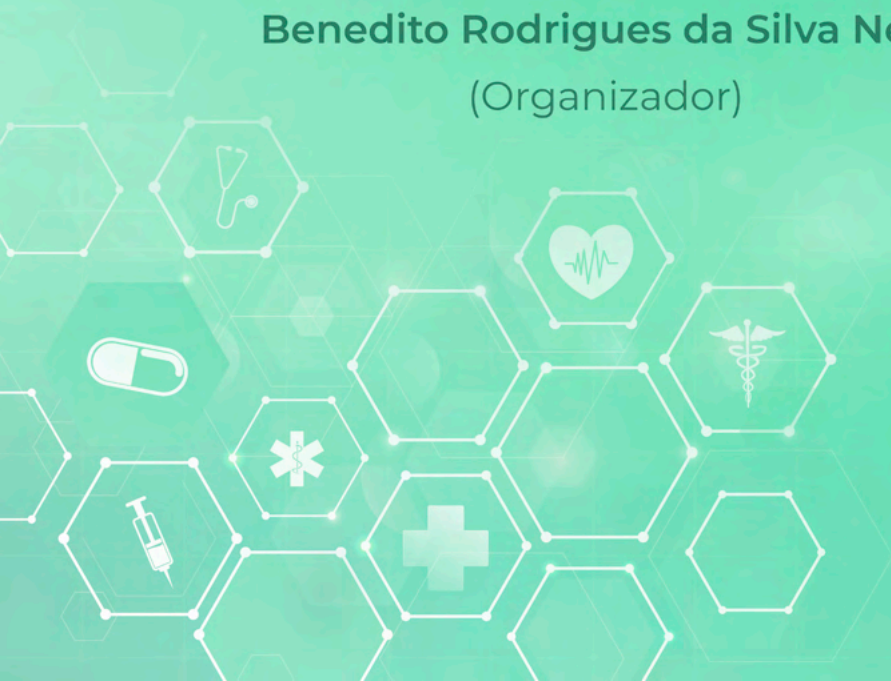




Ciências médicas:

Pesquisas inovadoras avançando
o conhecimento científico na área 2

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)





Ciências médicas:

Pesquisas inovadoras avançando
o conhecimento científico na área 2

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Ciências médicas: pesquisas inovadoras avançando o conhecimento científico na área 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências médicas: pesquisas inovadoras avançando o conhecimento científico na área 2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0370-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.708222406>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A ciência é definida como todo conhecimento que é sistemático, que se baseia em um método organizado, e que pode ser conquistado por meio de pesquisas. É por intermédio da ciência que podemos analisar o mundo ao redor e ver além. As ciências médicas de forma geral, perpassam um período em que o conhecimentos tradicional aliado às novas possibilidades tecnológicas, possibilitam a difusão de novos conceitos, e isso em certo sentido embasa a importância da título dessa obra, haja vista que são as diversas pesquisas e inovações produzidas nas universidades, hospitais e centros da saúde permitem-nos progredir sistematicamente em nossos conhecimentos.

Salientamos que o aumento das pesquisas e consequentemente a disponibilização destes dados favorecem o aumento do conhecimento e ao mesmo tempo evidenciam a importância de uma comunicação sólida com dados relevantes na área médica, assim destacamos a importância desta obra e da atividade proposta pela Atena Editora.

Deste modo, os dois volumes desta nova obra literária têm como objetivo oferecer ao leitor material de qualidade fundamentado na premissa que compõe o título da obra, isto é, os mecanismos científicos que impulsionam a propagação do conhecimento.

Finalmente destacamos que a disponibilização destes dados através de uma literatura, rigorosamente avaliada, fundamenta a importância de uma comunicação sólida e relevante na área da saúde, proporcionando ao leitor dados e conceitos de maneira concisa e didática.

Desejo a todos uma proveitosa leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO


Ismaila de Oliveira Drillard
Wanessa Rebello Zacarias
Bianca da Rocha Siqueira
Camila Abreu Pinto Cunha
Lara Sampaio Zaquine Coelho
Vitoria Xavier Barbieri
Eduarda Dias Carrijo da Costa
Maria Eduarda de Carvalho Duarte
Hélcio Serpa de Figueiredo Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224061>

CAPÍTULO 2..... 9

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA ONCOLÓGICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM CRIANÇAS COM OSTEOSSARCOMA


Ana Rúbia Teixeira Mendonça
Daiane Tokuta Figueiredo
Josienne Santos da Silva
Wesley Carvalho Cunha Júnior
Gabriel Costa Tavera
Wenderson Pinto Neves
Jessyca Dryelle de Oliveira Amorim
Magda de Andrade Santana
Alexandre Cesar de Almeida Cardoso Junior
Eduardo Alejandro Mastins Castelo
Rosângela Oliveira da Silva
Daniel Cavalcante de Oliveira Caldas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224062>

CAPÍTULO 3..... 19

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE FOTOPROTEÇÃO E ENVELHECIMENTO CUTÂNEO EM PACIENTES EM UM AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA DE PASSO FUNDO

Alexandra Brugnera Nunes de Mattos
Luciana Dal Agnol

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224063>

CAPÍTULO 4..... 26

EFEITOS DA REABILITAÇÃO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM COVID-19

Myrlna Stelman de Sousa Corrêa
Natalia Lara Carvalho Moura
Gilderlene Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224064>

CAPÍTULO 5..... 32

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DOS INTERNADOS POR SEPTICEMIA NO BRASIL (2016-2020)


Gabriel Habib Fonseca Francis
Paulo Roberto Hernandes Júnior
Natan de Oliveira Faria Machado
Victor Eduardo Nicácio Costa
Augusto Alexandre Corrêa Mansur Telhada
Gabriel Silva Esteves
Rúbio Moreira Bastos Neto
João Vitor de Resende Côrtes
Rossy Moreira Bastos Junior
Paula Pitta de Resende Côrtes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224065>

CAPÍTULO 6..... 40

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO RETROSPECTIVO DAS RECIDIVAS DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DE COLO UTERINO APÓS TRATAMENTO DE CONIZAÇÃO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NA AMAZÔNIA


Márcio Henrique de Carvalho Ribeiro
Hilka Flávia Barra Espírito Santo Alves Pereira
Henrique Vieira Pereira
Lucas Barbosa Arruda
Tháís Cristina Fonseca da Silva
Laura Vasconcelos Dias de Oliveira
Alessandra Simões Passos
José Lucas Flôres Cid Souto
Heitor Augusto de Magalhães e Silva
Ana Julia Oliveira de Sousa
Júlia Neves Becil
Juliane Vieira de Mendonça Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224066>

CAPÍTULO 7..... 54

FATORES DE RISCO PARA A SOLIDÃO NO IDOSO

Aline Maia Silva
Amanda Umbelino dos Santos
Juliana Santos de Jesus
Laura de Oliveira Moura
Michelly de Melo Batista
Rita de Cassia Silva Vieira Janicas
Júlia Peres Pinto
Cristina Rodrigues Padula Coiado
Sandra Maria da Penha Conceição

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224067>

CAPÍTULO 8..... 63

GRUPO “NEURO ENSINA” E CURSO DE IMERSÃO EM EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICAS – INOVAÇÃO E EMPREENDEDORISMO DIANTE DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Joaquim Fechine de Alencar Neto

Luís Felipe Gonçalves de Lima


Otávio da Cunha Ferreira Neto

Artêmio José Araruna Dias

Nilson Batista Lemos

Andrey Maia Silva Diniz

Luiz Severo Bem Junior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224068>

CAPÍTULO 9..... 72


INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO ST, TABAGISMO E DIABETES MELLITUS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Thuany Vila Verde Faria

Sara Rosalino Agostinho

Patrick de Abreu Cunha Lopes

Andre Luis Yamamoto Nose

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7082224069>

CAPÍTULO 10..... 78

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS CAUSADAS PELA INFECÇÃO POR SARS-COV-2: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vanessa Giovanini Gasparoto


Caíque Levir da Silva Ferreira

Ana Laura de Souza Campiello Talarico

Bárbara Guimarães Silqueira

Ana Caroline Vendrame Cazeloto

Priscila Colavite Papassidero Gomide

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240610>

CAPÍTULO 11..... 90

O VALOR SEMIÓTICO DO SINAL DE SOARES EM VIDEOLAPAROSCOPIA: SINAL DE PROBABILIDADE OU DE PRESUNÇÃO

Cirênio de Almeida Barbosa

Adéblcio José da Cunha

Marlúcia Marques Fernandes

Tuian Cerqueira Santiago


Fabírcia Aparecida Mendes de Souza

Débora Helena da Cunha

Lucas Martins dos Santos Tannús

Mariana Fonseca Guimarães

Ana Luiza Marques Felício de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240611>

CAPÍTULO 12..... 97

OS EFEITOS DA MOBILIZAÇÃO ARTICULAR DO CONCEITO MULLIGAN EM PACIENTES COM ENTORSE DE TORNOZELO


Ana Vanisse de Melo Gomes
Carla Letícia Cunha de Brito
Larissa Santos Neves Alves de Moraes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240612>

CAPÍTULO 13..... 107

POLIPOSE COLORRETAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA


Wanessa Rebello Zacarias
Marianna da Cunha Corrêa
Ramon Fraga de Souza Lima
Tarcila Silveira de Paula Fonseca
João Pedro Franco Cerqueira
Maria Thereza Castilho dos Santos
Gabriel de Lima Machado da Fonseca
Phelipe Von Der Heide Sarmento
Ismaila de Oliveira Drillard
Raiane de Carvalho Pereira
Hélcio Serpa de Figueiredo Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240613>

CAPÍTULO 14..... 113

RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DOS DESAFIOS PARA DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO BIPOLAR EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE


Gabriela Costa Brito
Hugo Martins Araújo
Bruna Alves Pelizon

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240614>

CAPÍTULO 15..... 119

REVISÃO INTEGRATIVA DOS MARCADORES MOLECULARES DA LEUCEMIA LINFÓIDE CRÔNICA (LLC)

Nilson José Frutuoso da Silva
Lidiane Régia Pereira Braga de Britto


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240615>

CAPÍTULO 16..... 127

SARCOMA PRIMÁRIO DO CORAÇÃO COM PROVÁVEL METÁSTASE CEREBRAL: RELATO DE CASO

Mayra Pereira Souza Barros
Bruno José Santos Lima
Yanne Tavares Santos
Luiz Flávio Andrade Prado
Clevertton Canuto Aragão
Wilson Oliveira Felix


Marco Antonio Silva Robles
Filipe Matias Batista Mota
Matheus Vieira de Moraes
Maria Marta Prado Lima
Victória Maria Fontes dos Reis
Edenia Soares de Figueiredo Macario

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240616>

CAPÍTULO 17..... 134

LUXAÇÃO DE OMBRO E O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RECIDIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: TENDÊNCIA BRASILEIRA DE 2008 A 2020


Vitor de Castro Regiani Barbosa
Mariana Souza e Silva
Paulo Roberto Hernandez Júnior
Felipe Junksztejn Lacerda
Laucir José de Oliveira Valadão Araújo
Vitor Hugo Vieira da Silva
Géssica Silva Cazagrande
Mariana Moreira Penedo
Caio Amaral Oliveira
Bárbara Azeredo Felix
Luis Fernando Guimarães Porto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240617>

CAPÍTULO 18..... 145

SIGILO MÉDICO: UMA DISCUSSÃO SOBRE ÉTICA

Cirenio de Almeida Barbosa
Adéblcio José da Cunha
Ronald Soares dos Santos
Tuian Cerqueira Santiago
Fabrícia Aparecida Mendes de Souza
Aragana Ferreira Bento Cardoso Leão
Débora Helena da Cunha
Maria Cecília Barcelos Goulart
Fábio Lopes da Costa Júnior
Ana Luiza Marques Felício de Oliveira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240618>

CAPÍTULO 19..... 155

TÉCNICA DE SHOULDICE: IDENTIFICAÇÃO DOS NERVOS NA REGIÃO INGUINAL DURANTE A INGUINOTOMIA

Cirênio de Almeida Barbosa
Adéblcio José da Cunha
Ronald Soares dos Santos
Weber Chaves Moreira
Bruno Ferreira de Araújo Antunes
Débora Helena da Cunha


Ana Luiza Marques Felício de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240619>

CAPÍTULO 20..... 165

SUBTRATAMENTO DA DOR EM MULHERES: COMO OS PAPÉIS DE GÊNERO INFLUENCIAM ESSA DISPARIDADE?


Laura Avraham Ribas
Yasmim Lopes Silva
Manuela de Matos Costa de Menezes
Paulo Roberto Hernandez Júnior
Júlia Bardela de Oliveira
Juliana Yoshie Hara Gomes
Thainara Almeida Amorim
Antoane Marinho Montalvão
Beatriz Gomes Oliveira
Milton Tirello Pinheiro
Gabriella de Almeida Vieira
Marcos Antônio Mendonça

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240620>

CAPÍTULO 21..... 176

USO DA DULOXETINA NO CONTROLE DA DOR DE PACIENTES COM POLINEUROPATIA DIABÉTICA

Hugo Felipe França de Souza
Athaluama Pires da Silva Inocencio
Paulo Roberto Hernandez Júnior
Cleyton Agra da Silva
Ronald de Oliveira
Rúbio Moreira Bastos Neto
Leonardo Barbosa Figueiredo Gomes
Camille Freitas de Araujo
Hugo Alves de Castro
Mariana Souza e Silva
Rosy Moreira Bastos Junior
Paula Pitta de Resende Côrtes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70822240621>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 186

ÍNDICE REMISSIVO..... 187

CAPÍTULO 19

TÉCNICA DE SHOULDICE: IDENTIFICAÇÃO DOS NERVOS NA REGIÃO INGUINAL DURANTE A INGUINOTOMIA

Data de aceite: 01/06/2022

Ana Luiza Marques Felício de Oliveira
Revisão e correção avançada de textos científicos

Cirênio de Almeida Barbosa

Prof. Adjunto do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto/MG, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões-TCBC, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo – TECAD

Adélio José da Cunha

Cirurgião Geral e Endoscopista, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Membro da Sobracil, Membro da Associação Brasileira de Câncer Gástrico. Membro do Corpo Clínico do Hospital São Lucas em Belo Horizonte/MG e Hospital São Camilo em Conselheiro Lafaiete/MG

Ronald Soares dos Santos

Prof. do Departamento de Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia e Propedêutica da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

Weber Chaves Moreira

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia-TCBC, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo-TECAD

Bruno Ferreira de Araújo Antunes

Médico Cirurgião Geral e Membro Adjunto do Colégio Brasileiro de Cirurgia

Débora Helena da Cunha

Acadêmica do Curso de Medicina do 7º período da Faculdade de Minas - FAMINAS em Belo Horizonte, Membro das Ligas Acadêmicas de Gastroenterologia e de Cuidados Paliativos (FAMINAS BH)

RESUMO: A técnica de Shouldice é usada no reparo das hérnias inguinais e foi desenvolvida em 1945, no Canadá, por E. Earle Shouldice. Naquela época, a finalidade desse método era corrigir exclusivamente hérnias abdominais externas. Os resultados obtidos a partir dessa técnica foram indiscutíveis, uma vez que apresentaram baixo índice de complicações e de recidivas naqueles pacientes submetidos à essa intervenção. No geral, esse reparo realiza a dissecação adequada do anel inguinal interno e a divisão da parede inguinal posterior. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo demonstrar um estudo prospectivo e sequenciado feito com 40 pacientes submetidos à correção de hérnia inguinal pela técnica de Shouldice no Hospital São Lucas de Belo Horizonte – MG. Além disso, os pacientes estudados foram informados a respeito da pesquisa e, assim, consentiram com este estudo que pretende realizar uma revisão de literatura a respeito da técnica de Shouldice e a respectiva identificação dos nervos inguinais durante a inguinotomia.

PALAVRAS-CHAVE: Técnica de Shouldice, correção de hérnia inguinal, nervos na região inguinal, inguinotomia, inguinodinia.

SHOULDICE TECHNIQUE: INGUINAL HERNIA'S REGION IDENTIFICATION DURING THE INGUINOTOMY PROCEDURE

ABSTRACT: The Shouldice technique is used in inguinal hernias repair and it was developed in Canada, 1945, by E. Earle Shouldice. This method's purpose was only to correct external abdominal hernias. The results were positive as they had a low rate of medical complications and few recurrences in patients who underwent this clinical procedure. Overall, this clinical repair accomplishes proper internal inguinal ring dissection and posterior inguinal wall division. Therefore, this work demonstrates a prospective and sequenced study carried out about 40 patients who underwent a inguinal hernia repair by Shouldice technique at the Hospital São Lucas in Belo Horizonte - MG. In addition, those patients were informed about this research and they agreed to publish this study, which aims at reviewing literature about the Shouldice technique and about the inguinal nerve identification during the inguinotomy procedure.

KEYWORDS: Shouldice technique, hernia inguinal repair, inguinal region's nerves, inguinotomy procedure, inguinodinya.

1 | INTRODUÇÃO

A técnica de Shouldice é frequentemente designada como uma opção para aqueles pacientes que eventualmente não querem ou não podem utilizar uma prótese sintética. Essa técnica foi desenvolvida em 1945, no Canadá, na Clínica fundada por E. Earle Shouldice, em que o objetivo da mesma é realizar o reparo de todas as hérnias na região inguinal. Além disso, essa técnica consiste na abertura da fáscia transversalis, seguida pela confecção de quatro planos de sutura superpostos (Uyeno *et al.*, 1998). Também outras técnicas poderão ser usadas como o uso de próteses biológicas constituída pelo saco herniário inguinal, nas hérnias indiretas, invertido, utilizado conforme proposto por Lázaro da Silva (1971) e bastante estudada pelo professor Cirênio de Almeida Barbosa (2002) e outros pesquisadores:

“Há tempos estamos nos preocupando com o estudo das hérnias e, sendo assim, damos uma atenção especial ao saco herniário, estudado por Lázaro da Silva, que é aproveitado como recurso operatório para o reforço parietal nas hernioplastias. Esse é constituído por elementos importantes, apropriado para o reforço de estruturas. Constatamos colágeno, fibras elásticas e reticulares, mesotélio, e a presença de fibras de musculatura lisa, de origem e de função ainda a serem esclarecidas - parecem ser originárias de células-tronco. De fato, Lázaro da Silva sempre nos orientou que se é um tecido importante não há razão para desprezá-lo “num balde”, como ele dizia. Justifica-se, pois, usá-lo no reforço parietal do triângulo inguinal (Lázaro da Silva, 1971; Barbosa, 2002).

Com o aparecimento de próteses sintéticas, inequivocamente, houve uma redução significativa das recidivas das herniorrafias. Os dados presentes na literatura em relação à incidência de dor crônica são bastante divergentes, o que é consequência das diferentes definições, dos momentos de avaliação, dos métodos de medição pelos estudiosos do assunto e também pelo fato da dor ser um sintoma subjetivo e visto de diferentes maneiras

por diferentes povos e culturas. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital São Lucas e todos os pacientes foram informados previamente sobre a pesquisa. Além disso, os pacientes selecionados para consulta médica foram orientados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Desta forma, foi feito um estudo prospectivo, sequenciado, não randomizado, com 40 pacientes adultos que foram submetidos à correção de hérnia inguinal pela técnica de Shouldice.

2 | ETIOLOGIA DA DOR AGUDA E DA DOR CRÔNICA

A inguinodinia é multifatorial e pode ser ocasionada por danos a um ou a mais nervos da região (nervos ílio-hipogástricos, ílio-inguinais e genitofemorais), causando dor neuropática ou, ainda, dor nociceptiva, uma vez que, pode estar associada a processos inflamatórios relacionados ao uso de tela ou a outros fatores (Puttini, 2006). A dor neuropática resulta da lesão direta do nervo durante a operação e pode consistir em seccionamento, em estiramento, em aprisionamento, em esmagamento ou em compressão por sutura, tela, grampos ou outros dispositivos de fixação. Ela é caracterizada por parestesia, hipoestesia, alodinia e hiperalgesia, sintomas agravados durante os movimentos de andar e sentar (Nyhus *et al.*, 1991; Demir *et al.*, 2005; Rosemar *et al.*, 2008). Quando lesionados, os axônios interrompidos tentam se regenerar para restaurar a inervação. No entanto, alguns tornam-se atróficos e outros formam um neuroma, ou seja, um tecido cicatricial. Tanto o axônio quanto o neuroma estão associados à etiologia da dor neuropática (Rosemar *et al.*, 2008; Pundek *et al.*, 2010).

Na dor nociceptiva, por outro lado, os danos acometem o tecido adjacente às estruturas nervosas e são decorrentes da reação inflamatória e das lesões musculares e tendíneas. Pode ser caracterizada como contínua e imprecisa, sem grande intensidade, sendo uma dor localizada, difusa ou projetada pelas áreas circundantes e pode ocorrer semanas ou meses após a operação (Nyhus *et al.*, 1991; Demir *et al.*, 2005; Alfieri *et al.*, 2006). O polipropileno, material sintético das telas habitualmente utilizadas em técnicas livres de tensão, pode desencadear reações granulomatosas, formando granulomas ao redor das fibras individuais do material, os quais se unem e encapsulam a malha da tela, produzindo cicatriz rígida de pouca elasticidade, ou seja, pode estar fortemente relacionada à dor (Wijsmuller *et al.*, 2007; Dabbas *et al.*, 2011).

Há ainda casos em que esses sintomas afetam além da região inguinal, a título de exemplo o pênis e os testículos, causam dor antes, durante e depois da ejaculação. Esse sintoma é frequentemente ignorado, no entanto, é comum em um terço dos homens com dor inguinal crônica após a herniorrafia. A migração da tela tem sido associada ao surgimento desses sintomas neste grupo (Pundek *et al.*, 2010; Ergül *et al.*, 2011). A diferenciação da dor inguinal crônica em nociceptiva e em neuropática tem pouco significado clínico,

visto que não existem métodos diagnósticos que possibilitem distinguir a dor sentida pelos pacientes. Ademais, há sobreposição dos sintomas, das apresentações e dos achados, o que também dificulta a diferenciação clínica (Demir *et al.*, 2005). Nenhum estudo investigou ainda se ambas as dores podem ser distinguidas com segurança. Alguns autores, no entanto, descrevem a dor nociceptiva como aguda, que tende a diminuir com o tempo, enquanto a dor neuropática pode persistir por longos períodos (Seiler *et al.*, 2010; Mottin *et al.*, 2011).

3 | RESULTADOS

Os pacientes do sexo masculino foram constituídos por 35 (87,5%), e 15 pacientes do sexo feminino, com média de idade e desvio padrão de $43,1 \pm 14,5$, índice de massa corporal de $22,4 \pm 2,6$. As comorbidades foram hipertensão em 6 deles (12%), tabagismo em 4 (10%) e sobrepeso em 2 (5%). A hérnia estava localizada à direita em 21 (67,5%) pacientes, à esquerda em 27 pacientes (27,5%) e era bilateral em apenas 2 (5%) pacientes. A correção foi sempre em pacientes portadores de hérnia primária realizada no Hospital São Lucas de Belo Horizonte-MG, no período de 2016 a 2018. A identificação dos três nervos durante a operação foi feita em 39 (97,5) pacientes, o nervo ilioinguinal e o nervo iliohipogástrico foram identificados em 36 (90%) e o ramo do nervo genital do nervo genitofemoral em 14 (35%).

A ressecção de pelo menos um dos nervos foi realizada em 7 (18,4%) casos, sendo dois nervos iliohipogástricos e cinco nervos ilioinguinal. O tempo médio de operação foi de $75,9 \pm 20,3$ minutos. O tempo de internação foi de 16h à 48h. Vinte pacientes (50%) retornaram à atividade física por volta da primeira consulta pós-operatória (12 dias) e os demais em até 1 mês. O tempo de seguimento foi de $105,4 \pm 21,6$ dias. A incapacidade de identificar o ramo genital do nervo genitofemoral foi pela disfunção anatômica, pela obesidade e pelo maior tamanho da hérnia inguinal do tipo indireta.

4 | DISCUSSÃO

As hérnias correspondem a uma protrusão parcial ou total de uma víscera ou órgão contido em um saco com revestimento peritoneal para fora da parede abdominal através de um defeito na parede músculo-aponeurótica (Leblanc *et al.*, 2002; Dabbas *et al.*, 2011). Elas podem ocorrer em diversas posições: umbilicais (10%), epigástricas (6%), incisionais (10%), femorais (5%) ou inguinais (69%) (Puttini, 2006; Dabbas *et al.*, 2011). O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal é um dos procedimentos médicos mais realizados, com mais de 20 milhões de cirurgias em todo o mundo anualmente. No Brasil, de março de 2015 a março de 2016 foram operados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 117.090 casos de hérnia inguinal unilateral pela via aberta e 901 casos por laparoscopia. Atualmente, diversas técnicas cirúrgicas estão disponíveis para o tratamento da hérnia inguinal (Barbosa, 2002).

A única forma de tratamento das hérnias é feita por meio da hernioplastia (Demir *et al.*, 2005). Contudo, inúmeras técnicas para a correção cirúrgica dos defeitos da parede abdominal têm sido estudadas e desenvolvidas nos últimos anos. Basicamente são divididas em técnicas que utilizam somente suturas aponeuróticas primárias - que devem ser livres de tensão - e aquelas que utilizam as próteses sintéticas, isto é, as telas (Naveen e Srinath, 2014) ou mesmo próteses biológicas como saco herniário e pericárdio bovino (Barbosa, 2002).

O reparo de hérnias inguinais realizado com tela através da técnica de cirurgia sem tensão, introduzida em 1989 por Lichtenstein, é amplamente utilizado e apresenta crescente popularidade entre os cirurgiões (Mizrahi e Parker, 2012). Alguns trabalhos evidenciaram que as técnicas que utilizam tecidos próprios do paciente para o reparo do orifício herniário apresentam uma recidiva de 10 a 50%, enquanto a utilização de próteses sintética reduz a recidiva para 3% (Pundek *et al.*, 2010; Seiler *et al.*, 2010). Nos Estados Unidos, mais de 90% dos pacientes com hérnia da parede abdominal são submetidos à correção com uso de materiais protéticos(Lichtenstein). Além disso, mundialmente, estima-se que um milhão de próteses são utilizadas por ano (Mizrahi e Parker, 2012).

Embora observe-se a popularidade e a intensificação do uso da tela de polipropileno nas hernioplastias, existem inúmeras complicações decorrentes da sua utilização, isso se deve à grande capacidade de penetração da tela, quando em contato com as estruturas circunjacentes ou mesmo com as vísceras intraperitoneais, já que podem ocorrer complicações, como aderências, fibrose, dor crônica, fístulas e obstrução intestinal. Sendo assim, não se recomenda o contato dessa tela com os órgãos intra-abdominais (Puttini, 2006), exceto aquelas com dupla face.

A dor crônica (inguinodinia) é uma importante complicação pós-operatória e está relacionada com a lesão tecidual dos nervos, durante a operação, e com o processo cicatricial produzido pela sutura ou pela própria tela. O Comitê da Associação Internacional para Estudos em Dor entende que a dor é uma experiência sensorial e também emocional que está relacionada à um dano tecidual real ou potencial. Esse assunto é complexo de ser estudado, visto que envolve diversos componentes que precisam ser estudados, principalmente, a combinação da dissecção com a inflamação (Barbosa, 2002). Tal complicação impacta negativamente na qualidade de vida do paciente. Logo, a identificação e a preservação de todos os três nervos - ílio inguinal, ílio hipogástrico e ramo genital (Figura 1) – da região inguinal durante a correção da hérnia por técnica aberta diminui o risco de dor crônica (Figura 2).

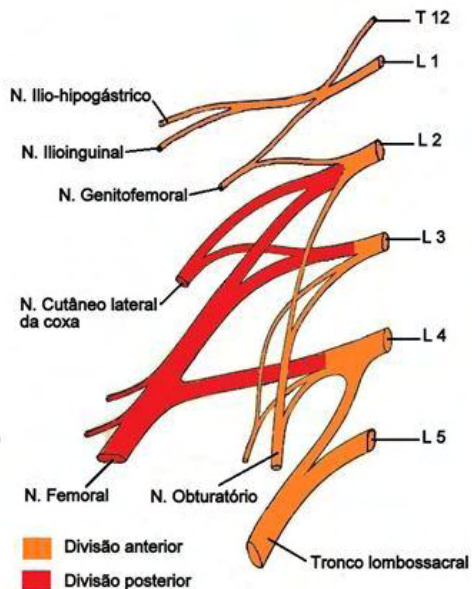


Figura 1. Formação do plexo de origem do nervo femoral

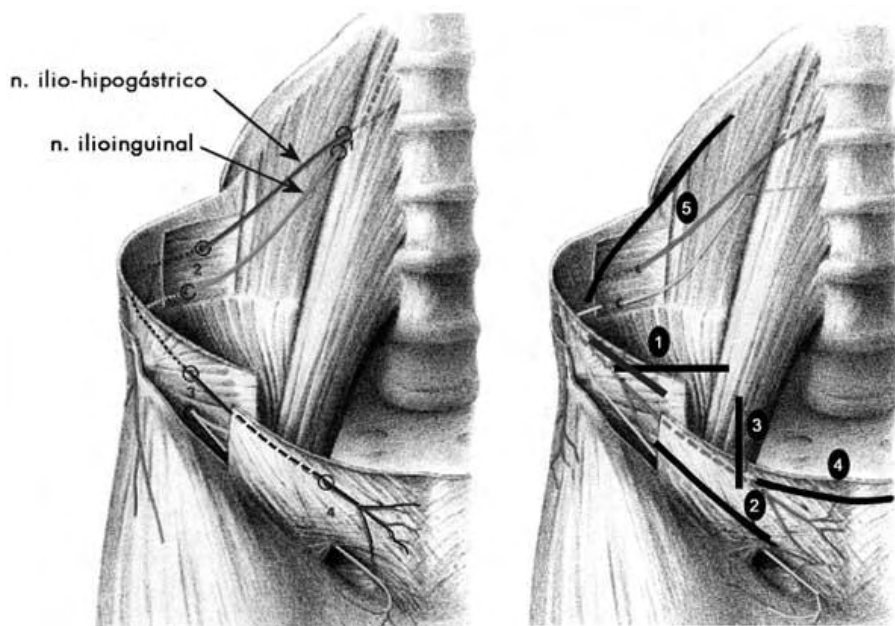


Figura 2. Anatomia da região lateral direita da pelve e do canal inguinal.

Para que seja feita uma melhor discussão das complicações de uma inguinotomia é necessário conhecer as classificações usuais da doença herniária. Uma das escalas mais utilizadas é a classificação de Nyhus/Stopppa 2: Tipo 1: hérnia indireta com anatomia normal do anel inguinal profundo; Tipo 2: hérnia indireta com dilatação do anel inguinal profundo

e Tipo 3: hérnia com defeito no pavimento do canal inguinal. Além dessas, a hérnia do tipo 3 pode ser classificada em A (quando é inguinal direta), B (inguinal direta e indireta ou “Pantaloön”) e C (femoral). O tipo 4 é a hérnia recidivada e pode ser categorizada também em A (direta), B (indireta), C (femoral) e D (combinada) (Seiler *et al.*, 2010)

As hérnias inguinais recidivadas podem ser classificadas, segundo Campanelli, como: R1 (9,4%), sendo a primeira recorrência, redutível, defeito com menos de 2 cm quando comparado ao anel inguinal profundo; R2 (20,2%) também como a primeira recorrência, redutível, defeito com menos de 2 cm acima do tubérculo púbico e, por fim, R3 (30,0%), ou seja, a multi recorrência, irredutível ou defeito maior que 2 cm ou recorrência femoral (Seiler *et al.*, 2010).

No Congresso da Sociedade Europeia da Hérnia de 2004, as classificações existentes foram revistas com o intuito de desenvolver uma classificação que fosse fácil de memorizar e de aplicar perioperatoriamente (por via aberta ou por via laparoscópica) que melhorasse a comparação de resultados descritos na literatura. Assim, em 2002 foi publicada uma tabela pela Sociedade Europeia da Hérnia que classifica essa doença por uma letra (de acordo com a localização: L-lateral; M-medial; F-femoral) e um número, a partir do tamanho do defeito, medido com o dedo indicador: 0 para sem hérnia; 1 para menor que um dedo; 2 para de um a dois dedos; 3 para três ou mais dedos e X para a hérnia não evidente (Pundek *et al.*, 2010).

Deve-se igualmente utilizar a letra P ou R para classificar a hérnia como primária ou recidivada. No caso da hérnia ser mista (ex.: direta e indireta ou indireta e femoral) deve-se classificar ambas as hérnias. Para as hérnias recidivadas, uma descrição detalhada como a proposta por Campanelli, precisa ser utilizada. No entanto, para situações particulares, como o lipoma do cordão ou a fraqueza do pavimento do canal inguinal também podem ser classificados nesta tabela: o lipoma do cordão deve ser classificado como L1 e a fraqueza do pavimento como hérnia medial, porém se o defeito não for suficientemente grande para que permita uma sutura de aproximação da fáschia transversalis, a hérnia deve ser classificada como MX (Seiler *et al.*, 2010).

5 | DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE SHOULDICE

A técnica Shouldice está baseada no sucesso a respeito da anatomia e da fisiologia da região inguinal, salvaguardando os seguintes princípios durante sua realização: ajuste do orifício inguinal profundo e fortalecimento da parede posterior do canal inguinal no nível do triângulo de Hesselbach com quatro suturas em 4 planos. O primeiro, pode ser feito por uma dupla aposição da fáschia transversalis, após a sua abertura e o excesso ressecado, já o segundo, aproximando a área articular do músculo oblíquo menor e o transversal ao ligamento de Poupart. O quarto plano que consiste em sutura da aponeurose da área conjunta ao ligamento inguinal, nem sempre é executado por diversos cirurgiões.

Quando o paciente é anestesiado, com anestesia regional, é realizada a antisepsia da área cirúrgica, com o fito de abordar o canal inguinal da região habitualmente afetada, atingindo os planos da pele à aponeurose do músculo oblíquo mais alto. Essa última é incisada ao longo do trajeto do canal inguinal até o forame inguinal superficial para expor o conteúdo do canal. O saco herniário é dissecado em casos de hérnias indiretas, seccionando o cremaster e realizando ligadura alta do saco herniário. Nos casos de hérnias do tipo 3A, por exemplo, apenas o saco é invaginado.

Em seguida, basta localizar o orifício inguinal profundo, levantando o arco transversal verso com um separador de Richardson para começar uma sutura plicando a fáscia transversalis ao redor do ligamento inguinal (ligamento de Poupart) na mulheres ou o cordão espermático nos homens, ajustando a abertura inguinal profunda e continuando a plicatura medialmente à espinha púbica ipsilateral, retirando a fáscia transversalis cefálica ao longo do arco do transversalmente e caudalmente ao longo da banda iliopúbica (ligamento de Thompson). Mais tarde e sem atar, a mesma sutura simples é realizada aproximando o tendão articular dos músculos oblíquos menor e transversal, em direção à banda iliopúbica e ao ligamento inguinal, amarrando a sutura com o primeiro ponto no início da sutura. Finalmente, o canal inguinal é fechado da maneira usual até a pele (Seiler *et al.*, 2010).

6 | UTILIZAÇÃO DO SACO HERNIÁRIO INGUINAL COMO REFORÇO ALTERNATIVO À TÉCNICA DE SHOULDICE

Além disso, nota-se que o achado interessante do estudo histológico do saco herniário, como apontou Barbosa (2000), foi registrado na literatura, como uma outra alternativa de não uso de telas sintéticas, pela existência de fibras de músculo liso na parede dele que também permeia o tecido conjuntivo. Nesses estudos observou-se uma grande proliferação vascular, às vezes angiomatóide ou até mesmo hamartamatoso, presentes nos processos reparativos e dependentes de citocinas, o que ocorre também com a proliferação e com a diferenciação vascular. Desse modo, acredita-se na possibilidade do aparecimento ou do aumento da população de fibras de músculo liso nos sacos herniários, como um processo reacional, isto é, serve como resposta ao trauma mecânico ou a outros fatores envolvidos na patogênese da hérnia inguinal. Seguramente é uma excelente alternativa para tratamento daqueles pacientes que não podem ou não querem receber uma tela sintética

7 | CONCLUSÃO

A análise desta estatística, apesar de um “n” pequeno e um tempo relativamente curto de seguimento, nota-se que a técnica de Shouldice foi uma boa opção, especialmente, devido a possibilidade de identificação dos nervos da região inguinal e, a partir disso, pode-se prevenir complicações relacionadas à inguinodinia. Ademais, tal técnica determina a

secção sistemática do ramo genital do nervo genitofemoral ao realizar a ressecção do músculo cremaster, o que significa que as mulheres são poupadas de sentir dor originária da sensibilidade dos grandes lábios.

REFERÊNCIAS

ALFIERI, S. et al. Influence of preservation versus division of ilioinguinal, iliohypogastric, and genital nerves during open mesh herniorrhaphy: prospective multicentric study of chronic pain. **Annals of surgery**, v. 243, n. 4, p. 553, 2006.

BARBOSA, Cirênio de Almeida; AMARAL, Vânia da Fonseca; SILVA, Alcino Lázaro da. Histologia dos sacos herniários das hérnias inguinais indiretas, diretas, recidivadas e encarceradas em adultos e crianças: identificação de fibras musculares lisas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 29, p. 1-6, 2002.

BARBOSA, Cirênio de Almeida; AMARAL, Vânia Fonseca do; SILVA, Alcino Lázaro da. Histopatologia do saco herniário da hérnia inguinal indireta e do peritônio parietal em adultos e crianças: estudo qualitativo da sua musculatura lisa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 27, p. 183-188, 2000.

DABBAS, N. et al. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? **JRSM short reports**, v. 2, n. 1, p. 1-6, 2011. ISSN 2042-5333.

DEMIR, U. et al. Comparison of prosthetic materials in incisional hernia repair. **Surgery today**, v. 35, n. 3, p. 223-227, 2005. ISSN 1436-2813.

ERGÜL, Z. et al. A short postgraduate anatomy course may improve the junior surgical residents' anatomy knowledge for the nerves of the inguinal region. **Chirurgia (Bucur)**, v. 106, n. 5, p. 599-603, 2011.

LÁZARO DA SILVA, A. Plástica com saco herniário na correção das hérnias incisionais. **Hospital**, v. 79, n. 1, p. 133-4, 1971.

LEBLANC, K. et al. Tissue attachment strength of prosthetic meshes used in ventral and incisional hernia repair. **Surgical endoscopy**, v. 16, n. 11, p. 1542-1546, 2002. ISSN 1432-2218.

MIZRAHI, H.; PARKER, M. C. Management of asymptomatic inguinal hernia: a systematic review of the evidence. **Archives of Surgery**, v. 147, n. 3, p. 277-281, 2012. ISSN 0004-0010.

MOTTIN, C. C.; RAMOS, R. J.; RAMOS, M. J. Using the Prolene Hernia System (PHS) for inguinal hernia repair. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 38, n. 1, p. 24-27, 2011. ISSN 0100-6991.

NAVEEN, N.; SRINATH, R. A comparative study between modified Bassini's repair and Lichtenstein mesh repair (LMR) of inguinal hernias in rural population. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, v. 8, n. 2, p. 88, 2014.

NYHUS, L. M.; KLEIN, M. S.; ROGERS, F. B. Inguinal hernia. **Current problems in surgery**, v. 28, n. 6, p. 407-450, 1991. ISSN 0011-3840.

PUNDEK, M. R. Z. et al. Estudo das telas cirúrgicas de polipropileno/poliglicaprone e de polipropileno/polidioxanona/celulose oxidada regenerada na cicatrização de defeito produzido na parede abdominal de ratos. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 23, p. 94-99, 2010. ISSN 0102-6720.

PUTTINI, S. M. B. Avaliação da resposta inflamatória desencadeada pelas telas de polipropileno e politetrafluoretileno expandido implantadas no espaço intraperitoneal: estudo experimental em camundongos. 2006.

ROSEMAR, A.; ANGERÅS, U.; ROSENGREN, A. Body mass index and groin hernia: a 34-year follow-up study in Swedish men. **Annals of surgery**, v. 247, n. 6, p. 1064-1068, 2008. ISSN 0003-4932.

SEILER, C. et al. A randomised, multi-centre, prospective, double blind pilot-study to evaluate safety and efficacy of the non-absorbable Optilene® Mesh Elastic versus the partly absorbable Ultrapro® Mesh for incisional hernia repair. **BMC surgery**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2010. ISSN 1471-2482.

UYENO, W. M. et al. Tratamento das hérnias inguinais pela técnica de shouldice: descrição da técnica e resultados iniciais. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 25, p. 173-177, 1998. ISSN 0100-6991.

WIJSMULLER, A. et al. Nerve-identifying inguinal hernia repair: a surgical anatomical study. **World journal of surgery**, v. 31, n. 2, p. 414-420, 2007. ISSN 1432-2323.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ações preventivas 16, 25, 54, 56, 57

Alucinações 113, 116, 117

Angioplastia 72

Aprendizagem 63, 64, 71, 93

B

Biomarcadores 119, 126

Brasil 1, 4, 7, 10, 11, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 32, 33, 34, 36, 39, 41, 50, 56, 57, 58, 59, 62, 64, 69, 72, 73, 77, 107, 113, 134, 136, 137, 138, 142, 143, 144, 153, 154, 158, 177, 183

C

Câncer 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 40, 41, 43, 46, 50, 52, 73, 90, 111, 126, 145, 155

Capacidade funcional 26, 27, 28, 29, 30

Cirurgia laparoscópica 90, 91, 96

Colo do útero 40, 41

Conização 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53

Coronárias 72, 75

Covid-19 26, 27, 28, 29, 30, 31, 59, 66, 67, 68, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 118, 138, 142

Criança 10, 11, 12, 17, 153

Cuidados paliativos 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 90, 155

Curso prático 63

D

Delírios 113, 116

Depressão 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 27, 57, 58, 62, 114, 115, 116, 117, 118, 181

Doença 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 24, 27, 29, 32, 33, 35, 36, 41, 42, 58, 72, 73, 74, 77, 82, 83, 84, 85, 87, 108, 109, 111, 114, 115, 118, 120, 121, 122, 131, 132, 149, 151, 160, 161, 171, 172, 177, 180

Dor 11, 14, 16, 17, 55, 61, 79, 83, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 130, 131, 156, 157, 158, 159, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182

Duloxetina 177

E

Entorse de tornozelo 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105

Epidemiologia 31, 33, 118, 126, 135

Espiritualidade 1, 2, 3, 5, 6, 7

Exercício físico 1, 2, 3, 5, 8

F

Fatores de risco 19, 20, 24, 25, 27, 42, 52, 54, 56, 57, 58, 61, 73, 76, 77, 96, 108, 110, 131, 136

Fisioterapia 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 30, 31, 97, 99, 100, 186

G

Grupo acadêmico 63, 64, 65, 71

Grupo de pesquisa 63, 64, 65

H

Hérnia inguinal 155, 157, 158, 162, 163

I

Idoso 35, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62

Incapacidades 97, 99, 100

Infarto 72, 73, 74, 77, 181

Infecção 30, 33, 34, 40, 41, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 87

Inguinodinia 155, 157, 159, 162

Inguinotomia 155, 160

Iniquidade de gênero 166, 172

Instabilidade 98, 103, 104, 105, 106, 134, 135, 136

Internação 30, 33, 35, 55, 91, 108, 109, 110, 136, 149, 158, 173

L

Leucemia 119, 121, 123, 124, 125, 126

Luxação 134, 135, 136, 137, 138, 142, 143, 144

M

Manifestações neurológicas 78, 80, 81, 84, 85

Metástase 20, 127, 128, 129, 130, 132

Metodologia de ensino 63, 64

Modalidades de fisioterapia 97, 99, 100
Mulligan 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106
Mutações cromossômicas 119

N

Necrose 72, 83
Neoplasias cutâneas 19
Nervos 80, 84, 155, 157, 158, 159, 162, 180
Neuropatia periférica diabética 177
Nutrição 1, 2, 3, 5, 6

O

Ombro 134, 135, 136, 137, 138
Osteossarcoma 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 129

P

Papel de gênero 166
Pele 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 44, 93, 95, 162
Pneumoperitônio 91
Polipectomia 108, 109, 110, 111
Pólipo intestinal 108
Prognóstico 17, 34, 76, 87, 110, 119, 120, 121, 123, 124, 126, 128, 132
Protetores solares 19

Q

Qualidade de vida 11, 14, 15, 16, 26, 30, 42, 54, 56, 57, 59, 60, 61, 116, 159, 165, 167, 179, 181, 182

R

Radiação solar 19
Raios ultravioletas 19, 20, 23
Reabilitação 11, 26, 27, 28, 29, 30, 31
Recidiva 13, 41, 42, 52, 83, 134, 138, 159

S

Sarcoma primário 127, 128, 130, 131
Sars-Cov-2 78, 79, 80

Sepse 32, 33, 34, 35, 36, 37, 79, 82

Sinal de Soares 90, 91, 92

Solidão 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62

T

Tabagismo 27, 42, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 158

Técnica de shouldice 155, 161, 162, 164

Tomada de decisão clínica 166

Transtorno bipolar 113, 114, 116

Tratamento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 27, 30, 34, 36, 40, 41, 42, 43, 52, 67, 76, 77, 82, 83, 90, 93, 98, 99, 105, 106, 108, 110, 111, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 142, 143, 144, 149, 150, 158, 159, 162, 164, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 181, 182

Tumor cardíaco 128

V

Videolaparoscopia 90, 91, 93, 94, 109, 110


Ciências médicas:

Pesquisas inovadoras avançando
o conhecimento científico na área 2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

Ciências médicas:

Pesquisas inovadoras avançando
o conhecimento científico na área 2

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 