundial da Saúde) para que a classificação de 'Transtorno de identidade de gênero' fosse eliminada. Em 2017, a Dinamarca tornou-se o primeiro país europeu a contrariar os padrões internacionais estabelecidos pela OMS e deixou de classificar a transexualidade como um transtorno mental²⁴.

O estudo realizado apresentou limitações importantes quanto à escassez de informações mais atualizadas, visto que o artigo mais recente é referente ao ano de 2013. Isso se deve à falta de publicações atuais sobre artigos relacionados à temática da cirurgia de transgenitalização. Baseado nisso, há lacunas referentes às possíveis mudanças que possam ter acontecido nos dois últimos anos, o que talvez possam ser evidenciadas em um posterior estudo.

Considerações Finais

Os resultados desta pesquisa evidenciam que o processo transexualizador no SUS está atualmente cercado de inúmeros desafios. Os transexuais buscam na cirurgia de redesignação sexual uma possibilidade de inclusão social e alívio do sofrimento psíquico. No entanto, enfrentam várias dificuldades para conseguir a mudança de gênero.

Observou-se que uma das principais deficiências nos cuidados de saúde voltados aos usuários transexuais está nos ambulatorios, que não possuem a estrutura adequada para o seu funcionamento nem profissionais suficientes para um bom atendimento.

Há também a questão da falta e do despreparo dos profissionais de saúde, muitos dos quais estão carregados de preconceitos, prejudicando o tratamento dos pacientes. É notável no estudo que existe uma desigualdade regional na oferta de serviços de cirurgia de redesignação sexual, que praticamente se concentra no Centro-Sul do país.

A pouca oferta para a realização da cirurgia associada a uma grande demanda pelo serviço faz os usuários transexuais esperarem muito mais tempo do que deveriam para realizarem a troca de sexo.

Por fim, evidenciou-se também que o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero como critério para a assistência dos transexuais de um lado é benéfico por garantir o direito dos transexuais ao tratamento, de outro reforça a exclusão social e a vulnerabilidade dos usuários trans, visto que os mesmos são tratados como doentes. Sendo assim, faz-se necessário considerar a transexualidade como sofrimento psíquico desprovido da uma condição patologizante.

Referências

1. Sampaio LLP; Coelho MTAD. 'Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde.' *Interface (Botucatu)* 16.42 (2012): 637-649.
2. Arán M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49-63, June 2006.
3. American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed (DSM-IV). Washington (DC): APA; 1994.
4. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
5. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10 - CID-10 - 2008*.
6. Schramm FR; Barboza HH; Guimarães A. *Moralidade da Transexualidade: Aspectos Bioéticos e Jurídicos*. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(3), 66-77, 2011.
7. Arán M; Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.
8. Mendes KDS; Silveira RCCP.; Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008;17(4):758-64.

9. Franco T et al. Transgenitalização masculino / feminino: experiência do Hospital Universitário da UFRJ. Rev. Col. Bras. Cir. [online]. 2010, vol.37, n.6 [cited 2015-11-15], pp. 426-434 .
10. Arán M; Zaidhaft S; Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. Psicol. Soc., Porto Alegre , v. 20, n. 1, p. 70-79, Apr. 2008 .
11. Arán M; Murta D; Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 1141-1149, Aug. 2009.
12. Murta D. Os Desafios da despatologização da Transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2011, 107f.
13. Arán M; Murta D. Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
14. Saadeh A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. 2004. Tese (Doutorado em Ciências) - Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
15. Almeida G; Murta D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. Sex., Salud Soc. (Rio J.), Rio de Janeiro , n. 14, p. 380-407, Aug. 2013 .
16. Rodriguez AMM. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina.
17. Brasil. Portaria nº 457, de 19 de Agosto de 2008.
18. Brasil. Resolução CFM nº 1.955/2010 N° de 3 de setembro de 2010.
19. Brasil. Portaria nº 2.803, de 19 de Novembro de 2013.

20. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
21. Gonçalves ME. Direito da informação: novos direitos e formas de regulação na sociedade da informação. Coimbra: Almedina, 2003.
22. Guimarães A. Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transsexuais do Estado de São Paulo: Relatório de Duas Visitas (2010-2012). Bagoas: Revista de Estudos Gays , v. 7, p. 269-310, 2013.
23. Matão MEL; Miranda DB.; Campos PHF et al. (2010). Representações sociais da transexualidade: perspectiva dos acadêmicos de enfermagem e medicina. [Versão eletrônica]. Revista Baiana de Saúde Pública, 34(1), 101-118.
24. Russo F. Where Transgender Is No Longer a Diagnosis, 2017. Disponível em: <<http://www.scientificamerican.com/article/where-transgender-is-no-longer-a-diagnosis/>>. Acesso em: 07 de jan. 2017.