

Revista



Associação de Cirurgia Pediátrica
do Estado do Rio de Janeiro



foto: Dhani B., Riotur | Copacabana, Réveillon

DRA. LISIEUX EYER DE JESUS Editora da **Revista CIPERJ** | editor_revista@ciperj.org

Membro Titular da CIPE e do CBC. Integrante da Câmara Técnica de Cirurgia Pediátrica do CREMERJ. Vice-presidente da CIPERJ. Universidade Federal Fluminense (UFF), Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HFSE).



EDITORIAL

Eis aí, nosso número 9. Falta bem pouquinho para cinco anos da Revista, uma festa! Temos melhorado a cada edição, ainda bem: é para frente que se anda.

Parabéns à CIPERJ pela 3ª Jornada. Aos associados, que são a nossa razão de ser. Aos organizadores, que trabalharam intensamente, entre brain storms e reuniões, todos sempre cansados, sempre cheios de trabalho e sempre dispostos, sempre cheios de idéias. A quem colaborou com palestras e trabalhos, gente essencial, sem eles nada teria acontecido. A quem patrocinou, ajudaram muitíssimo. Ao nosso Júlio, incansável, sempre disponível. A quem assistiu, prestigiando o nosso esforço, acreditando no nosso trabalho. Foi uma ótima jornada. Teremos outras. Melhores, no que depender de nós.

Neste número temos colaborações de vários serviços, Brasil a fora, o que nos envaidece muito. E de outros profissionais também, o que nos enriquece. Falamos das questões legais que cercam o sobreaviso médico e de riscos judiciais no exercício da Medicina. Mostramos um pouco a experiência de vida profissional do nosso querido Prof. Andrew Bianchi, uma das pessoas mais inventivas que conhecemos na Cirurgia Pediátrica Contemporânea. Abordamos vários métodos de reconstrução Peniana, usados para reconstruir o pênis após trauma complexo com grande perda de substância. Mostramos a experiência com um protocolo recentemente adotado para tratamento de gastrosquises em Santos, SP. Abordamos também uma apresentação incomum de megacólon agangliônico em criança síndrômica e um caso de abscesso hepático neonatal. Como sempre, apresentamos também um artigo sobre orientação de investimentos e nossa sessão classificações, desta vez abordando as classificações de Prader e Quigley para DDS, na verdade duas classificações em espelho.

Boas festas para todos, que venha um novo ano melhor, mais tranquilo e mais construtivo para todos os médicos que trabalham no Rio de Janeiro!

CONSELHO EDITORIAL

ARovel OLIVEIRA MOURA JUNIOR

Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Hospital Federal da Lagoa

CARLOS MURILO GUEDES DE MELLO

Universidade Federal Fluminense (UFF)

DOMINGOS BICA

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

IRNAK MARCELO BARBOSA

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Hospital Público de Macaé

IVENS BAKER MÉIO

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA TÓRTORA

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

LAURA HELMAN

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)

MARIA APARECIDA SIQUEIRA DE ANDRADE

Hospital Federal Cardoso Fontes

SAMUEL DEKERMACHER

Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)

SÉRGIO REGO

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

SIMÔNIDES DA SILVA BACELAR

Prof. Titular de Medicina da FACIPLAC e Membro Titular da Academia de Medicina de Brasília

STELLA SABBATINI

Instituto Fernandes Figueira (IFF) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE)

ÍNDICE

- 2 Editorial e Conselho Editorial | 3 Índice | Informe CIPERJ | Próximos eventos
4 Entrevista: Dr. Adrian Bianchi 5 O sobreaviso médico
10 Perfil do recém-nascido cirúrgico portador de gastrosquise em um serviço de referência da Baixada Santista
15 Reconstruction of penile traumatic amputation caused by dog bite
19 Abscesso hepático em recém-nascido prematuro: relato de caso
22 Má Rotação Intestinal Associada com Doença de Hirschsprung: Relato de Caso
25 Responsabilidade civil médica – breve análise do cenário atual e medidas preventivas
28 Economia | 30 Expediente

INFORME CIPERJ

III JORNADA CARIOCA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA



Foi realizada nos dias 13 e 14 de novembro no auditório da Casa de Saúde São José. Anteriormente, no dia 12, aconteceu o curso pré-jornada que abordou videocirurgia pediátrica, onde ocorreram aulas teórica e em simuladores.

Foram três dias de atividades científicas que levaram 103 pessoas ao auditório da Casa de Saúde São José, no Humaitá. A diretoria da CIPERJ e a comissão organizadora agradecem a presença de todos associados que prestigiaram a jornada e dos patrocinadores e da Casa de Saúde São José que deram apoio para a realização do evento.

ASSOCIADO QUITE DA CIPERJ CONTA COM 20% DE DESCONTO NOS CURSOS DO IRCAD

Acesse o site www.amits.com.br e, no momento da inscrição, basta informar que é associado da CIPERJ. Eles solicitarão um documento comprovando seu vínculo que pode ser obtido através de contato@ciperj.org. Após a confirmação do recebimento por parte do IRCAD, o benefício será disponibilizado.

PRÓXIMOS EVENTOS

XX Congresso Brasileiro de Urologia Pediátrica

Ocorre de 13 a 15 de novembro em São Paulo. Evento conta com dois convidados internacionais: Drs. Marc-David Leclair (França) e Israel Franco (EUA). Inscrições através de www.cburologiapediatica.com.br.

V Congresso Internacional de Oncologia D'Or

Será realizado nos dias 24 e 25 de novembro (sexta-feira e sábado), no hotel Windsor Oceânico, na Barra da Tijuca, e contará com dois convidados internacionais: Dr. Nicola Fazio (módulo gastrointestinal), da Itália, e o Dr. Javier Magrina (módulo ginecologia), da Espanha. Inscrições através de www.congressooncologiador.com.br.



ENTREVISTA: DR. ADRIAN BIANCHI

1) You are known as a very creative person, and someone who tends to develop new responses to old problems, someone that thinks out of the box. You could be an engineer or designer, easily. Why did you choose Medicine? And why did you choose Pediatric Surgery?

Initially my father's influence. Later a fascination with HOW and WHY. How does the child learn – continence etc. I planned to return to Malta to establish a service as the 1st Paediatric Surgeon with also a Plastic Surgery component. Then I became more and more interested in the Neonate and in the Reconstruction of Congenital anomalies.

2) How to balance innovation and accountability?

Accountability implies the willingness to 'take responsibility for one's action' and to be able to justify them in a Court of Law and before God. Therefore one is putting one's career and one's life on the line. I do it through great attention to Why I do something and How I do it, always ensuring that it does not harm, but with the intention that it is beneficial. I always involve the parents/patient and ensure their full understanding. I believe strongly in Peer Review and therefore I present my thoughts, my reasons and my work publicly at Conferences and in publications. I value greatly 'Feedback backed by good reasons'.

3) We practice Medicine in an era of protocols, tight bureaucratic controls and loss of autonomy by physicians. What do you think about that?

Greater controls have come about because of a series of injuries to patients from poor medical care and failure to communicate. They are there as a sad reflection of our failure as a medical community and as a response to protect the public. So in principle I am in favour. In practice I believe that if we practice as we should they should not be necessary. I try to base my practice on a few concepts: Communicate with, and involve the patient

fully; Your patient is your brother, sister, or child; Always do the best you know for your patient; Do for your patient ONLY that which you would do for yours. I do not like Protocols but I accept Guidelines as most helpful in stimulating thinking. Bureaucracy and Loss of Autonomy can be managed through informed discussion. At the end of the day the RESPONSIBILITY for your ACTIONS is entirely YOURS.

4) What do you think about the future? Who will be the future doctors? Will the bright youngsters still choose medicine?

Medicine is a vocation and will always be attractive and satisfying. Of course the quality of life and remuneration are practicalities that need to be addressed.

Medicine is innovative and at the 'cutting edge' of science so that the very brightest will also find interest eg genetics, cancer management based on an understanding of nature's immune mechanisms, technical innovations – 3D printer, Robotics etc

5) In the same vein, are younger doctors prone to choose Surgery after pondering the undeniable lifestyle limitations?

Yes. There is a personal challenge in Surgery and the ability to make a difference to someone in distress. This feeds the need in all of us to be seen as good people and satisfies our need to feel good about ourselves.

6) What's your impression about practicing Pediatric Surgery in the 70s and contemporaneously? How has our professional life changed?

For those of us who are Conscientious I do not believe that there has been any change at all. We should have looked after patients as our own family, which they are. We should have done for them only that which was acceptable for ourselves, implying that we have involved and communicated fully with them, and then looked after them. Today we have to comply with the Rules and Regulations that have been imposed to Justify what we do and to be Accountable. We owe it to the patients, and it is our DUTY to Consult with Colleagues and Evaluate carefully our ideas and to Collect Data and to Audit. This implies also presenting before peers at Conferences and through Publications, then to take note of serious Feedback. To Learn and to Adopt and practice the best available techniques. Finally never to be proud, but to REFER to Colleagues if they are better skilled.

O SOBREAVISO MÉDICO

De acordo com o dicionário Aurélio, a palavra sobreaviso significa precaução, prevenção, cautela. Em termos laborais, estar de sobreaviso caracteriza a permanência do trabalhador à disposição do contratante fora de seu horário e local habituais de trabalho, para, a qualquer tempo, ser convocado à prestação de serviços.

O regime de sobreaviso foi estabelecido no artigo 244 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) visando proteger especificamente os empregados de linhas de ferro que ficavam à disposição das empresas ferroviárias para atender emergências ou substituir empregados faltosos. Naquela época (década de 40), não havia tecnologia que permitisse o rápido contato com o empregado, que era obrigado a permanecer em casa, onde poderia ser facilmente localizado em eventuais necessidades da empresa. Consequentemente, o horário de descanso do empregado ficava comprometido, uma vez que não havia liberdade para ir e vir ou fazer o que bem entendesse em seu dia de folga. Em razão dessa restrição, a jornada desse trabalhador era remunerada com 1/3 da hora normal. Com o passar dos anos, o Judiciário passou a aplicar, por analogia, o adicional a qualquer trabalhador que permanecesse em regime de sobreaviso, sem necessariamente ser ferroviário. E mais recentemente o artigo 6º da CLT foi alterado para reconhecer o regime de sobreaviso para qualquer categoria de trabalhador que preenchesse os requisitos exigidos por lei 1.

Os plantões de sobreaviso médico são recursos comumente utilizados pelas instituições de saúde 2 que se dispõem a oferecer assistência em diversas especialidades médicas sem que, no entanto, esses especialistas tenham que permanecer fisicamente no nosocômio quando não houver paciente a ser assistido por ele. É uma forma de organização administrativa que visa otimizar os custos da prestação de serviço, sem prejuízo à clientela, seja ela pública ou privada.

O médico de sobreaviso assume a responsabilidade de permanecer à disposição da instituição de saúde em escala de horário preestabelecido, não podendo dirigir-se para local

demasiadamente distante a ponto de retardar o atendimento, nem assumir compromissos profissionais paralelos que comprometam essa disponibilidade. Por óbvio, as atividades pessoais, sociais ou familiares desse médico ficam sujeitas e condicionadas a serem interrompidas a qualquer momento, sendo vedado qualquer tipo de excesso (ex: ingestão de bebida alcoólica, atividades físicas extenuantes, etc), com vistas a preservar a habilidade técnica e a expertise do profissional. Durante todo o período de sobreaviso o médico responderá por suas ações ou omissões no âmbito profissional. Por tamanho comprometimento e abnegação, o médico deve ser devidamente remunerado pelas horas efetivamente trabalhadas bem como pelas horas de expectativa.

A questão que se controverte é a de que nem sempre o médico é um empregado, ou seja, nem sempre o profissional de sobreaviso possui uma relação trabalhista com a instituição de saúde. Para esses casos não há lei em sentido estrito (oriunda do Poder legislativo) que trate do trabalho em regime de sobreaviso.

A Resolução 1834/08 do Conselho Federal de Medicina (CFM) é o instrumento administrativo, de cunho jurídico, que normatiza o sobreaviso médico. Além de prever que a disponibilidade do médico em regime de sobreaviso seja remunerada de forma justa e sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos pelos procedimentos praticados, a Resolução também permite que os médicos integrantes do corpo clínico das instituições de saúde optem por não participar da escala de sobreaviso, não lhes sendo obrigatório fazê-lo se não for de seu interesse, o que não pode ser considerado infração ética ou trabalhista.

Convém esclarecer que o médico que possui vínculo formal com alguma instituição de saúde, seja ela pública ou privada, faz jus à remuneração regular pela sua jornada normal de trabalho, ainda que parte dela seja dedicada a atividades não presenciais, desde que comprovado o efetivo exercício do trabalho nessas horas. Ultrapassado o período da carga horária regular, o serviço prestado por esse médico deverá ser remunerado de forma extraordinária, sem que isso caracterize sobreaviso.

Em apertada síntese, a diferença entre o serviço

extraordinário e o sobreaviso é que no primeiro caso há efetiva prestação de serviço e no segundo o profissional permanece em disponibilidade em local e horário diversos da prestação do serviço e não necessariamente trabalha.

Na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a remuneração extraordinária ou “hora extra” está prevista no artigo 59.

No que tange aos serviços públicos, a Lei 8.112/90 trata da remuneração do serviço extraordinário para o Servidor Público da União da seguinte forma:

“... Do Adicional por Serviço Extraordinário

Art. 73. - O serviço extraordinário será remunerado com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) em relação à hora normal de trabalho(...).”

No mesmo sentido, o Estatuto do Servidor do Rio de Janeiro (Decreto nº 2479 de 08 de março de 1979) prevê a remuneração do serviço extraordinário no artigo 158 e seguintes, ressaltando que “a gratificação pela prestação de serviço extraordinário se destina a remunerar as atividades executadas fora do período normal de trabalho a que estiver sujeito o funcionário, no desempenho de seu cargo efetivo”. De forma similar o serviço extraordinário também está contemplado no artigo 124-A da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro (Lei nº 94, de 14 de março de 1979).

A despeito da farta legislação sobre o serviço extraordinário na atividade privada e em todas as esferas do serviço público, bem como sobre o sobreaviso para o trabalhador celetista, não existe lei que regulamente o sobreaviso de profissionais que não possuam vínculo empregatício³. Por outro lado, também não existe legislação que proíba o seu exercício, o que faz com que a Resolução 1834/08 do CFM alcance o patamar de principal instrumento normativo do sobreaviso médico até a presente data, apto a balizar contratos entre o médico autônomo e a instituição de saúde interessada em seus serviços em regime de sobreaviso.

Nesse passo, é relevante destacar que a Constituição Federal estabelece que saúde é direito de todos (art. 196) e o Código de Defesa do Consumidor (CDC) determina que o hospital é um fornecedor de serviços (art. 3º da lei 8078/90), bem como afirma que são direitos básicos do consumidor a proteção da vida, saúde

e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos (art. 6º, I). Como consequência, o fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos (art. 14 CDC).

Numa interpretação sistemática do ordenamento jurídico, contextualizada com o tema em análise, a instituição de saúde que se dispõe a prestar serviços de diversas especialidades médicas deve fazê-lo de modo adequado e seguro, sob pena de responder objetivamente (independentemente de culpa) pelos danos causados ao paciente consumidor de seus serviços, seja por omissão (ausência de cirurgião, p. ex.), propaganda enganosa (divulga uma estrutura que não tem) ou mesmo através de uma ação propriamente dita (demora ao transferir um paciente que não tem condições de ser atendido por falta do especialista).

A escala preestabelecida de sobreaviso médico das especialidades é uma forma de conferir minimamente a segurança esperada, garantindo a assistência ao paciente no tempo e modo devidos, sem improvisos ou exposição à riscos desnecessários.

Não menos importante é a corresponsabilidade do médico nesse contexto, alertando-se para a possibilidade de caracterização da omissão de socorro em casos de descumprimento da escala de sobreaviso sem substituição tempestiva ou comunicação prévia do impedimento para os responsáveis hierárquicos, a fim de ser evitada a descontinuidade do atendimento.

Por outro lado, não se pode desconsiderar ou minimizar a prática adotada por algumas instituições de saúde que, em evidente descompromisso com a qualidade e segurança do serviço prestado, não organizam uma escala de sobreaviso devidamente remunerado e contam com a boa vontade de algum médico conhecido da especialidade para “socorrê-las” quando necessário, muitas vezes de forma graciosa (“apenas para dar um parecer”). A medida reduz despesas com honorários médicos, mas potencializa os riscos da qualidade e segurança na prestação de serviços da instituição que se propõe a atender determinadas

especialidades cujo o lapso temporal para o atendimento é crucial.

Os profissionais que atuam quando são acionados regularmente dessa forma (sem escala de sobreaviso preestabelecida) estão violando o Código de Ética Médica, que em seu artigo 18 estabelece que “é vedado ao médico desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los”.

Evidentemente, o médico não está proibido de atender a um chamado eventual, especialmente quando sua experiência naquele determinado caso o referenciar. O que se questiona é a disponibilidade permanente para situações frequentes e sem a contratação formal para o sobreaviso, conforme regulamenta a Resolução 1834/08 do CFM.

Para concluir, o trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, sendo importante que haja solidariedade com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico, conforme preceituam os incisos X e XV do preâmbulo do Código de Ética Médica. E não deve o médico olvidar de se conduzir, sempre, com o que traduz a palavra sobreaviso: precaução, prevenção e cautela.

REFERÊNCIAS:

- 1) CLT, art. 6º “ Não se distingue entre o trabalho realizado no estabelecimento do empregador, o executado no domicílio do empregado e o realizado a distância, desde que estejam caracterizados os pressupostos da relação de emprego”.
- 2) Observar para as unidades de Emergência, a Resolução CFM nº 1.451/95 estabeleceu em seu artigo 2º que “a equipe médica do Pronto Socorro deverá, em regime de plantão no local, ser constituída, no mínimo, por profissionais das seguintes áreas: Anestesiologia; Clínica Médica; Pediatria; Cirurgia Geral; Ortopedia.
- 3) A Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, regulamentada pelo Decreto nº 7.186, de 27 de maio de 2010, que instituiu o Adicional por Plantão Hospitalar (APH) para garantir o funcionamento de determinados hospitais federais, prevê o sobreaviso, porém somente

para servidores concursados.

Elisabeth Rodrigues de Azevedo

Advogada – OAB.RJ 102.794

Especialista em Direito Privado

Av. Presidente Vargas, 593, sala 219, Centro, RJ.

CEP: 20.071-903

Tel. (21) 3181-8495 / 3686-2551

elisabeth@rbbadvogados.com.br

RESOLUÇÃO CFM N º 1.834/2008

As disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada (Publicada no D.O.U. de 14 de março de 2008, Seção I, pg. 195)

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que a disponibilidade em sobreaviso é prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática da disponibilidade em sobreaviso;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pela disponibilidade dos seus serviços profissionais;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 19/03, base da fundamentação desta resolução;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.451/95;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada no dia 21 de fevereiro de 2008,

RESOLVE:

Art. 1º Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da presença de médico no local nas vinte e quatro horas, com o objetivo

de atendimento continuado dos pacientes, independe da disponibilidade médica em sobreaviso nas instituições de saúde que funcionam em sistema de internação ou observação.

Art. 2º A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

Parágrafo único. A remuneração prevista no caput deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição de saúde pública ou privada.

Art. 3º O médico de sobreaviso deverá ser acionado pelo médico plantonista ou por membro da equipe médica da instituição, que informará a gravidade do caso, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento, e anotar a data e hora desse comunicado no prontuário do paciente.

Parágrafo único. *Compete ao diretor técnico providenciar para que seja afixada, para uso interno da instituição, a escala dos médicos em disponibilidade de sobreaviso e suas respectivas especialidades e áreas de atuação.*

Art. 4º Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirão a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Art. 5º Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Parágrafo único. *Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso.*

Art. 6º Compete ao diretor técnico e ao Corpo Clínico decidir as especialidades necessárias para disponibilidade em sobreaviso, de acordo com a legislação vigente.

Art. 7º Cabe aos diretores técnicos das instituições o

cumprimento desta resolução.

Art. 8º Fica estipulado o prazo de 6 (seis) meses, a partir da publicação desta resolução, para a adequação dos serviços nela referidos, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília-DF, 21 de fevereiro de 2008

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE presidente

LÍVIA BARROS GARÇÃO secretária-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 1.834/08

A disponibilidade de médicos em sobreaviso é prática adotada nos diversos serviços de assistência médica, públicos ou privados, em todo o país. Caracteriza-se pela disponibilidade de especialistas, fora da instituição, alcançáveis quando chamados para atender pacientes que lhes são destinados. O médico em disponibilidade de sobreaviso, quando acionado, está obrigado a se deslocar até o hospital para atender casos de emergência, realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas, devendo ser devidamente remunerado, quer pelo SUS, por convênios em geral ou, mesmo, por clientes particulares.

Poucos hospitais, em geral localizados nos grandes centros urbanos, conseguem manter em seus plantões de emergência um contingente de 20 a 25 especialistas. Para a esmagadora maioria das unidades, uma decisão desse tipo inviabilizaria a prestação dos serviços, tanto do ponto de vista econômico quanto pela inexistência de profissionais disponíveis em todas as localidades.

Nas unidades de Pronto-Socorro, o atendimento às emergências deve ser previsto e assegurado nas 24 horas do dia, com alocação de recursos humanos conforme estabelecido na Resolução CFM nº 1.451/95.

Outras especialidades médicas não exigidas in locum podem, entretanto, estar disponíveis por intermédio do sobreaviso previamente definido, o que atenderia perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não-eletiva, além de não acarretar prejuízo ou riscos aos pacientes.

Geralmente, são especialistas que atuam num segundo momento, após a ação do plantonista que presta o atendimento imediato ao paciente visando manter as condições de suporte de vida. Esta característica de

médico de segunda linha na atenção a uma emergência é que permite a adoção de disponibilidade em sobreaviso, objetivando a otimização do atendimento.

No Parecer CFM nº 19, de 12 de dezembro de 1993, assim pronuncia-se o conselheiro Nilo Fernando Rezende Vieira:

"As características de cada cidade, de cada hospital e o número de especialistas disponíveis tornam heterogênea a organização deste tipo de trabalho. Um hospital de grande porte, de uma grande cidade, geralmente mantém médicos de diversas especialidades de plantão. Já uma pequena cidade, como faria para manter tal leque de especialistas de plantão? A existência de "plantão a distância" – sobreaviso – é decorrência desta heterogeneidade de formas de organização. Estes plantões, naturalmente, não podem ser impostos e obrigatórios. O acordo entre os profissionais e a administração das instituições é o modo de estabelecer estas formas de prestação de serviços".

Acerca do assunto, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo promulgou resolução específica para regulamentar os plantões de sobreaviso. Denominando-os como "plantões de disponibilidade de trabalho", define-os como "a atividade do médico que permanece à disposição da instituição, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado por intermédio de pager, telefone ou outro meio de comunicação, tendo condições de atendimento pronto e pessoal".

Decide, ainda, que o médico de sobreaviso só poderá ser acionado pela equipe médica do local, determinando ao plantonista que tomou tal decisão que "permaneça como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do colega, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência". E enfatiza que "a responsabilidade pelas eventuais falhas de atendimento em decorrência dessa prática será assumida em conjunto pela instituição e pelo médico contratado". Por fim, ressalva que a resolução não abrange a atividade médica em Pronto-Socorro, já regulamentada pela Resolução CFM nº 1.451/95.

Há resoluções outras sobre o assunto – tais como as do CRM-RJ, CRM-CE, CRM-SP, CRM-PR e CRM-ES – que, pelo exposto, possibilitam verificar que a disponibilidade em sobreaviso é uma realidade nacional e tem o condão de suprir as necessidades de diferentes localidades no tocante à assistência médica. No entanto, sua regulamentação deve estar sujeita a normas rígidas e claras, não apenas para evitar eventual omissão de socorro e prejuízo no atendimento à população, mas também para a segurança e garantia do próprio médico.

Desse modo, opinamos pela aprovação de resolução por este Conselho, a fim de regulamentar o plantão de sobreaviso, para que as instituições de saúde possam ter um correto parâmetro para a eventual adoção dessa modalidade de prestação de serviços.

ANTÔNIO GONÇALVES PINHEIRO

Conselheiro relator

PERFIL DO RECÉM-NASCIDO CIRÚRGICO PORTADOR DE GASTROSKUISE EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DA BAIXADA SANTISTA

AUTORES: Luciane Bastos Fernandes de Oliveira ^{1,2}, Adriane Sakae Tsujita ², Francisco Solano Lopes Torres ², Geraldo Magela Marques ², Luciana Trindade Godinho ², Rita de Cássia Fernandes Simões ², Ricardo Gomes dos Reis Guidoni ², Wilson Tomimatsu Tadashi ².

1) Professor do Centro Universitário Lusíada; 2) Cirurgião Pediátrico do Hospital Guilherme Álvaro, Santos, São Paulo.

RESUMO

OBJETIVO: este estudo objetiva: avaliar o perfil, prognóstico e mortalidade dos recém-nascidos (RN)

portadores de Gastrosquise submetidos a tratamento cirúrgico, comparados aos operados por outras doenças neonatais e àqueles que não foram submetidos à cirurgia. Em segundo plano, comparar mortalidade para Gastrosquise antes e depois da implementação de protocolo de atendimento.

METODOLOGIA: coorte retrospectiva, realizado no Hospital Guilherme Álvaro (Santos, São Paulo), através da análise dos prontuários no período de janeiro de 2011 a agosto de 2016. De um total de 310 RN, 32 submeteram-se a tratamento cirúrgico para Gastrosquise e 32 à cirurgia por outras doenças.

RESULTADOS: 59,4% dos pacientes com Gastrosquise eram do sexo feminino. O grupo "Gastrosquise" tem em média 550 gramas de peso a menos que os pacientes do grupo "outras doenças cirúrgicas". As mães dos portadores de Gastrosquise são em média de 6 a 8 anos mais jovens que nos demais grupos. Os grupos de pacientes cirúrgicos tiveram maior tempo de internação e houve uma diminuição desta variável para os pacientes com Gastrosquise após implementação do protocolo. O grupo de pacientes pós-protocolo mostrou ganho de peso em média 103,84g superior. A proporção de óbitos foi 17,8% superior para Gastrosquise comparada aos demais.

CONCLUSÃO: Os RN submetidos a procedimentos cirúrgicos tiveram maior tempo de nutrição parenteral e internação hospitalar comparado aos RN não submetidos a cirurgias. A introdução do protocolo diminuiu a morbimortalidade nos pacientes portadores de Gastrosquise.

Descritores: Gastrosquise, Prognóstico, Recém-Nascido Prematuro, Cirurgia Neonatal

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study has two aims: to analyze the profile, prognosis and mortality of newborns with Gastroschisis undergoing surgical treatment, as compared to those operated by other neonatal congenital diseases and those who did not undergo surgery and also to compare gastroschisis mortality before and after the implementation of a treatment protocol.

METHODOLOGY: a retrospective cohort, performed at the Guilherme Álvaro Hospital (Santos, SP), with the analysis of medical records from January 2011 to August 2016. From a total of 310 newborns, 32 were submitted to surgical treatment of Gastroschisis and 32 have undergone surgery for other diseases during the neonatal period.

RESULTS: 59.4% of patients with Gastroschisis disease were female. The "Gastroschisis" group, on average, weighs 550 grams less than patients in the "other surgical diseases" group. The mothers of patients with Gastroschisis were on average 6 to 8 years younger than the mother of the two other groups. Surgical patients had a longer time of hospitalization, and there was a decrease in this variable for patients with Gastroschisis after

implementation of care protocol. The post-protocol group showed higher weight gain of 103.84g on average. Mortality was 17.8% higher for Gastroschisis compared to the other surgical groups.

CONCLUSION: Newborns who underwent surgical procedures needed longer parenteral nutrition and hospital stay as compared to non-surgical newborns. The introduction of an evaluation and treatment protocol reduced morbidity and mortality in patients with gastroschisis.

Keywords: Gastroschisis, Prognosis, Premature, Neonatal Surgery

INTRODUÇÃO

Gastrosquise é um defeito congênito da parede abdominal resultante de uma falha embriológica com exteriorização de vísceras abdominais localizado geralmente à direita do cordão umbilical.

Na Baixada Santista, o Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Guilherme Álvaro (Santos, São Paulo) ficou estabelecido como um Centro de Referência para casos de alta complexidade a partir da década de 80. Segundo Saad et al, tornou-se uma das mais importantes referências em Cirurgia Neonatal da região.¹

Devido à raridade das principais emergências cirúrgicas neonatais, referenciar a cirurgia neonatal para centros regionais designados parece ser um conceito lógico. Os tratamentos cirúrgicos modernos aumentaram significativamente a expectativa de vida, mesmo na presença de graves malformações.¹

Gastrosquise é a doença cirúrgica neonatal mais prevalente em nosso serviço e o foco de nossa investigação.

OBJETIVOS

O estudo tem dois objetivos:

- 1) Avaliar o perfil, prognóstico e mortalidade dos RN dos seguintes grupos:
 - a. Submetidos à correção cirúrgica de Gastrosquise pela equipe de Cirurgia Pediátrica do Hospital Guilherme Álvaro;
 - b. Submetidos à correção cirúrgica de outras doenças neonatais pela mesma equipe.
 - c. Neonatos portadores de doenças não cirúrgicas ou submetidos a cirurgias não abdominais ou torácicas.
- 2) Comparar o prognóstico e a mortalidade dos RN

Tabela 1 Distribuição da variável Prematuridade

| Prematuridade* | Gastrosquise | Outras doenças cirúrgicas |
|----------------|--------------|---------------------------|
| Sim | 17 (53,1%) | 13 (40,6%) |
| Não | 15 (46,9%) | 19 (59,4%) |
| Total | 32 (100,0%) | 32 (100,0%) |

* (p = 0,358)

Tabela 2 Distribuição da variável desfecho

| Desfecho* | Gastrosquise | Outras doenças cirúrgicas |
|-----------|--------------|---------------------------|
| Alta | 20 (62,5%) | 24 (75,0%) |
| Óbito | 12 (37,5%) | 8 (25,0%) |
| Total | 32 (100,0%) | 32 (100,0%) |

* (p < 0,05)

operados por Gastrosquise antes e depois da implementação de protocolo de atendimento.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo através da análise dos prontuários no período de janeiro de 2011 a agosto de 2016 do Hospital Guilherme Álvaro (Santos, São Paulo). Foram selecionados todos os recém-nascidos internados neste período em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIneo) por um tempo mínimo de 48 horas de internação e excluídos apenas os pacientes com diagnóstico de anencefalia, por considerar um viés ao cálculo de mortalidade. Foram selecionados no total 310 pacientes.

Destes, 246 não foram submetidos a tratamento cirúrgico ou foram submetidos a procedimentos independentes da equipe de cirurgia pediátrica, 32 foram submetidos à correção cirúrgica para Gastrosquise pela equipe de Cirurgia Pediátrica do Hospital e 32 a tratamento cirúrgico de outras doenças neonatais pela mesma equipe.

Os grupos foram comparados através do “teste exato de Fisher” com relação às variáveis categóricas. Com relação às variáveis numéricas (idade materna (IM), tempo de internação (TI) e tempo de nutrição parenteral (NPP)), utilizou-se o teste “t de Student” para amostras

não-relacionadas. No estudo da evolução do peso dos pacientes durante a internação e o possível efeito do grupo sobre ele, ajustou-se um modelo de análise de variância com medidas repetidas.

O protocolo de atendimento foi iniciado em junho de 2015 e consistiu em medidas comportamentais pré, trans e pós-operatórias, que minimizassem morbimortalidade, incluindo controle ultrassonográfico pré-natal cuidadoso, correção hídrica pré-operatória, controle rigoroso de hipotermia e adequada proteção de vísceras exteriorizadas.

RESULTADOS

Os pacientes com Gastrosquise tinham peso médio ao nascimento de 2306g, peso médio ao final da internação de 2495g, IM média de 22 anos.

O grupo de “outras doenças cirúrgicas” tinha peso médio ao nascimento de 2778g e peso médio ao final da internação de 3114g, IM média de 30 anos. Dentre as doenças cirúrgicas tratadas neste grupo estão: atresia de esôfago, atresia intestinal, enterite necrotizante (EN) de tratamento cirúrgico, hérnia diafragmática, teratoma cervical, entre outras.

Os neonatos portadores de doenças não cirúrgicas ou submetidos a cirurgias não abdominais ou torácicas, tinham peso médio ao nascimento 2485g, peso médio ao final da internação 2632g, IM média de 28 anos. Dentre as principais doenças relacionadas neste grupo estavam, hipoglicemia do RN, Síndrome da membrana Hialina, prematuridade extrema, meningomielocele, hidrocefalia, Síndromes Ictéricas, EN de tratamento clínico, entre outras.

59,4% dos pacientes portadores de Gastrosquise eram do sexo feminino. Os pacientes deste grupo tiveram em média 550 gramas de peso a menos que os pacientes do grupo “outras doenças cirúrgicas” (Figura 1). O grupo

Figura 1 Perfis médios da variável Peso (g)

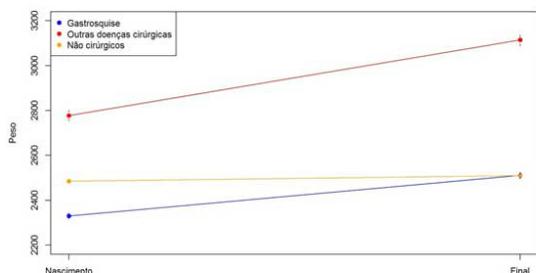


Figura 2 Distribuição da variável 'Idade materna' (anos)

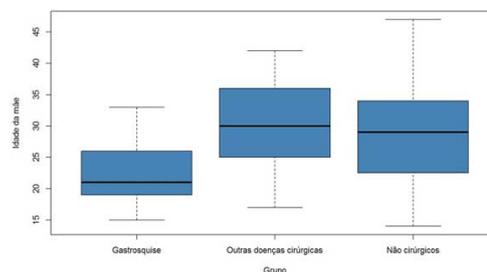


Tabela 3
Distribuição de variáveis pré e pós protocolo

| Prematuridade | Pré-protocolo | Pós-protocolo |
|-------------------|---------------|---------------|
| Sim | 11 (52,4%) | 6 (54,5%) |
| Não | 10 (47,6%) | 5 (45,5%) |
| Desfecho | | |
| Alta | 11 (52,4%) | 9 (81,8%) |
| Óbito | 10 (47,6%) | 2 (18,2%) |
| TI (dias) | | |
| Média | 35,24 | 34,64 |
| Desvio-padrão | 33,67 | 29,75 |
| NPP (dias) | | |
| Média | 21,81 | 15,30 |
| Desvio-padrão | 27,15 | 8,62 |

de “outras doenças cirúrgicas” apresenta maior peso médio quando comparado aos demais grupos. 53,1% eram prematuros comparado a 40,6% para as outras doenças cirúrgicas. A prematuridade para estes pacientes é 0,5% superior em relação a todos os recém-nascidos vivos nesse período. (Tabela 1)

A proporção de óbitos para os pacientes com “Gastrosquise” foi superior ao grupo de “outras doenças cirúrgicas”, com respectivamente 37,5% contra 25,0%, como mostra a Tabela 2. A proporção de óbitos de todos os recém-nascidos vivos avaliados no período de estudo foi de 19,7%. ($p < 0,05$)

As mães do grupo “Gastrosquise” são, em média, 8 anos mais jovens que as mães do grupo “outras doenças cirúrgicas” e 6 anos mais jovens quando comparada ao grupo de mães de neonatos não operados. (Figura 2).

No grupo de pacientes “não-cirúrgicos”, o tempo de internação (TI) é, em média, 19 dias menor que no grupo “Gastrosquise” e 25 dias menor do que no grupo “outras doenças cirúrgicas”. (Figura 3)

Para os pacientes não submetidos procedimentos cirúrgicos, o tempo de NPP foi, em média 17 dias menor que no grupo “Gastrosquise” e 14 dias menor do que no grupo “outras doenças cirúrgicas”.

Após o início do protocolo de tratamento para Gastrosquise verificou-se diminuição dos tempos de internação (TI) e nutrição parenteral (NPP) nos pacientes portadores de Gastrosquise, que não se alteraram para os demais grupos (respectivamente, $p = 0,961$, com IC de -24,04 a 25,24 e $p = 0,468$, com IC de -11,61 a 24,63).

Os pacientes submetidos ao protocolo alcançaram suspensão da NPP em média 6,51 dias antes, quando comparados ao período anterior. O TI foi

em média 0,6 dias inferior. (Tabela 3 - Nível descritivo, 0,468 e 0,961, respectivamente)

A única variável que se mostrou estatisticamente significativa na comparação entre os grupos pré e pós uso do protocolo foi o ganho de peso em relação aos dois grupos. O ganho de peso no grupo de pacientes pós-protocolo foi em média 103,84g superior. Nos três grupos, há aumento de peso entre as avaliações ao nascimento e ao final da internação. O grupo de “outras doenças cirúrgicas” apresentou ganho de peso superior em relação aos demais grupos. (Figura 1)

A sobrevida média de pacientes portadores de Gastrosquise foi de 62,5%. A sobrevida pré e pós-protocolo foi, respectivamente de 52,4% e 81,8% ($p = 0,139$).

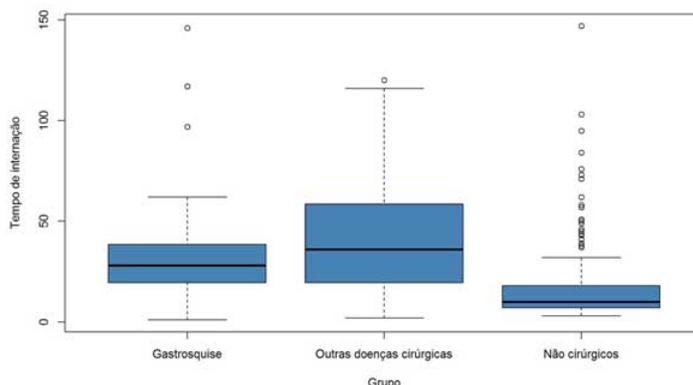
DISCUSSÃO

A Gastrosquise tem incidência de 1 em 4.000 nascidos vivos 2 e em nossa série corresponde aproximadamente a 90% dos casos de defeitos de parede abdominal (DPA). 41% destas crianças têm mães com idade igual ou inferior a 20 anos. Outros fatores de risco estão relacionados com esta afecção. Entre eles peso (<2500g) e prematuridade (<36 semanas) são os de maior importância. Outros, como tabagismo, uso materno de drogas ilícitas (cocaína), salicilatos, ibuprofeno e pseudoefedrina também são relatados.^{3,4}

O trabalho de parto prematuro é mais freqüente em fetos portadores de Gastrosquise, com incidência de aproximadamente 28%, em comparação com apenas 6% em RN sem DPA.⁵

Taguchi et al mostraram que a taxa de mortalidade

Figura 3
Distribuição da variável ‘Tempo de internação’ (dias)



para neonatos submetidos a cirurgia imediatamente após o nascimento diminuiu de 32% em 1968 para 7,5% em 2008.⁶ Diversos esforços têm sido direcionados na tentativa de se minimizar a morbimortalidade em portadores de gastrosquise. Alguns fatores têm sido estudados em relação à indicação seletiva do parto e ao manejo e cuidados neonatais.^{7,8}

Alguns autores defendem o parto prematuro seletivo com base no achado de distensão intestinal e espessamento de parede de alça na ultra-sonografia pré-natal.⁷ O intestino fetal dilatado mostrou, em algumas séries, correlação com um pior resultado, incluindo sofrimento fetal e morte.⁸

Estudos em modelos animais mostraram que a duração da exposição ao líquido amniótico está diretamente relacionada ao grau de inflamação e dismotilidade intestinal. Danos às células dos plexos nervosos podem contribuir para a dismotilidade e má absorção. A disfunção intestinal na Gastrosquise pode ser explicada pelas alterações e imaturidade do plexo nervoso entérico, inclusive por exposição do intestino ao líquido amniótico.^{9,10}

Os RN com Gastrosquise têm perdas hídricas insensíveis significativamente aumentadas. A obtenção de acesso venoso apropriado e reanimação fluida deve ser iniciada logo após o nascimento. A descompressão nasogástrica é importante para minimizar distensão de alças intestinais e um rigoroso controle de hipotermia deve ser priorizado para reduzir as perdas por evaporação.

Os pacientes no pós-operatório precoce tendem a apresentar retenção hidrossalina e perdas de fluidos na zona do edema traumático, em associação com o aumento da pressão intra-abdominal devido ao distúrbio conteúdo-contenente entre o conteúdo visceral e a cavidade abdominal, causando diminuição da diurese.

Algumas evidências recentes sugerem que o excesso de reanimação volêmica é prejudicial e resulta em consequências deletérias, com aumento da pressão intrabdominal, edema pulmonar intersticial e disfunção respiratória.¹¹

Carroll et al, observaram que os fetos humanos com Gastrosquise apresentam menores níveis de proteína sérica total e maiores quantidades de proteína

no líquido amniótico, o que deve refletir em perdas de proteína e déficits de crescimento intra-uterino.¹² Tannuri et al em 2012, evidenciaram forte associação entre o nível baixo de albumina sérica e o tempo de iniciação da alimentação enteral.¹³ Os níveis baixos de albumina sérica levam à diminuição da pressão plasmática coloidosmótica, com extravasamento de líquido para as áreas extravasculares, diminuição do volume intravascular e diminuição da perfusão renal.

A administração de albumina no pré-operatório e pós-operatório imediato nos parece ser uma conduta coerente, principalmente para os RN que apresentarem oligúria. Os benefícios deste tratamento com o objetivo de expansão do intravascular mostram-se satisfatórios em valores de diurese igual ou inferior a 0,8 ml/kg/h.^{9,10}

A partir de junho de 2015 iniciamos um protocolo de atendimento em nosso serviço objetivando minimizar fatores que aparentemente influenciam no aumento da morbimortalidade. Foram incluídos, com base nos dados de literatura, critérios pré-natais, cuidados peri-operatórios, e manejo técnico-cirúrgico.

Um dos critérios incluídos foi o controle rigoroso do diâmetro das alças intestinais. O diâmetro intra ou extrabdominal acima 18 mm, espessamento de parede e espessamento mesentérico estão associados diretamente a pior prognóstico.¹⁴

Indicações de interrupção da gestação foram discutidas com equipe de obstetrícia para aqueles fetos que possuíam estas características indicativas de mau prognóstico, sendo que para esta decisão a prioridade foi maturidade pulmonar a partir de 34 semanas de gestação. Para os pacientes com pior prognóstico de alça que estavam fora do tempo mínimo de maturidade pulmonar, eram realizadas ultrassonografias semanais para acompanhamento e decisão. As indicações de parto prematuro seletivo não aumentaram significativamente o número de prematuros após implementação do protocolo (percentual de prematuros pré-protocolo era de 52,4% e 54,5% pós protocolo).

Os cuidados no pós-parto imediato eram realizados UTIneo, com cobertura das vísceras exteriorizadas, controle de temperatura, rápida ressuscitação volêmica, descompressão gástrica e acesso venoso seguro.

Quanto ao tratamento, o objetivo prioritário foi retornar as vísceras para a cavidade abdominal sempre que possível, minimizando o risco de danos devido a trauma ou aumento da pressão intra-abdominal. As opções de tratamento mais utilizadas são fechamento primário e a colocação de um silo seguido por reduções seriadas com fechamento tardio.^{15,16}

O fechamento primário tem sido defendido para todos os casos, tendo como principal benefício a diminuição da contaminação peritoneal, com retorno breve do trânsito intestinal e início precoce da dieta.¹⁶ Algumas descrições utilizam o coto umbilical como um aloenxerto.¹⁶⁻¹⁸ Esta técnica é preferencialmente utilizada em nosso serviço e tem mostrado um excelente resultado cosmético e funcional. Youssef et al., concluíram que o fechamento por aloenxerto e o fechamento fascial possuem resultados semelhantes quando avaliado mortalidade, tempo de internação ou realimentação oral.¹⁹

CONCLUSÃO

Este estudo sugere que os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico tiveram tempo prolongado de NPP, principalmente para os portadores de Gastrosquise. Esse fator pode ter sido decisivo no aumento do tempo de internação.

Os resultados não permitiram afirmar que existe diferença significativa entre as variáveis “antes do protocolo” e “depois do protocolo”, com exceção ao ganho ponderal que mostrou diferença considerável com alto poder de confiabilidade.

Foi possível inferir que a baixa idade materna, a prematuridade e o baixo peso ao nascimento foram fatores diretamente relacionados aos pacientes com Gastrosquise.

A proporção de óbitos foi superior para Gastrosquise comparada à casuística total.

A investigação sobre a melhor gestão destes RN deve receber alta prioridade.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao Prof. Dr. Flávio Saad pelas sugestões, correção do texto e sua habitual dedicação ao aprimoramento científico.

REFERÊNCIAS

1) SAAD, F. Tendências de Pesquisa em Gastrosquise. In: Congresso Brasileiro de Cirurgia Pediátrica, SP. Anais do Congresso de Cirurgia Pediátrica, 2006. 2) Baird PA,

MacDonald EC. An epidemiologic study of congenital malformations of the anterior abdominal wall in more than half a million consecutive live births, *Am J. Hum Genet*, 1981; 33(3):470-8. 3) Eggink BH1, Richardson CJ, Malloy MH, Angel CA. Outcome of gastroschisis: a 20-year case review of infants with gastroschisis born in Galveston, Texas. *J Pediatr Surg*. 2006; 41(6):1103-8. 4) Forrester MB, Merz RD. Impact of demographic factors on prenatal diagnosis and elective pregnancy termination because of abdominal wall defects, Hawaii, 1986–1997. *Fetal Diagn Ther* 1999; 14(5):206–11. 5) Lausman AY, Langer JC, Tai M, et al. Gastroschisis: What is the average gestational age of spontaneous delivery? *J Pediatr Surg* 2007; 42(11):1816–21. 6) Taguchi T - Current progress in neonatal surgery, Review Article. *Surg Today*. 2008; 38(5): 379-89. 7) Moir CR, Ramsey PS, Ogburn PL, et al. A prospective trial of elective preterm delivery for fetal gastroschisis. *Am J Perinatol* 2004; 21(5):289–94. 8) Mills JA, Lin Y, Macnab YC, et al. Perinatal predictors of outcome in gastroschisis. *J Perinatol* 2010; 30(12):809–13. 9) Langer JC, Longaker MT, Crombleholme TM et al. Etiology of intestinal damage in gastroschisis. I: Effects of amniotic fluid exposure and bowel constriction in a fetal lamb model. *J Pediatr Surg* 1989; 24(10):992–7. 10) Olguner M, Akgur FM, Api A, et al. The effects of intraamniotic human neonatal urine and meconium on the intestines of the chick embryo with gastroschisis. *J Pediatr Surg* 2000; 35(3):458–61. 11) Jansen LA, Safavi A, Lin Y, et al. Preclosure fluid resuscitation influences outcome in gastroschisis. *Am J Perinatol* 2012;29: 307–12. LA, Safavi A, Lin Y, et al. Preclosure fluid resuscitation influences outcome in gastroschisis. *Am J Perinatol* 2012; 29(4): 307–12. 12) Carroll SG, Kuo PY, Kyle PM, Soothill PW. Fetal protein loss in gastroschisis as an explanation of associated morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184(6):1297-301. 13) Tannuri AC; Silva L M ; L e a l A J ; M o r a e s A C ; T a n n u r i U Does administering albumin to postoperative gastroschisis patients improve outcome? *Clinics (São Paulo)*; 2012; 67(2):107-11. 14) Abuhamad AZ1, Mari G, Cortina RM, Croitoru DP, Evans AT. Superior mesenteric artery Doppler velocimetry and ultrasonographic assessment of fetal bowel in gastroschisis: a prospective longitudinal study. *Am J Obstet Gynecol*. 1997, 176(5):985-90. 15) Schuster SR. A new method for the staged repair of large omphaloceles. *Surg Gynecol Obstet*. 1967; 125(4): 837–845. 16) Bianchi A, Dickson AP. Elective delayed reduction and no anaesthesia: “Minimal intervention management” for gastroschisis. *J Pediatr Surg* 1998; 33(9): 1338–40. 17) Wesson DE, Baesl TJ. Repair of gastroschisis with preservation of the umbilicus. *J Pediatr Surg* 1986; 21(9):764–5. 18) Houben CH, Patel S. Gastroschisis closure: A technique for improved cosmetic repair. *Pediatr Surg Int* 2008; 24(3):1057–60. 19) Yossef F, Gorgy A, Arbash G, Puligangla PS, Baird RJ, Flap versus Closure for Gastrochisis: A sistematic Review And Meta-analysis. *J Pediatr Surg*, 2016; 51(5):718-25

RECONSTRUCTION OF PENILE TRAUMATIC AMPUTATION CAUSED BY DOG BITE

AUTHORS: Lisieux E Jesus, Samuel Dekermacher, Andreia P Bacon, Erica Lopes.

Divisions of Pediatric Surgery and Urology, Servidores do Estado Federal Hospital, Ministry of Health, Rio de Janeiro, Brazil.

CORRESPONDING AUTHOR: Lisieux Eyer de Jesus 52 Presidente Domiciano apt 801, Niterói, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. ZIP code 24210-270 – Tel 55 21 99859737 – lisieux@uol.com.br.

ABSTRACT

Severe penile trauma is relatively rare. Dog bites and circumcision injuries are among the commonest causes in childhood. We report herein the successful reconstruction of a case of partial penile amputation caused by a dog bite. A male child presented 18h post penile trauma and emergency reconstruction of the urethra, spongiosum, both corpora and skin. At his arrival the boy showed glans ischemia that progressed to necrosis and spontaneous separation. The initial reconstruction complicated with necrosis of the proximal 2/3 of the penile urethra and exposure of ventral corpora which were covered with skin grafts. Atrophy of the remaining distal 1/3 of the penis followed. After 6 months the patient presented a penile stump of 1.5 cm and a penoscrotal meatus. Reconstruction involved sectioning of the suspensory ligament and suprapubic lipectomy, distal neourethroplasty and construction of a neoglans with a labial mucosa graft. Six months later the boy voids normally from an apical penile meatus and relates normal spontaneous erections. The neoglans present acceptable cosmesis and is sensate to light touch. His penis total stretched length is 5 cm. Penile dog-bite trauma associates lacerations with crush injuries and may progress with thrombosis and vascular complications. Reconstruction of complex cases requires building a neourethra, elongating the penis maximally and constructing an esthetically pleasing neoglans, which may be obtained with buccal mucosa grafts.

KEY WORDS: Dog bite – penis – trauma – reconstruction – glans reconstruction

INTRODUCTION

Severe penile trauma is relatively rare. Dog bites

and circumcision injuries are among the commonest causes in childhood, while self-mutilation appears to be the most frequent cause in adults 1-2. Extent of injury may vary from skin lacerations to emasculation 3. Simple lesions are successfully treated with local debridement and suture, while penile amputations are difficult to reconstruct, frequently with unsatisfactory results.

We report herein the successful reconstruction of the amputation of the distal 2/3 of the penis, caused by trauma from a dog bite, associating extensive penile mobilization, scrotal skin flaps and suprapubic lipectomy (similar to the treatment of severe cases of buried penis), neourethroplasty (skin graft tubularization in two stages) and neoglanuloplasty with labial mucosa grafts.

CASE REPORT:

A 11-yo prepubertal male was transferred to our institution for post-operative care. The boy had been bitten on his penis by a pit-bull dog 18 hours before, attaining the organ in its medium third. The child was operated on by the emergency team general urologist, which described crushing and tearing extensive injuries. A circumferential skin injury was observed, associated with distal degloving, complete section of the right corpus, urethra and

Figure 1 Second surgery. Presentation before (top figures) and after grafting (bottom figures)



spongiosum and partial ventral transverse section of the left corpus. The surgeon opted for debridement and primary reconstruction of the attained anatomical structures. Both corporal adventiciae were sutured (simple suture at the left side and termino-terminal anastomosis at the right side). The urethra was reconstructed over an 12 Fr Foley catheter. The spongiosum was sutured over the urethral reconstruction. The skin was reformatted and sutured to cover the penis. A compressive dressing was positioned and a suprapubic catheter inserted. Antibiotics (amoxicillin + clavulanate) were prescribed from the induction of anesthesia.

At the patient's arrival at our service obvious glans ischemia was observed, that could not be ameliorated by removal of the dressing, warming and positioning of the penis. After 10 days the glans was frankly necrotic. Spontaneous separation was seen after 14 days. Dehiscence of the skin suture and a urethral fistula developed after a week, together with sparse necrotic areas of the penile skin, with no signs of infection. The patient then subjected to debridement of necrotic tissues under anesthesia. Complete loss of the proximal 2/3 of his penile urethra and exposure of ventral corpora were observed, with partial exposition of the corporeal trabeculae. A neo penoscrotal meatus was constructed. The ventral proximal 2/3 of the penis and the distal surface of the penile stump were covered with skin grafts taken from the left inguinal region, after debridement. The

distal and proximal extremities of the remaining penile urethra were sutured to the surfaces of the distal stump and to the remainings of the distal 1/3 of the penis (figure 1).

Two weeks after his second surgery atrophy of the distal 1/3 of the penis was observed. Skin coverage seemed healthy and the ventral graft was well taken (figure 2).

After 6 months the patient was again taken to the operating room for definitive reconstruction. Extensive dissection and sectioning of the suspensory ligament, associated to suprapubic lipectomy, allowed us to obtain a 5 cm penile length. A distal neourethra was constructed by tubularizing the ventral graft over a 10 Fr catheter and was covered with a vaginal flap. Then the distal extremities of the corpora were rotated ventrally and sutured over the neourethra. The penis was covered with penile preserved skin and scrotal flaps, to the extension of the neobalanopreputial sulcus. Distally to the sulcus the neoglans was covered with a labial mucosa graft, sutured to the surface with fine absorbable sutures (figure 2). Due to the difficulties of tying a dressing over the limited and round surface of the pediatric neoglans, quilting sutures were used to extensively anchor the graft 4. Suprapubic suction drains and a compressive dressing were employed, respectively, for 3 and 7 post-operative days. The urethral catheter and oral antibiotics (cephalexin) were maintained for 10 days. No immediate complications were observed.

Three years after the last surgery the patient voids normally from a distal penile meatus and relates normal spontaneous erections. His penis and neoglans present acceptable cosmesis (figure 3), despite some perimeatal discoloration, that may be related to migration of melanocytes from the skin-made distal neourethra. The boy reports the neoglans as sensate to light touch. The patient and his family are pleased with the final result. His penis total stretched length is 5 cm, but he is still pre-pubertal.

DISCUSSION:

Despite trauma from animal bites being common, genital lesions are relatively rare, presumably because of less exposure and genital mobility in males. The literature is scarce and limited to case reports and small series. Children predominate. Emergency treatment consists in

Figure 2 Third surgery (final reconstruction). Initial aspect (top figures) and immediately after reconstruction (bottom figures).





Figure 3 Penile aspect 6 months after reconstruction.

debridement of devitalized tissue and immediate reconstruction of anatomical structures as needed (skin, urethra, spongiosum and corpora cavernosae), associated to 10-14 days of antibiotics (preferably amoxicillin with a beta-lactamase inhibitor). Complications are frequent in cases of urethral injury 2.

Partial or complete penile amputation constitute the most severe and difficult to reconstruct lesions, sometimes leading to the proposal of feminizing genitoplasty 2-3, which are extremely controversial, particularly in normal XY children raised as boys and with normal previous exposure and responses to androgens. Reconstruction of complex cases require different skills to build a neourethra, elongate the penis maximally and reconstruct a esthetically pleasing neoglans, in order to allow normal voiding, social and psychological wellbeing and future sexual function.

To obtain a cosmetically acceptable appearance, a geometrically adequate form and a sensitive but trauma-resistant surface suitable for penetration are the objectives of glans reconstruction. The penile skin should be sutured to the neo-balanopreputial sulcus to define the neoglans extension. A neoglans may be covered with flaps (scrotum, prepuce, microsurgical) or grafts (skin, prepuce and buccal mucosa). Scrotal flaps are easily available without significant harm or conspicuous scarring of the scrotum, but may acquire a bulky appearance and need post-pubertal epilation in a 1/5 of

cases 5. Glans resurfacing with split skin grafts is considered the first choice for reconstruction in adults, with good esthetic results, but most reports refer to partial glansectomies secondary to penile cancer 4, 6-7,. Split-skin grafts need availability and expertise to use dermatomes and may cause esthetic damage to the donor site. Also, in our experience, resurfacing with split-skin grafts leads to an abnormally pale color of the glans. Buccal mucosa has been presented as a suitable option for glans resurfacing, although with a more limited experience, mainly from case reports 8-11, with good taking of the grafts and medium-term good esthetic results, preserving a natural rosy color. Buccal mucosa grafts are readily available, do not need special expertise, are resilient and do not cause visible scarring of the donor site. Long-term results and sexual implications are unknown, since the available reports deal with children and a maximum follow up of 6 months.

Methods that are primarily used to treat buried penises may be adapted to obtain better exposure of penile remainings after partial amputation. Penile elongation may be obtained by sectioning the suspensory ligaments 12-13. Liposuction or suprapubic lipectomy of the mons pubis has also been suggested as a means to obtain better penile exposure 13-14. Penile stump covering may be difficult when there is paucity of penile skin and scrotal flaps are useful.

Erectile dysfunction is frequently described after penile reconstruction secondary to partial amputation 5,

but most data refer to cancer or self-mutilation cases, which may suffer from psychosocial and/or age-related erectile problems. There is no information available about sexual function after Pediatric penile reconstructions.

Our case is the first report of extensive mid-penile trauma that progressed to penile amputation secondary to distal ischemia, presumably related to by crush injuries associated to direct transection of penile structures, causing secondary vascular thrombosis, venous congestion and/or compartment syndrome attaining the corpora. Anticoagulants or leech therapy might be useful in this situation 15-16, but the need of early starting of anticoagulants, the risk of bleeding and infection (in the case of leech therapy) should be considered.

CONCLUSION:

Information concerning penile trauma from animal bites is scarce. Reconstruction of complex cases requires building a neourethra, elongating the penis maximally and constructing a esthetically pleasing neoglans, which may be obtained with buccal mucosa grafts. Penile dog-bite trauma associates lacerations with crush injuries and may progress with thrombosis and vascular complications.

REFERENCES:

1. Djordjevic ML, Bumvasirevic MZ, Krstic Z, Bizic MR, Stojanovic BZ, Miocinovic R, Santucci RA. Severe penile injuries in children and adolescents: reconstruction modalities and outcomes. *Urology* 2014, 83(2):465-70 2. Gomes CM, Ribeiro-Filho L, Giron AM, Mitre AI, Figueira ER, Arap S. Genital trauma due to animal bites. *J Urol* 2001, 165(1):80-3. 3. Bothra R, Bhat A, Saxena G, Chaudhary G, Narang V. Dog bite injuries of genitalia in male infant and children *Urol Ann* 2011 3(3):167-9. 4. Bracka, A. Glans resection and plastic repair. *BJU Internat* 2009, 105:136-44. 5. Mazza ON, Cheliz GMJ. Glanuloplasty with scrotal flap for partial penectomy. *J Urol* 2001, 166:887-9. 6. Shabbir M, Muneer A, Kalsi J, Shukla CJ, Zacharakis E, Garaffa G, Ralph D, Minhas S. Glans resurfacing for the treatment of carcinoma in situ of the pênis: surgical technique and outcomes. *Eur Urol* 2011,

59:142-7. 7. Palminteri E, Berdondini E, Lazzeri M, Mirri F, Barbagli G. Resurfacing and reconstruction of the glans pênis. *Eur Urol* 2007, 53:893-900. 8. Pandey A, Dican R, Beier J, Keller H. Buccal mucosal graft in reconstructive urology: uses beyond urethral stricture. *Internat J Urol* 2014, 28:732-4. 9. Appiah K, Amoah G, Azorliade R, Gyasi-Sarpong K, Aboah K, Arthur D, Nyamekye B, Out-Boateng K, Maison P, Twumasi-Frimpong B, Antwi IO, Yenli E. Glanuloplasty with oral mucosa graft following total glans penis amputation. *Case Reports in Urol* 2014, article ID 671303. 10. Aboutaleb H. Reconstruction of an amputated glans penis with a buccal mucosal graft: case report of a novel technique. *Korean J Urol* 2014, 55:841-3 11. Djordjevic ML, Bumbasirevic MZ, Krstic Z, Bizic MR, Stojanovic BZ, Miocinovic R, Santucci RA. Severe penile injuries in children and adolescents: reconstruction modalities and outcomes. *Urology* 2014, 83:465-70. 12. Greenberger ML, Lowe BA. Penile stump advancement as an alternative to perineal urethrostomy after penile amputation. *J Urol* 1999, 161:803. 13. Mokhless IA, Abdeldaeim HM, Rahman A, Zahran M, Safwat A. Penile advancement and lengthening for the management of post-circumcision traumatic short penis in adolescents. *Urology* 2010, 76:1483-7. 14. Nasr R, Traboulsi SL, Ghaida RRA, Bakhsh J. Iatrogenic penile glans amputation: major novel reconstructive procedure. *Case Reports Urol* 2013, article ID 741980. 15. Iafolla AK. Medicinal leeches in the postoperative care of bladder exstrophy. *J Perinatol* 1995, 15:135-8. 16. Weinfeld AB, Yuksel E, Boutros S, Gura DH, Akyurek M, Friedman JD. Clinical and scientific considerations in leech therapy for the management of acute venous congestion: an updated review. *Ann Plast Surg* 2000, 45:207-12

ABSCCESSO HEPÁTICO EM RECÉM-NASCIDO PREMATURO: RELATO DE CASO

AUTORES: Claudia Saleme do Valle ¹, Alexandre da Silva Dall'Aquila ², Luiza Valle de Oliveira ³.

1 Médica Cirurgiã Pediátrica do Hospital Estadual Dr Jayme Santos Neves – Vitória – ES. **2** Médico Pediatra – Vitória – ES. **3** Acadêmica de Medicina do UNESC – Vitória – ES.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA: Luiza Valle de Oliveira – Avenida Antonio Borges, nº 110, Mata da Praia, Vitória-ES. E-mail: luizavalle@hotmail.com

Trabalho realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves – ES.

Declaro ausência de subsídio ou bolsa no presente estudo. Declaro ausência de conflitos de interesse.

RESUMO

Abscesso hepático é incomum no período neonatal e está associado a alta mortalidade em prematuros. Pode estar relacionado a cateterização umbilical, sepse, nutrição parenteral total, enterocolite necrotizante e cirurgia hepática. A manifestação clínico-laboratorial da doença é inespecífica. Por meio de coleta de dados em prontuário médico, relata-se um caso de um bebê pré-termo que apresentou abscesso hepático, podendo estar associado a sepse e ao cateterismo umbilical. Conclui-se que houve sucesso no tratamento da paciente, com o uso de antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro por período prolongado, pois houve resolução completa das alterações laboratoriais e das lesões hepáticas.

Palavras-chave: Abscesso hepático. Recém-nascido. Sepse. Antibioticoterapia.

ABSTRACT

Liver abscess is uncommon in the neonatal period and is associated with high mortality in preterm infants. It may be related to umbilical catheterization, sepsis, total parenteral nutrition, necrotizing enterocolitis and liver surgery. The clinical-laboratory manifestation of the disease is nonspecific. Data collection on medical records reports a case of a preterm infant presenting with liver abscess, which may be associated with sepsis and

umbilical catheterization. It was concluded that there was success in the treatment of the patient with the use of broad-spectrum antibiotic therapy for a prolonged period resulted in the complete resolution of laboratory abnormalities and liver lesions.

Key Words: Liver Abscess. Infant Newborn. Sepsis. Anti-bacterial agents.

INTRODUÇÃO

Abscesso hepático em recém-nascido (RN) pré-termo é uma entidade rara, podendo ser idiopático, ou secundário a infecções umbilicais devido ao cateterismo da veia umbilical ou a sepse, sendo estes relatados como fatores predisponentes mais comuns.

Abscessos hepáticos em neonatos estão associados a altas taxas de mortalidade, e requer elevado índice de suspeita para diagnóstico, sendo a ultrassonografia e a tomografia computadorizada muito úteis para esta condição. Nesse relato de caso, considerou-se que a inserção de cateter umbilical e a prematuridade foram os possíveis fatores causadores do abscesso hepático.

RELATO DE CASO

RN do sexo feminino, com 25,5 semanas de idade gestacional, pesando 430 gramas ao nascimento, escore de APGAR 5/8, necessitou de reanimação neonatal, uso de surfactante e IOT em sala de parto. Conduzida à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), foi inserido cateter venoso umbilical com 09 horas de vida. Exames laboratoriais em sangue periférico mostrava

Figura 1 Imagem encapsulada de paredes irregulares, com dimensões de 1,05cm 0,9cm 0,8 cm, e com volume de 0,39 cm³, localizada no segmento VIII hepático.



hemograma infeccioso, com leucopenia (4.980), plaquetopenia (80.000) e aumento de marcador inflamatório (PCR = 18,1). Foi realizada antibioticoterapia endovenosa (ampicilina + gentamicina) associado à fluconazol profilático. Todas as informações foram obtidas via prontuário médico da paciente.

No 5^a dia de vida o estado geral era regular. Ao exame físico apresentava abdome distendido/globoso e doloroso à palpação profunda. Foi realizado RX de abdome, no qual mostrou distribuição irregular de ar e hipotransparência próximo ao diafragma direito. Foi solicitada ultrassonografia de abdome total para confirmação, onde foi visualizada uma imagem encapsulada, de paredes irregulares, contendo finos septos e debris de média ecogenicidade, medindo 1,8 x 1,3 x 1,4 cm³ e com volume de 1,75 cm³, localizada nos segmentos V e VIII hepáticos, sugestiva de abscesso.

Optou-se por realizar intervenção clínica, com associação do metronidazol ao esquema de antibioticoterapia, devido à localização difícil no parênquima intra-hepático e inviabilidade de manipulação para drenagem percutânea. A paciente apresentou melhora dos marcadores inflamatórios (PCR = 2,2) e do hemograma (Plaquetas = 123.000 e Leucócitos = 12.740), porém manteve hipotransparência em topografia hepática, próximo ao diafragma direito, e edema de alças intestinais em flanco direito. Como não houve mudança no padrão radiológico, foi modificado o

esquema de antibioticoterapia inicial por cefepime, sendo mantido o metronidazol e o fluconazol profilático.

Com 16 dias de vida, pesando 530 gramas, a paciente permanecia com a mesma imagem na ultrassonografia, de iguais dimensões. Ainda sem melhora radiológica, optou-se por iniciar meropeném, apesar do quadro clínico e laboratorial melhores. Exames de ultrassonografia sequenciais demonstraram redução das dimensões da imagem encapsulada localizada do segmento hepático VIII, agora medindo cerca de 1,5 x 1,3 x 1,0 cm, com volume 1,1 cm³, sugerindo um esquema de tratamento eficaz. Após período de 31 dias novo exame de ultrassonografia foi realizado, e as dimensões reduziram para 1,05 x 0,90 x 0,80 cm, com volume 0,39 cm³, conforme Figura 1.

O último exame de ultrassonografia realizado, estando a paciente com 5 meses e 12 dias de vida, demonstrou fígado de morfologia e contornos usuais, dimensões preservadas, apresentando ecotextura homogênea, exceto pela presença de imagens de calcificação, com aspecto residual e sequelar, puntiformes, em segmento VIII, em topografia do abscesso tratado anteriormente. No exame de imagem observou-se melhora nos padrões laboratoriais, revelando redução de marcadores inflamatórios (PCR= 2,2 e leucócitos = 10.540). A evolução clínica diária da paciente confirmava melhora do quadro, sem apresentar quaisquer intercorrências.

Com 6 meses e 6 dias, a paciente recebeu alta da UTIN, pesando 2,080 kg e medindo 43 cm, tendo obtido cura do abscesso, conforme ultrassonografia mostrada na Figura 2, e cura das demais comorbidades. Apresentava-se em bom estado geral, hígida, afebril, com abdome indolor e com exames complementares e laboratoriais dentro dos padrões da normalidade.

DISCUSSÃO DO CASO

A primeira revisão do abscesso hepático apareceu em 1936 por Kutsunaki¹, que relatou 2 crianças com peritonite fatal com abscesso hepático solitário na necropsia. Na literatura existem diversos fatores de risco associados ao surgimento do abscesso hepático no adulto, porém na criança e em neonatos, o que se sabe é que a sepse, o cateterismo umbilical e a onfalite são os fatores primordiais para sua instalação². Fatores de risco

Figura 2 Fígado de morfologia e contornos usuais, dimensões preservadas, apresentando ecotextura homogênea, exceto pela presença de imagens cálcicas, com aspecto sequelar e residual, puntiformes em segmento VIII, em topografia do abscesso tratado anteriormente.



menores incluem enterocolite necrotizante, cirurgia abdominal prévia, lactentes de mães diabéticas, derivação (shunt) da veia porta e asfixia neonatal^{3,4}.

Os organismos piogênicos podem ter acesso ao fígado através de múltiplas vias: pelas artérias hepáticas; pela veia porta, a partir de áreas drenadas pelo sistema porta; pela expansão da infecção em estruturas contíguas; através de traumas penetrantes do fígado; como resultado de traumas não penetrantes do fígados. A tuberculose congênita, a sífilis congênita e a listeriose têm sido relatadas como causas etiológicas¹.

O abscesso hepático pode ser múltiplo ou solitário. O abscesso múltiplo do fígado é pequeno de tamanho, não drenável, geralmente não relacionado à infecção umbilical e tem um curso fulminante. O abscesso hepático solitário é de maior tamanho, bem localizado, pode ser drenado por métodos cirúrgicos, e geralmente está relacionado à múltiplas infecções.

A apresentação clássica de abscesso hepático com febre, hepatomegalia e dor abdominal direita superior geralmente não está presente em RN, e seu diagnóstico não pode ser estabelecido apenas a partir do quadro clínico. Os sinais e sintomas são inespecíficos e são essencialmente os da sepse⁶. Tanto a raridade, quanto o seu curso indolente, requerem um elevado índice de suspeita para o diagnóstico precoce. A ultrassonografia abdominal e a tomografia computadorizada são estudos úteis para visualização e confirmação diagnóstica. Neste relato de caso só foi possível realizar a ultrassonografia de abdome total para confirmação diagnóstica, devido a labilidade da paciente.

A maioria das descrições dos abscessos hepáticos piogênicos (PLA) estão na literatura de adultos. Estes abscessos tendem a ser polimicrobianos e tipicamente estão associados com colangite. PLA são raros em lactentes e crianças, com uma baixa incidência, e também são na maioria polimicrobianos, sendo os organismos aeróbios gram-negativos e anaeróbios os agentes mais comuns.

Quando não tratada, a taxa de mortalidade é alta. A maioria dos casos de abscesso hepático resulta da extensão direta do trato biliar ou intestinal, ou da disseminação hematogênica. *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* e *Escherichia Coli* são os

organismos mais comuns isolados de abscesso hepático solitário em neonatos⁷. No entanto, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Corynebacterium acnes*, anaeróbios e até mesmo *Candida* foram relatados.

O prognóstico é altamente variável, dependendo não só do organismo envolvido e do tamanho do abscesso, mas também das comorbidades associadas e da prematuridade do RN.

O tratamento consiste em corrigir o fator predisponente (por exemplo, retirada do cateter umbilical), drenagem percutânea com ou sem guia de ultrassom, ou drenagem aberta do abscesso afetando múltiplos lobos do fígado. Terapia antibiótica adequada deve ser direcionada para o agente causal^{1,3}. Em lesões de cultura negativas, devem ser instituídos antibióticos de amplo espectro que cubram tanto germes gram positivos, como os gram negativos e anaeróbios. Neste contexto, o tratamento instituído na paciente neste relato foi antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro (Meropeném e Cefepime) associado a fluconazol e metronidazol profiláticos.

CONCLUSÃO

O abscesso hepático piogênico neonatal, embora raro, está associado a um bom resultado de cura se diagnosticado prontamente e se um tratamento adequado for instituído. Em um RN pré-termo, com sepse, é necessário um alto índice de suspeita se houver persistência de hemocultura positiva apesar do tratamento antibiótico apropriado, necessitando a realização de exames radiológicos seriados para detectar e monitorar a evolução do abscesso hepático. Conclui-se que houve sucesso no tratamento da paciente neste relato de caso, com o uso de antibioticoterapia de amplo espectro por período prolongado, pois houve resolução completa das alterações laboratoriais e das lesões hepáticas.

REFERÊNCIAS

1. Kutsunai T. Abscess of the liver of umbilical origin in infants: Report of two cases. *Am J Dis Child* 1936; 51:1385-1396.
2. Lam HS, Li AM, Chuwe CK, Fok TF, Ng PC. Malpositioned umbilical venous catheter causing liver abscess in a preterm infant. *Biol Neonate*. 2005; 88:54-56.
3. Tan N W H, Sriram B, Tan-Kendrick A P A, Rajadurai V S. Neonatal Hepatic abscess in preterm infants: a rare entity. *Ann Acad Med Singapore*. 2005; 34:558-64.
4. Shah I, Bhatnagar S. Liver abscess in a newborn leading to portal vein thrombosis. *Indian J Pediatr*. 2009; 76:1268-9.
5. Fraga JR, Javate BA, Venkatesan S. Liver abscess and sepsis due to *Klebsiella pneumoniae* in a newborn. *Clin Pediatr*. 1974; 13:1081-1082.
6. Moss TJ, Pysher TJ. Hepatic abscess in neonates. *Am J Dis child*. 1981; 135: 726-728.
7. Guillos B, Guillemin MG, Monnery JL, Alix D. Neonatal pleuropulmonary staphylococcal infection with multiple abscesses of the liver [French] *Ann Pediatr (Paris)* 1989; 36: 681-684.

MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL ASSOCIADA COM DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG: RELATO DE CASO

AUTORES: Christian Prado ^{a,b,}, Rodrigo Demétrio ^{a,b,}, Caroline de Aguiar dos Santos ^{b,} Heloá Niehues Beltrame ^{b.}

a Cirurgião Pediátrico do Departamento, Hospital São José, Criciúma, Brasil; **b** Faculdade de Medicina Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Brasil.

RESUMO:

A associação da Doença de Hirschsprung com má rotação intestinal é rara na nossa literatura, havendo cerca de 37 casos relatados no mundo. O paciente apresenta quadro de distensão abdominal, resíduo gástrico bilioso, dificuldade de evacuação, desconforto respiratório, sendo necessária a realização de enema opaco para visualizar a alteração do trajeto do intestino e biópsia de reto na busca da doença. A cirurgia para correção das duas patologias deve ser feita no mesmo tempo cirúrgico a fim de evitar futuras complicações. Os poucos estudos encontrados na literatura acerca dessa associação sugerem que ela ocorra por alterações moleculares em alguns genes, levando a formação do quadro apresentado.

ABSTRACT:

The association of Hirschsprung's disease with intestinal malrotation is rare in literature, with around 37 cases reported worldwide. Our patient presented with abdominal distention, high volume green gastric residue, difficulty in evacuation, respiratory discomfort. A contrast enema and a rectal biopsy were done, in order to visualize intestinal tract abnormalities and to investigate Hirschsprung's disease, respectively. Surgery should treat both diseases simultaneously, in order to avoid future complications. Few papers are available about the presumable incidental association between Hirschsprung's disease and intestinal malrotation.

INTRODUÇÃO

A Doença de Hirschsprung é uma importante causa de obstrução intestinal pediátrica, podendo ser responsável por até 12% dos casos. Ocorre por falha na migração das células da crista neural no período embrionário. Seu diagnóstico está embasado nos

achados da história clínica e exame físico, em que percebemos falha na passagem do mecônio, seguido de confirmação com exame histopatológico e imagem contrastada, como enema opaco. [1] O tratamento cirúrgico é indicado para aliviar a obstrução intestinal e suas complicações, mas, após a operação, o paciente pode apresentar sinais de dismotilidade por ressecção incompleta do segmento ou hipoganglionose. [2]

Já a má rotação intestinal ocorre pelo posicionamento anômalo das alças intestinais na cavidade peritoneal, apresentando-se no neonato com vômito bilioso e podendo ter distensão abdominal. É diagnosticada por estudo contrastado no trato gastrointestinal superior seguida por tratamento cirúrgico. [3]

A associação da Doença de Hirschsprung com má rotação intestinal é rara na literatura, havendo cerca de 37 casos relatados. Acredita-se que isso ocorre por similaridade entre a sinalização das vias genéticas dessas anomalias, permitindo que um paciente apresente as duas situações [4]. Geralmente, apresenta-se com retardo na passagem do mecônio junto à obstrução intestinal, vômito bilioso e distensão abdominal. O diagnóstico é feito através do uso de raio-x contrastado do trato digestivo proximal para buscar a causa da obstrução, no qual é feito o diagnóstico de má rotação associado com estudos para o diagnóstico da doença de Hirschsprung [5]. Relatamos um caso de Doença de Hirschsprung com má rotação intestinal que apresentou obstrução intestinal perinatal.

RELATO DE CASO:

Uma paciente recém-nascida foi admitida à UTI Neonatal com 3 dias de vida, devido a desconforto respiratório e distensão abdominal. Apresentava implantação baixa de ambas as orelhas, com malformação à direita, hipertelorismo ocular, fronte olímpica, dedos das mãos e dos pés curtos. O abdome era visivelmente globoso e distendido, com resíduo gástrico bilioso.

A criança foi submetida a um enema opaco, que demonstrou ceco em região de hipocôndrio direito, cólon descendente e sigmoide de calibre pouco reduzido e

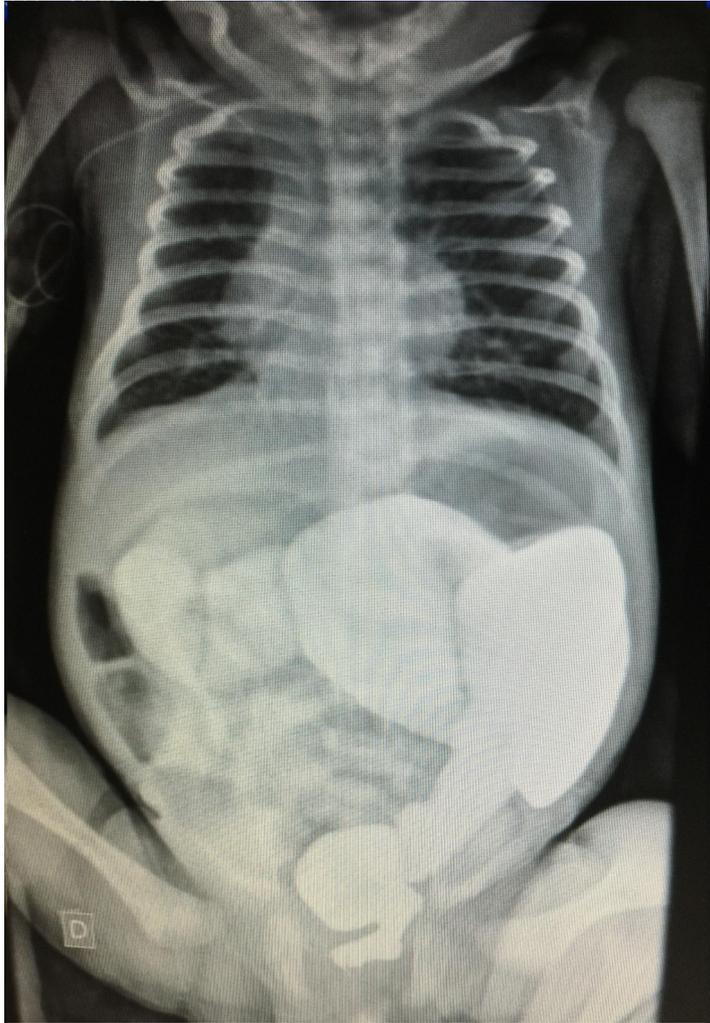


Figura 1

cólon transversal dilatado (Figura 1 – Enema Opaco indicando má rotação intestinal com doença de Hirschsprung). Foi realizada a correção da má-rotação intestinal pela cirurgia de Ladd e biópsia muscular do reto no mesmo procedimento, por suspeita de Doença de Hirschsprung associada (não estava disponível biópsia de congelação no momento do ato cirúrgico).

A paciente teve melhora clínica, sem apresentar distensão abdominal e evacuando regularmente. Após uma semana, foi recebido o resultado da biópsia retal, demonstrando aganglionose. A paciente recebeu alta com plano de cirurgia definitiva para tratamento da doença de Hirschsprung (abaixamento de colon endoanal) ao redor de 1 mês de vida.

Apesar dos cuidados e evacuando diariamente, a paciente evoluiu com quadro de enterocolite, necessitando de nova internação na UTI Neonatal. Após o tratamento, identificando que a paciente não apresentava condições clínicas adequadas para o

tratamento definitivo, a criança foi submetida à confecção de colostomia em alça na transição reto-sigmoidea. No momento, aguarda uma cirurgia de abaixamento de cólon, sem ter apresentado novos episódios de enterocolite. O exame de cariótipo, bem como outros exames para identificar anomalias associadas cardiológicas ou do sistema urinário foram normais. Já a avaliação neurológica demonstra um importante retardo de desenvolvimento neuropsicomotor, bem como a paciente apresenta holoprosencefalia na tomografia computadorizada de crânio.

DISCUSSÃO:

Apesar das entidades serem frequentemente vistas na prática clínica - Doença de Hirschsprung ocorre em 1 a cada 5000 nascidos vivos [4] e má rotação em 1 a cada 6000 nascidos vivos [3] -, a associação de ambas é incomum, o que torna o diagnóstico obscuro e pode retardar o tratamento definitivo de uma das doenças.

A Doença de Hirschsprung é uma desordem motora do intestino, afetando o cólon reto-sigmoide em aproximadamente 80% dos casos. [4] A doença é causada pela ausência de células neuronais derivadas da crista neural nos plexos nervosos intestinais. O padrão-ouro para o diagnóstico de Doença de Hirschsprung é a biópsia retal, ratificando achados no exame físico e em exames prévios, essencialmente enema opaco, manometria anorretal e radiografia abdominal. O tratamento pode ser estadiado: em um primeiro momento, opta-se por realizar uma colostomia, que permitirá a decompressão do intestino dilatado, efetuando-se o reparo definitivo posteriormente, com o paciente estável e em boas condições cirúrgicas, conforme no caso que relatamos [6].

A má rotação intestinal é uma anormalidade congênita na rotação e na fixação do intestino através do mesentério. O diagnóstico é feito mantendo-se um forte nível de suspeita clínica. Estudos contrastados do tipo enema opaco e estudo contrastado do trato digestivo alto podem ser indicados, sendo este último mais elucidativo no diagnóstico. O tratamento definitivo é feito pela cirurgia Ladd, posicionando-se o intestino em não-rotação para minimizar o risco futuro de volvo intestinal[7].

No caso apresentado, podem-se observar sinais consistentes com ambas as doenças no enema opaco,

sugerindo a má rotação intestinal e levantando a suspeita de Doença de Hirschsprung.

A DH também pode se apresentar associada a anormalidades genéticas em 12% dos casos, sendo o protoncogene RET a mais reconhecida associação, embora mais de 10 genes tenham sido descritos. E anomalias congênitas em 18% devido a alterações moleculares em alguns genes, que levam a diferentes formas de associação. [8] Ela pode ser confundida com a displasia intestinal neuronal (DIN) ou aparecer associada a ela em mais de 10% dos casos, apresentando-se com distilidade intestinal, ausência de evacuações, obstrução. A DIN costuma estar mais relacionada com outras anormalidades do que a DH e acredita-se que ocorra como consequência de desordens congênitas ou pela paralisia intestinal. [9]

Na revisão da literatura, há relatos da associação de ânus imperfurado com má rotação intestinal e DH, quadro extremamente raro. [10] Porém, quando presente, a resolução da imperfuração deve ser o foco principal do cirurgião, a fim de evitar a complicação para volvo intestinal, para posteriormente resolver os problemas intestinais associados. [11]

Dentre as anomalias genéticas estão algumas do cromossomo 22. Em muitos pacientes que apresentam a trissomia do cromossomo 22 e o diagnóstico de má rotação, é possível que a aganglionose não tenha sido descrita pela falta de indicação para sua investigação, devido ao prognóstico obscuro desses pacientes [12]. Na Síndrome do olho de gato (tetrassomia parcial do 22q11), existem três casos descritos da associação de má rotação com doença de Hirschsprung, sendo que em dois deles há malformação anorretal [12]. A associação também pode ocorrer na síndrome do cromossomo supernumerário der(22)t(11;22) (Síndrome de Emanuel), podendo ocorrer concomitantemente com a associação VACTERL [13] que engloba anomalias da coluna vertebral (V), atresia anal (A), anomalias cardiovasculares (C), fístula traqueoesofágica (T), atresia esofágica (E), anomalias renais e/ou anomalias do rádio (R) e defeitos dos membros (L). Essas duas últimas síndromes envolvem a região 22q11, sugerindo que exista uma relação entre gene responsável pelo desenvolvimento intestinal e anorretal. [13] Possivelmente, a paciente apresenta

algumas destas anomalias, as quais necessitam de estudo genético mais elaborado como o cariótipo de alta resolução (> 550 bandas) ou técnica de FISH pra microdeleção 22q11.2.

CONCLUSÃO:

Apesar da associação de Doença de Hirschsprung e má rotação intestinal ser extremamente incomum, ela é um importante diagnóstico diferencial em crianças recém-nascidas para que possa ser oferecido o tratamento precoce de ambas entidades. Além disso, é importante a realização de estudos genéticos mais elaborados nestes pacientes para identificar outras anomalias genéticas, principalmente àquelas relacionadas ao cromossomo 22.

REFERÊNCIA:

- [1] PEYVASTEH M, ASKARPOUR S, OSTADIAN N, MOGHIMI M-R, JAVAHERIZADEH H. Diagnostic accuracy of barium enema findings in hirschsprung's disease. ABCD, arq. bras. cir. dig.2016 Sep, 29: 155-158.
- [2] Romaneli MTN, Ribeiro AF, Bustorff-Silva JM, Carvalho RBD, Lomazi EA. Hirschsprung's disease - Postsurgical intestinal dysmotility. Rev. paul. pediatr.2016 Sep, 34: 388-392.[3] HAMIDI H, OBAIDY Y, MAROOF S. Intestinal malrotation and midgut volvulus. Radiol Case Reports.2016 Sep, 11(3):271-274.[4] HOLSCHNEIDER AM, PURI P. Congenital anomalies and genetic associations in hirschsprung's disease. 3. ed. Germany: Springer; 2008. [5] BRAND Mary L. Intestinal malrotation in children. UpToDate. 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 20/05/2017.[6] PROCTOR ML, TRAUBICI J, LANGER JC, GIBBS DL, EIN SH, ET AL. Correlation between radiographic transition zone and level of aganglionosis in Hirschsprung's disease: Implications for surgical approach. J Pediatr Surg. 2003 May, 38(5): 775-778.[7] SIZEMORE AW, RABBANI KZ, LADD A, APPLGATE KE. Diagnostic performance of the upper gastrointestinal series in the evaluation of children with clinically suspected malrotation. Pediatr Radiol. 2008 Feb, 38(5):518-528.[8] AMIEL J, LYONNET S. Hirschsprung disease, associated syndromes, and genetics: a review. J Med Genet. 2001 Nov, 38:729-739.[9] MARTUCCIELLO G, TORRE M, PINI PRATO A, LERONE M, CAMPUS R, ET AL. Associated anomalies in intestinal neuronal dysplasia. J Pediatr Surg. 2002 Feb, 37:219-223.[10] OSHIO T. Imperforate anus, malrotation, and Hirschsprung's disease with double zonal aganglionosis: an extremely rare combination. J Pediatr Surg.2008 Jan, 43:222-226.[11] LUO CC, MING YC, CHU SM, CHAO HC. Rare association of malrotation, imperforate anus and Hirschsprung's disease in an infant. Pediatr Int. 2010 Feb, 52:9-10.[12] HALL T, SAMUEL M, BRAIN J. Mosaic trisomy 22 associated with total colonic aganglionosis and malrotation. J Pediatric Surg.2009 Jan,44:9-11.[13] PRIETO JC, GARCIA NM, ELDER FF, ZINN AR, BAKER LA. Phenotypic expansion of the supernumerary derivative (22) chromosome syndrome: VACTERL and Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg.2007 Nov, 42:1928-1932.

RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA – BREVE ANÁLISE DO CENÁRIO ATUAL E MEDIDAS PREVENTIVAS

INTRODUÇÃO

Como esse trabalho visa a atingir os profissionais da área de saúde, e não estudiosos do direito, tentarei ao máximo não utilizar uma linguagem jurídica, na esperança de conseguir arrebatá-lo até as últimas linhas deste singelo artigo.

Vocês podem estar se perguntando: mas esse tema sofreu alguma alteração considerável? E o que essa matéria impacta em minha vida profissional?

O tema responsabilidade civil, em especial nos últimos anos, vem sendo objeto de diversas alterações. E essa mutação decorre de diversos fatores, os quais não serão minuciosamente abordados aqui, a fim de não perder a finalidade deste artigo.

Contudo, há uma informação que o médico precisa estar ciente: o número de demandas tendo como pedido a condenação de médicos à reparação de danos, propostas por pacientes, pelos mais diversos motivos, cresceu de maneira vertiginosa¹. E a prova incontestável desse fato é vivenciada por esses profissionais e sentida no bolso, uma vez que tem crescido a contratação de seguros de RCP (Responsabilidade Civil Profissional), objetivando o pagamento de valores no caso de serem condenados em juízo pela ocorrência do denominado “erro médico”².

Diante desse quadro, esse artigo se propõe a expor, de maneira sucinta, o cenário da responsabilidade civil nas mais variadas áreas da medicina, bem como apresentar as medidas preventivas a serem adotadas pelos médicos, a fim de reduzir o risco de sofrer uma demanda dessa natureza.

A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO NA LEGISLAÇÃO ATUAL

Antes de adentrar nos casos mais específicos, é preciso dar uma visão panorâmica da responsabilidade civil do médico na legislação atual.

Então, para entender a responsabilidade civil do médico, primeiro é preciso firmar algumas premissas básicas (são conceitos eminentemente jurídicos, mas essenciais para a compreensão do tema) inerentes à relação jurídica entre médico e paciente:

a) A relação jurídica entre médico e paciente é, em regra, uma relação de natureza contratual – é regida por um contrato, que confere a cada uma das partes direitos e deveres;

b) A violação desses deveres contratuais pode gerar danos de 03 (três) naturezas:

b.1) Danos materiais;

b.2) Danos morais;

b.3) Danos estéticos.

c) A obrigação do profissional de saúde, como regra, é de meio e não de fim³;

d) Regra geral, a responsabilidade civil do médico é de natureza subjetiva, fazendo com que a culpa desse profissional precise ser provada por aquele que alega ter sofrido o dano.

A responsabilidade civil, em regra, é regida por dois sistemas distintos, mas que dialogam constantemente, quais sejam: a) o sistema do Código de Defesa do Consumidor – Lei n.º 8.078/1990 –; b) o sistema do Código Civil – Lei n.º 10.406/2002.

Esse é o quadro geral, que tem fundamento na legislação em vigor. Nesse sentido, o Código Civil, no art. 951, e o Código de Defesa do Consumidor, no art. 14, § 4º, dispõem que a responsabilidade civil do profissional liberal é de natureza subjetiva, já que exige a prova do elemento subjetivo “culpa”.

Essas são as balizas mestras da responsabilidade civil no tocante à atividade médica. Mas, para compreender as novas tendências, é preciso um aprofundamento ainda maior acerca do tema.

Note que as duas leis (Código Civil e Código de Defesa do Consumidor) já estão em vigor há bastante tempo e, ainda assim, essa matéria continua sofrendo constantes modificações. Uma das razões dessa mutação decorre da interpretação feita pelo Poder Judiciário da norma positivada. Isso porque, para se aplicar uma norma jurídica em um caso concreto, o aplicador do direito deve interpretá-la, a fim de buscar o seu sentido e alcance.

Essa mutação acerca do tema tem uma causa determinante, que é o fato da relação jurídica entre

médico e paciente ser regida, eminentemente, pelo sistema do consumidor, isto é, pela Lei n.º 8.078/90.

Por seu turno, a doutrina e a jurisprudência pacificaram o entendimento no sentido de que essa relação jurídica possui, em regra, natureza consumerista. A razão de ser desse posicionamento está no objeto dessa relação jurídica, que vem a ser uma prestação de um serviço especializado por um profissional liberal (médico) ao tomador do serviço (paciente). Esses elementos amoldam-se aos conceitos legais de consumidor e fornecedor expressos nos arts. 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor.

Logo, fica claro que o médico, ao prestar o serviço aos pacientes, o faz na figura de fornecedor de serviços. Essa mudança relativa ao sistema normativo regente da matéria, em razão da migração da sua disciplina do Código Civil para o Código de Defesa do Consumidor, originou diversas transformações⁴. Mas, a mais relevante deu-se no campo hermenêutico (interpretativo).

Isso decorre do fato de que o Código de Defesa do Consumidor parte de uma premissa básica, no sentido de que o consumidor é a parte vulnerável no mercado de consumo. Isto encontra-se expresso no art. 4º, I, da Lei 8.078/90⁵.

Com efeito, ante essa vulnerabilidade, a legislação apresenta normas de cunho protetivo ao consumidor, tendo como base axiológica a cláusula geral da boa-fé objetiva, que cria para o fornecedor do serviço, ao lado da obrigação de adimplir com a prestação do serviço contratado, uma série de deveres jurídicos anexos ou laterais.

De acordo com a literatura jurídica, o princípio da boa-fé objetiva, no caso de responsabilidade civil médica, é particularizado como um “dever de tutela do melhor interesse do paciente”. Esse dever significa, em última análise, a interpretação da relação jurídica médico-paciente visando a proteção da parte vulnerável, que é o paciente.

Como consequência dessa premissa interpretativa, a lei impõe aos médicos um dever de conduta.

É com base nesse valor que a doutrina e a jurisprudência vêm ressaltando que um dos principais

deveres do médico é o dever de transmitir a informação de forma precisa e clara ao paciente acerca da patologia, caso existente, bem como dos tratamentos existentes, de qual tratamento o especialista acredita ser o mais recomendado para aquele caso, além de quais riscos isso acarretará (dever de informação).

A partir dessa informação, caberá ao paciente a escolha pelo tratamento, dando o seu consentimento para qualquer intervenção, porventura, necessária. Essa é a regra geral, pois é certo que em situações de urgência, quando há risco de morte, o profissional de saúde não pode aguardar o consentimento por parte do paciente, tendo o dever profissional de atuar.

A prova de que todas as informações foram devidamente prestadas ao paciente e que este consentiu com o tratamento proposto recai sobre o médico. Por isso, muitos médicos têm optado, ou ao menos deveriam fazê-lo, em entregar aos seus pacientes um documento escrito contendo essas informações, bem como formalizar seu consentimento para os procedimentos a serem adotados.

A isso se dá o nome de “termo de consentimento informado”. A maioria já deve ter conhecimento desses termos. Mas o mais impressionante é a resistência do médico em utilizá-lo no dia a dia do consultório.

O médico tem que ter em mente que essa é uma medida preventiva extremamente importante, que pode, em muitos casos, afastar o dever de reparar um dano. Basta pensar no paciente que ajuíza uma ação reparatória, sob o fundamento de que, em decorrência do procedimento cirúrgico realizado pelo médico, surgiu determinada sequela. No entanto, ao ser citado no processo, o médico apresenta defesa, trazendo aos autos o termo de consentimento informado, contendo em uma de suas cláusulas a possibilidade da ocorrência daquela implicação a sua saúde, ou seja, fica comprovado que o paciente tinha total conhecimento da probabilidade daquele evento secundário vir a ocorrer e, ainda assim, fazendo uma ponderação, entendeu pela realização do procedimento.

Neste exemplo, se o médico observou o dever de informação, bem como atuou em conformidade com os protocolos e melhor técnica, não há razão para se falar em dever de indenizar o paciente.

Mas, é perceptível que aquelas balizas acima dispostas vêm sendo, aos poucos, desfiguradas, com o claro objetivo de colocar o paciente como parte vulnerável da relação jurídica, criando uma série de presunções não prescritas na legislação.

Por conseguinte, o que transparece é a tendência, ao menos da jurisprudência, em mitigar certas formalidades exigidas pela lei, tal como a necessidade de prova da culpa pelo paciente, a fim da responsabilização civil do médico, sob o fundamento de proteção da parte mais fraca da relação.

Isso fica bastante evidente nos julgados pesquisados acerca da matéria, nos mais diversos Tribunais do Brasil, para a elaboração deste trabalho. Há um movimento que aspira tornar a inversão do ônus da prova como uma regra nas demandas que tem por objeto danos decorrentes da prestação de serviços médicos 6.

CONCLUSÃO

Por isso, cada vez mais, o médico, no exercício do ato médico, deve adotar medidas de natureza preventivas, como verdadeiros fatores de mitigação ao risco de futuras ações judiciais por “erro médico”, tendo como principal ferramenta o termo de consentimento informado, que deve ser elaborado por um advogado.

O médico deve entender que é mais vantajoso contratar um advogado para traçar planejamentos estratégicos de natureza preventiva, do que, ao ser acionado, pagar honorários advocatícios para a realização da sua defesa técnica naquele processo.

Isso porque, o fator de risco continuará a existir, quando poderia ser consideravelmente mitigado. Pensem nisso!

Bernardo Leal Annes Dias

Advogado sócio no escritório Flexa, Vieites Novaes e Annes Dias Advogados

Avenida Churchill, 109, 12º andar, Centro, Rio de Janeiro.

TEL: (21) 2553-0764 | badias@fvnad.com.br

REFERÊNCIAS

1 Foi publicado no sítio Estadão que em 04 anos, o número de processos por erro médico cresceu 140% (cento e quarenta por cento) no STJ. Fonte: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,em-4-anos-numero-de-processos-por-erro-medico-cresce-140-no-stj-imp-,1655442>>. Acesso em: 09 out. 2017. 2 De acordo com o mesmo

veículo de comunicação, o número de benefícios vendidos para profissionais de saúde avançou 40% em 2 anos. Fonte: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,mercado-de-seguros-especificos-para-medicos-esta-em-alta-imp-,1655445>>. Acesso em: 09 out. 2017. 3 A obrigação de meio significa que cabe ao profissional empregar a melhor técnica para alcançar determinada finalidade. No entanto, não está obrigado a alcançar este resultado. Já a obrigação de fim, o contrato, ou seja, o médico, se compromete a alcançar um resultado específico. 4 Essa modificação decorre do fato de que até o advento da lei consumerista, as relações privadas eram regidas, de modo geral, apenas, pelo Código Civil. No entanto, após a entrada em vigor do CDC, a jurisprudência entende que essa relação se configura como relação de consumo, logo, regulada pelas normas dessa nova codificação. Nesse sentido, já se manifestou o STJ, no AgRg no Ag 1229919 / PR, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, DJe 07/05/2010, assim ementado: “AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. RECURSO ESPECIAL. ERRO MÉDICO. PRESCRIÇÃO QUINQUENAL. ARTIGO 27 DO CDC. DECISÃO AGRAVADA. MANUTENÇÃO. A orientação desta Corte é no sentido de que aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos serviços médicos, inclusive no que tange ao prazo prescricional quinquenal previsto no artigo 27 do CDC. Agravo Regimental improvido. ”. 5 Art. 4º A Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo, atendidos os seguintes princípios: I - reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo. 6 Nesse sentido, há diversos julgados do E. STJ. Mas, um é emblemático, pois trata a responsabilidade civil do médico em face do paciente como de natureza objetiva, corroborando nossa posição: AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCP. ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. RENOVAÇÃO DO PEDIDO NA VIA ESPECIAL. DESNECESSIDADE. AÇÃO INDENIZATÓRIA. CIRURGIA PLÁSTICA. RESPONSABILIDADE OBJETIVA. OBRIGAÇÃO DE RESULTADO. PROFISSIONAL QUE DEVE AFASTAR SUA CULPA MEDIANTE PROVA DE CAUSAS DE EXCLUDENTE. AGRAVO REGIMENTAL NÃO PROVIDO.

1. Nos termos da jurisprudência mais recente desta Corte, não há mais necessidade de o recorrente renovar o pedido de concessão do benefício da assistência judiciária gratuita na interposição do recurso especial se ele já vem litigando sob o pálio da justiça gratuita.

2. Possuindo a cirurgia estética a natureza de obrigação de resultado cuja responsabilidade do médico é presumida, cabe a este demonstrar existir alguma excludente de sua responsabilização apta a afastar o direito ao ressarcimento do paciente.

3. Agravo regimental não provido.

(AgRg no REsp 1468756/DF, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 19/05/2016, DJe 24/05/2016)

O CUSTO DE INVESTIR



Todos nós investimos no mercado financeiro para obter ganhos. Eles sofrem tributação de impostos, salvo algumas exceções.

Esquecemos, porém, que, independente de ganho ou perda, cada transação financeira tem custos embutidos. Esses encargos devem ser levados em conta para não reduzir demais os rendimentos que buscamos.

O custo de corretagem sobre as movimentações financeiras é a remuneração das corretoras e das distribuidoras de valores mobiliários e variam de acordo com o tipo de aplicação e com o modo como o investimento é realizado (Home Broker ou Mesa de Operações). As etapas de operações com títulos ou valores mobiliários são divididas, de um modo geral, em: Negociação e/ou Registro; Compensação; Liquidação.

Cada transação eletrônica precisa ser controlada de modo transparente para que os ativos sejam bem registrados e seus donos saibam o que lhes pertence. Tudo fica custodiado por algum órgão responsável. Se for título público federal (Tesouro) é a SELIC, se for renda fixa privada é a CETIP e se for renda variável é a BMF&F Bovespa. E esta estrutura precisa se pagar.

Aqui vão alguns exemplos de custos de operações:

Tesouro Direto

Taxa de Custódia - aplicável à negociação por pessoa física, via Tesouro Direto, dos títulos públicos federais. Cobrada pela BM&F Bovespa.

A taxa é de 0,30% ao ano (aa), provisionada diariamente, a partir da operação de compra em D+2 (dois dias após a transação efetuada). É cobrada sobre o valor dos títulos em carteira, nos seguintes casos: semestralmente (janeiro e julho) ou nos eventos de custódia (resgate do valor principal, pagamento de juros) ou na venda antecipada ou no encerramento da posição.

Nos casos em que há eventos de custódia ou venda antecipada, são cobradas as taxas acumuladas até então, sobre o valor dos títulos envolvidos na operação.

Está limitada a um valor médio da conta de custódia de R\$ 1.500.000,00

Taxa de Corretagem – cobrada pelas corretoras, mas é usual o custo ser zero.

Ações e Fundos de Investimento

Taxas de negociação, liquidação e registro – aplicáveis à negociação de ações (compra ou venda), cotas de fundos de investimento em ações e cotas de fundos de investimento imobiliário, entre outros

Para pessoas físicas e demais investidores são cobrados 0,0050% como taxa de negociação e 0,0275% como taxa de liquidação sobre o valor financeiro da operação, de cada investidor (comprador e vendedor).

Para clubes e fundos de investimento, são cobrados 0,0050% e 0,0200% respectivamente.

Taxa de Corretagem:

Valor cobrado pelas corretoras para intermediar as operações de compra ou venda. Sobre ela incide ISS, PIS e COFINS. Pode ser um valor fixo por operação, um percentual sobre o montante investido ou uma composição dos dois. Por exemplo: você compra 3.000 ações de uma empresa cujo valor unitário é de R\$ 13,27 e

pretende mantê-las por mais de um dia em busca de valorização. O custo desta aquisição é de R\$ 39.810,00. Como taxa de liquidação por esta compra, a BM&F Bovespa cobra um percentual de 0,0275% sobre o valor investido, o que significa R\$ 10,94. Há mais R\$ 1,99 correspondente a 0,0050% de taxa de negociação. A taxa de corretagem, aplicada pela Corretora, poderia ser um percentual do valor investido e/ou um valor fixo pela transação efetuada. Neste exemplo, ela escolhe um valor fixo de R\$ 18,90 porque você executa a ordem sem auxílio de uma mesa de operações (Home Broker). Incidem sobre esta corretagem, ISS, PIS e COFINS, o que acrescenta R\$ 1,82 na conta. A Corretora tem outros custos de tecnologia ou administrativos que são diluídos em cada transação. Para essa ordem, eles são de R\$ 0,73.

No total, você gasta mais R\$ 34,38 para efetuar a compra dessas ações, ou seja, 0,08636% a mais. Não parece muito, porém é importante saber que eles existem e que podem mudar de acordo com o tipo de transação. No momento da venda das ações haverá um processo semelhante.

Fundos de Ações

Se você investisse em um fundo de ações, os custos de compra/venda e demais despesas já estariam dentro da taxa de administração. Ela é definida como um percentual anual (aa) do valor do fundo, embora seja cobrada diariamente de modo proporcional. Os percentuais variam: 0,5%, 0,8%, 1,0%, 1,5%, 2%, 3%, enfim.

De qualquer modo, quando você analisar o desempenho do fundo, ele já terá subtraído a taxa de administração. Se a “performance” agradou, é porque o gestor trabalhou bem. É

lógico que, com taxas de administração menores a tendência é que rendimentos melhores venham com gestões semelhantes.

Por falar em desempenho, alguns fundos cobram uma taxa de performance, quando o rendimento ultrapassa uma referência (benchmark), por períodos pré-determinados, se assim estipulado. Se o fundo andou bem, a recompensa foi merecida, embora reduza o rendimento individual do cotista do fundo.

Fundos de Renda Fixa

Um fundo de Renda Fixa cobra uma taxa de administração que também já é subtraída na demonstração de rendimento. Nesse tipo de fundo existe também o come-cotas, mas ele não deve ser confundido com um custo operacional por ser imposto de renda. Falaremos disto em outra oportunidade.

Fundos de Previdência Complementar Aberta

Além da taxa de administração, nos mesmos moldes de um fundo de renda fixa, existe uma taxa de carregamento, cobrada sobre cada aporte, no momento do aporte ou no resgate do plano. Os percentuais variam de 7% até 0%.

Resumindo, há custos operacionais em todos os investimentos. Movimentar muito os ativos financeiros em busca de lucros rápidos pode ser contraproducente se não for muito bem orientado. Não pode haver “conflito de agendas” entre o investidor e o profissional que o assessora.

Nos sites das corretoras, da BM&F Bovespa e de outras instituições há mais detalhes sobre estes custos.

Converse com especialistas de confiança para planejar seus investimentos.

AUTORES

Felipe A. Santos, Consultor Financeiro, (21) 99959-9448, fsantos@viziercom.br

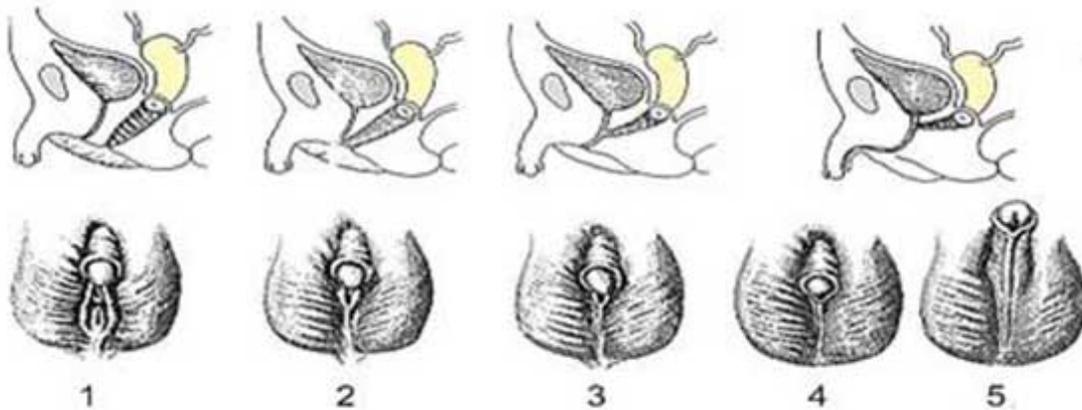
Marcelo de Al Domingues, CFP®, (21) 97176-7052, maidomingues@hotmail.com

Paulo C I Domingues, CFP®, (21) 98133-2379, paulo.cid@iteranex.com.br

DDS: CLASSIFICAÇÕES DE PRADER E QUIGLEY

Classificação de Prader, proposta para a descrição de virilização genital em meninas afetadas por hiperplasia adrenal congênita em 1954 (Prader A. Der

genitalbefund beim pseudo-hermaphroditismus femininus des kongenitalen adrenogenitalen syndrome. *Helv Paediat Acta* 1954;9:231)



Estágio 1: clitoromegalia exclusivamente

Estágio 2: clitoromegalia, fusão labio-escrotal parcial, seio urogenital afunilado, com o meato uretral e orifício vaginal vistos separados

Estágio 3: clitoromegalia e fusão lábio-escrotal

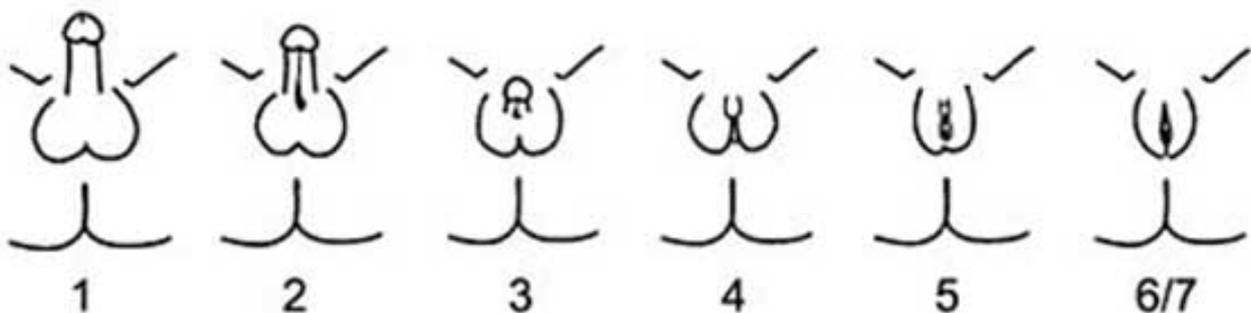
extensa com abertura perineo-escrotal de seio urogenital único. Ausência de lábios menores.

Estágio 4: clitoromegalia com abertura do seio urogenital no falo ou em sua base

Estágio 5: fenótipo masculino normal, com uretra peniana.

Escala de Quigley: proposta em 1995, para classificar o grau de hipovirilização em pacientes XY portadores de síndrome de insensibilidade androgênica (Quigley

CA, De Bellis A, Marschke KB, El-Awady MK, Wilson EM, French FS. Androgen receptor defects: historical, clinical, and molecular perspectives. *Endocr Rev.* 1995;16:271–321)



Grau 1: genitália externa masculina normal

Grau 2 a 5: Graus sucessivamente maiores de hipovirilização genital

Grau 6: genitália feminina infantil normal. Presença de pubarca após a puberdade.

Grau 7: exclusivo para doentes pós puberais: genitália feminina apresentando pelos pubianos ausentes.



Edição de abril a outubro de 2017

EXPEDIENTE

A **Revista CIPERJ** é uma publicação da Associação de Cirurgia Pediátrica do Estado do Rio de Janeiro (CIPERJ), com sede à Rua Mem de Sá, 197, Lapa, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 20230-150, TEL: 55 (21) 96988-8467, e-mail contato@ciperj.org.

DIRETORIA CIPERJ biênio 2016/18

presidente Kleber Moreira Anderson *vice-presidente* Lisieux Eyer de Jesus

tesoureiro Sandoval Lage da S. Sobrinho *secretário* Marco Daiha

EDITORA Lisieux Eyer de Jesus

CONSELHO EDITORIAL Arovel Oliveira Moura Junior, Carlos Murilo Guedes de Mello, Domingos Bica, Irnak Marcelo, Ivens Baker Méio, João Carlos de Oliveira Tórtora, Laura Helman, Lisieux Eyer de Jesus, Maria Aparecida Siqueira de Andrade, Samuel Dekermacher, Stella Sabbatini, Simônides da Silva Bacelar, Sérgio Rêgo.

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO Julio Gois

O conteúdo e as opiniões expressas nos casos e artigos aqui publicados são de responsabilidade exclusiva de seus autores, não expressando a posição da revista.

A Revista CIPERJ é um instrumento de divulgação de trabalhos de interesses técnicos e geral dos cirurgiões pediatras do Estado do Rio de Janeiro; de educação em Cirurgia Pediátrica aos especialistas, médicos trabalhando em campos correlatos e médicos em formação e de divulgação de eventos e informativos da Associação de Cirurgia Pediátrica do Estado do Rio de Janeiro.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A Revista da CIPERJ aceita artigos em português, inglês ou espanhol que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaborados e publicadas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE www.icmje.org). De forma geral: Editorial: Geralmente solicitado pelo editor ao autor. Artigo Original: É o relato completo de uma investigação clínica ou experimental e seus resultados. Constituído de Resumo/Abstract, Introdução, Método, Resultados, Discussão, e Referências (máximo de 30). O título deve ser redigido no mesmo idioma do manuscrito e não deve conter abreviaturas. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) seguido do(s) nome(s) da(s) instituição(ões) onde o trabalho foi realizado. Se for multicêntrico, informar em números arábicos a procedência de cada um dos autores em relação às instituições referidas. Os autores deverão enviar junto ao seu nome o título que melhor represente sua atividade acadêmica. O resumo deve ter no máximo 250 palavras ser estruturado com objetivo, método, resultados, conclusões e até 5 descritores na forma referida pelo DeCS (<http://decs.bvs.br>). O abstract deve ser estruturado da mesma forma que o Resumo e seguido pelas keywords conforme o sistema MESH (PUBMED). Devem conter no máximo 2.420 palavras e 45 referências. Artigo de Revisão: Versando sobre temas de interesse para a Cirurgia Pediátrica, incluindo uma análise crítica. Não serão aceitas simples descrições cronológicas da literatura. Devem ser descritos na introdução os motivos que levaram à redação do artigo e os critérios de busca, seguidos de texto ordenado em títulos e subtítulos de acordo com complexidade do assunto. Resumo e abstract não são estruturados. Devem conter no máximo 2.420 palavras e 45 referências. Nota Prévia: Observação clínica original ou descrição de inovações técnicas apresentadas de maneira concisa, não excedendo a 500 palavras, cinco referências, duas ilustrações e abstract não estruturado. Até 3 autores. Relato de Caso: Descrição de casos clínicos de interesse pela raridade, pela apresentação ou formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. Máximo de 1.420 palavras. Resumo e abstract não estruturados, até 15 referências e duas ilustrações. Máximo de 5 autores. Cartas ao Editor: Comentários científicos ou controvérsias com relação aos artigos publicados na Revista da CIPERJ. Serão aceitos ou não para publicação, a critério do editor, sem passar pelo processo de peer-review. Texto: Os manuscritos devem ser inéditos e enviados na forma digital (Word), espaço duplo e letra arial tamanho 12. As imagens deverão ser encaminhadas separadas no formato JPG, GIF ou TIF, e as legendas serão apresentadas em página separada no manuscrito. As abreviaturas devem ser limitadas a termos mencionados repetitivamente, e definidas a partir da sua primeira utilização. Referências: Em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as normas de Vancouver (Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas - ICMJE www.icmje.org). Não serão aceitas como referências comunicações pessoais. Citações de livros e teses devem ser evitadas. Agradecimentos: Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a realização da pesquisa ou escritura do manuscrito. TABELAS E FIGURAS Numeradas no corpo do texto com algarismos arábicos, encabeçadas por suas legendas, explicações dos símbolos no rodapé. A montagem das tabelas deve seguir as normas supracitadas de Vancouver. São consideradas figuras fotografias, gráficos e desenhos. Todas as figuras devem ser referidas no texto, numeradas consecutivamente por algarismos arábicos e acompanhadas de legendas descritivas.