

UNIVERSIDADE POLITECNICA-Á POLITECNICA
Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala – Porto

Enfermagem Geral

**Manejo dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital
Distrital de Memba, no terceiro trimestre de 2021**

Celina Adelino

Nacala, 2022

Celina Adelino

**Manejo dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital
Distrital de Memba, no terceiro trimestre de 2021**

Monografia científica a ser apresentada ao Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala, como requisito parcial para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem Geral.

Tutor: Lic. Pedro Simone Mazembe

Nacala, 2022

Folha de Aprovação

Nome: Celina Adelino

Tema: Manejo dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba, no terceiro trimestre de 2021

.

Trabalho de conclusão do curso defendido e aprovado em ____/_____/____

O tutor

O oponente

O presidente

Dedicatória

Dedico a Deus pela fé, coragem e vida que me deu desde o início do curso até a feitura da pesquisa.

Aos meus encarregados de educação, pelo carinho, pela educação, atenção e presença em minha vida.

Aos meus colegas da turma, pelo companheirismo e pelo encorajamento.

Agradecimento

Em primeiro lugar, à Deus que é todo poderoso, meu refúgio e sustento, por ter me cedido saúde e forças para enfrentar e superar as dificuldades, pois ele permitiu que tudo isso se tornasse real, pela bênção em toda a minha trajetória nesta longa caminhada, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o meu guia e consolador.

Ao meu orientador, pela disponibilidade pessoal, paciência e liberdade na escolha do tema, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube em me orientar, o apoio, incentivo e empenho dedicado à elaboração deste trabalho, muito obrigado dr.

A todos que fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Declaração de Honra

Declaro por minha honra, que o presente trabalho académico foi elaborado por mim própria. Não se recorreu a quaisquer outras fontes, para além das indicadas, e todas as formulações e conceitos usados, quer adotados literalmente ou adaptados a partir das suas ocorrências originais (em fontes impressas, não impressas ou na internet), se encontram adequadamente identificadas e citados, com observância das convenções do trabalho académico em vigor.

Mais declaro que esta tese não foi apresentada, para efeitos de avaliação, a qualquer outra identidade ou instituição, para além das directamente envolvidas na sua elaboração, e que os conteúdos das versões impressas e electrónicas são inteiramente coincidentes.

Declaro finalmente, encontrar-me ciente de que a inclusão, de qualquer falsa declaração terá consequências legais.

Em paralelo a minha informação, assino abaixo com plena consciência.

Nacala-Porto, 2022

Celina Adelino

Termo de Compromisso

Pedro Simone Mazembe, solteiro, 40 anos de idade, natural de Beira, província de Sofala, Moçambicano, Licenciado em Cirurgia, exercendo as suas funções no Hospital Distrital de Mombaça, vem por este meio atestar que o trabalho de culminação do curso da estudante, Celina Adelino, B.I.030201502940B, código114616, com o tema: Manejo dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Mombaça, no terceiro trimestre de 2021, se encontra estruturalmente e metodologicamente capaz para ser apresentado em provas públicas.

Mombaça, 2022

Orientador

Pedro Simone Mazembe

Resumo

Objectivos: Verificar o seguimento dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba, no segundo trimestre de 2021.

Metodologia: Trata – se de um estudo Descritivo, de abordagem quantitativa. A presente pesquisa quanto a natureza foi básica. A unidade de observação foi de 50 processos clínicos de doentes internados no sector da pediatria do Hospital Distrital de Memba.

Resultados: Maior parte dos pacientes internados na cirurgia tinham idade de 20 a 40 anos de idade, com uma percentagem de 52%, seguida de pacientes 41 anos a 60 anos de idades com uma percentagem de 28%. Em relação ao gênero, o masculino foi o mais dominante e de seguida o feminino, quanto a raça, todos foram de raça negra. Quanto aos principais diagnósticos constatou-se que a maioria teve hérnia inguinal.

Conclusão: Das variáveis analisadas (idade, sexo, etc) no HDM, constituem muito imperiosos para a determinação de estado de saúde dos pacientes e não só, como também para ajudar a melhoria dos mesmos.

Palavras-chave: Hérnia, seguimento, prognóstico.

Summary

Objectives: To verify the follow-up of patients with inguinal hernia in the Surgery sector of the District Hospital of Memba, in the second quarter of 2021.

Methodology: This is a descriptive study with a quantitative approach. The present research regarding nature was basic. The observation unit consisted of 50 clinical files of patients hospitalized in the pediatrics sector of the District Hospital of Memba.

Results: Most of the patients admitted to the surgery were aged between 20 and 40 years old, with a percentage of 52%, followed by patients between 41 and 60 years of age, with a percentage of 28%. Regarding gender, the male was the most dominant and then the female, as for race, all were black. As for the main diagnoses, it was found that most had inguinal hernia.

Conclusion: Of the variables analyzed (age, sex, etc.) in the HDM, they are very important to determine the health status of patients and not only, but also to help improve them.

Keywords: Hernia, follow-up, prognosis

Índice

Lista de Símbolos.....	XII
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Abreviaturas	XIV
Lista de Gráficos.....	XV
CAPÍTULO I	16
1. Introdução	16
2. Problematização	17
3. Justificativa.....	18
4. Objectivos.....	18
4.1. Objectivo Geral.....	19
4.2. Objectivos Específicos.....	19
5. Pergunta de Partida.....	19
CAPÍTULO II	20
6. Fundamentação teórica	20
6.1. Contextualização	20
6.2. Base Anatômica	21
6.3. Hérnias Inguinais	23
6.4. Classificação.....	24
6.5. Manifestações Clínicas	25
6.6. Etiologia.....	25
6.7. Diagnóstico.....	26
6.6.1. Diagnóstico Diferencial	27
6.8. Evolução e Complicações	28

7. Tratamento	29
7.1. Resultados das Herniorrafias	36
CAPÍTULO III.....	38
8. Metodologia.....	38
8.1. Tipo de pesquisa quanto aos Objectivos	38
8.2. Tipo de pesquisa quanto a Abordagem	38
8.3. Tipo de pesquisa quanto aos Procedimentos.....	38
8.4. Tipo de pesquisa quanto a Natureza.....	39
8.5. Universo ou População	39
8.6. Amostra da Pesquisa	39
8.8. Variáveis	40
CAPÍTULO IV	41
9. Apresentação, Leitura e Discussão dos Resultados.....	41
CAPÍTULO V	48
10. Conclusão.....	48
10.1. Limitações do estudo.....	48
10.2. Recomendações.....	48
11. Referencias Bibliográficas	49
12. Anexos.....	51

Lista de Símbolos

%: Por cento;

II: dois;

III: três;

IV: quatro;

V: quinto

~: aproximadamente;

>: Maior;

<: Menor;

=: Igual;

&: e.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Descrição do sexo do paciente	41
Tabela 2. Descrição de Raca do Paciente.....	41
Tabela 3. Descrição da proveniência do paciente	43

Lista de Abreviaturas

HDM: Hospital Distrital de Memba.

OMS (Inglês: WHO): organização mundial da saúde.

Lista de Gráficos

Grafico 2. Descrição da Idade do Paciente	42
Grafico 3. Descrição do Diagnostico de Paciente	44
Grafico 4. Descrição dos procedimentos feitos.....	45
Grafico 5. Descrição dos dias de Internamento	46
Grafico 6. Descrição do tipo de Alta.....	47

CAPÍTULO I

1. Introdução

A hérnia inguinal é uma das patologias mais frequentes que se coloca ao Cirurgião Geral. Muitas vezes considerada de menor importância, esta acarreta um impacto importante quer pela interferência na qualidade de vida diária do doente quer em termos sociais pelo absentismo laboral. A evolução do conhecimento anatómico e da técnica cirúrgica permitiu ao cirurgião dispor de diversas técnicas, colocando hoje em dia o problema na seleção da melhor técnica cirúrgica para cada doente.

Actualmente os debates em torno deste tema cirúrgico centram-se sobretudo na relação custo-benefício das técnicas minimamente invasivas, no melhor tratamento das hérnias pediátricas e na seleção da melhor técnica para tratar as recidivas.

A presente pesquisa tem como tema: **manejo dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba, no terceiro trimestre de 2021**. Onde procurou – se abordar os factores que condicionam a ocorrência de hérnia inguinal, os cuidados prestados aos pacientes com hérnia inguinal, as diferentes definições relacionadas com as hérnias, os manejos clínicos e de enfermagem aos pacientes com hérnias, o índice de internamento dos pacientes com diagnóstico de hérnia inguinal. E como não bastasse trazer os fundamentos teóricos relacionados com o tema em estudo para auxiliar com a prática profissional dos funcionários de saúde que trabalham no sector da cirurgia, se tem havido educação em saúde de como se prevenir. E, também trazer como a importância de se dirigirem as unidades sanitárias antes mesmo do agravamento das hérnias.

O objectivo do presente de estudo foi de trazer a realidade sobre o seguimento das hérnias os factores que influenciam a coinfeção durante os internamentos no sector de cirurgia do hospital Distrital de Memba. A presente pesquisa está organizado em cinco capítulos, no qual o primeiro capítulo representa a introdução, justificativa, problema de investigação e os objectivos do projecto, o segundo capítulo está composto pela parte de fundamentação teórica, o terceiro capítulo contem a metodologia, o quarto contem a apresentação, leitura e discussão dos resultados, e o quinto capítulo contem a conclusão, referencias bibliográficas e os anexos.

2. Problematização

Queixa de abaulamento em região inguinal é muito frequente na prática médica, pois tem sido como um dos principais factores que contribuem para o risco de morbidade e mortalidade das pessoas como diagnóstico hérnia inguinal. Elas podem surgir em toda faixa etária da vida, desde que hajam factores predisponentes para a sua ocorrência, causando várias repercussões clínicas e requerem muito cuidado devido a sua complexidade desde a fase pré – cirúrgica, durante a cirurgia e pós – cirúrgica.

São enfermidades extremamente comuns, associadas à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da morbimortalidade. O diagnóstico a hérnia, tem gerado muita polémica, pois, poucos pacientes aceitam logo à priori o seu estado, configurando-se como um evento estressante, gerando distintos tipos de emoções e sentimentos como ansiedade, angústia, culpa e decepção. Este facto leva a maioria dos pacientes a se sentirem inseguras na capacidade de poder se cuidar e exercer as suas actividades normalmente após a cirurgia, e como a sua família os verão após o tratamento e melhoria.

O internamento de pacientes com hérnia inguinal no sector de cirurgia tem aumentado cada vez mais isso devido a vários factores que podem ser genéticos, comportamentais, hereditários e sociodemográficos, e que, de uma e de outra forma prejudica tanto o sector em causa, o hospital como a família. O que tem se verificado mais no hospital distrital de Mombaça é que tem havido muitos internamentos pois é o maior hospital daquele distrito, muitos dias de internamentos devido a falta de seguimento minucioso dos mesmos, o que condiciona muitas infecções nas feridas e coinfeções depois de alta, pois poucos dos pacientes têm tido informações sobre os cuidados a ter com a incisão.

Os impactos referentes as herniorrafias e aos cuidados prestados desde ao período pré-operatório ao pós – operatório são vários, que por sua vez podem influenciar ao aumento de dias de internamento pois os dias de internamento é definido em cada sector e hospital, dependendo da complexidade das doenças. Consequentemente, o hospital terá custos adicionais, além de que o paciente pode perder a esperança de melhorar devido as infecções recorrentes no ambiente intra-hospitalar. O facto, de o paciente não estar devidamente preparado psicologicamente cria mais uma porta de incerteza a sobrevivência durante o procedimento cirúrgico, o que pode levar a causar efeitos

como, hipotensão, hipertensão arterial, ansiedade, depressão, hipoxemia, hipóxia, etc. Com estes e outros factores emerge a seguinte inquietação: **qual é manejo dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba?**

3. Justificativa

O internamento de pacientes com hérnia e submetidos a cirurgia é comum em todos níveis de atenção, nível secundário ao nível terciário ou mesmo quaternário, pois segundo as normas de atenção a saúde, o nível primário não possui serviços necessário para a assistência de pacientes com hérnia inguinal.

Portanto, acredita – se que, uma vez aprimorando o manejo e cuidados a prestar em pacientes com hérnia, fica fácil desenhar estratégias que ajudem na redução de internamentos.

O presente estudo tornou – se relevante devido a sua ampla abrangência na comunidade e no hospital, isso porque com o conhecimento que os profissionais de saúde têm, pode ajudar a atenuar o nível de internamento, alteração psicológica, pois seria normal cada participante entenda o processo que passa durante as fases de pré a pós cirurgia, e com as estratégias que cada unidade sanitária possui seria útil toma – las em conta e por sua vez saber a sua aplicação, para depois saber lidar para cada caso tipo de hérnia.

O presente estudo ajudou a autora para perceber os desafios dos profissionais de saúde tendem a ter em relação a esta patologia, para o local do estudo ajudara a inteirar – se melhor com os pacientes tendo esta patologia. Para o Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala ajudará na contribuição de mais um trabalho científico e acadêmico. É para a comunidade servira um meio de mudança na obtenção de informações desta patologia, sanando assim os diferentes mitos relacionados com a doença, pois existem pessoas da comunidade que são ligadas com o hospital. Para o hospital e os profissionais de saúde servira de mais um motivo de sorrir em relação as várias tendências que terão para o índice de melhoria dos pacientes, através de novas estratégias.

4. Objectivos

Para Marconi & Lakatos (2002, pag.24) “toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.” Definir objectivos de pesquisa é um requisito para desenvolver uma pesquisa científica. É necessário ser claro, preciso e coerente com

o tema de pesquisa, pois ele apresenta os motivos para o desenvolvimento da pesquisa, informando assim, as contribuições que os resultados produzirão.

Segundo as autoras (2002) os objectivos tornam claro o problema de pesquisa, possibilitando ao pesquisador aumentar seus conhecimentos sobre o assunto ou tema tratado.

4.1. Objectivo Geral

O objectivo geral é baseado na questão norteadora da pesquisa. É mais amplo, entretanto, deve ser formulado em uma única frase. Ele dá a direcção que a pesquisa tomará em seu percurso. Para formular o objectivo geral o pesquisador deve perguntar: Para quê pretendo pesquisar? De acordo com Marconi & Lakatos (2003) o objectivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema.” Esta visão permite ao pesquisador compreender o todo da pesquisa.

- Verificar o seguimento dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba, no segundo trimestre de 2021.

4.2.Objectivos Específicos

Corresponde as acções que se propõe a executar dentro de um determinado período de tempo. Apresentam carácter mais concreto e têm a função intermediária e instrumental, indicando o caminho para se atingir o objectivo geral (Lakatos e Marconi, 2002).

- Analisar o seguimento dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba, no segundo trimestre de 2021.
- Identificar os factores que influenciam a ocorrência da hérnia inguinal.
- Descrever o seguimento dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba, no segundo trimestre de 2021.

5. Pergunta de Partida

- Qual é o seguimento dos pacientes com hérnia inguinal no sector de Cirurgia do Hospital Distrital de Memba, no segundo trimestre de 2021?

CAPÍTULO II

6. Fundamentação teórica

6.1.Contextualização

Segundo Anson e MacVay (1938, pág. 200) definem Hérnia como sendo, a saída de um órgão, através de uma abertura, congênita ou adquirida, da parede em torno da cavidade que o contém.

Dentro desse conceito amplo, temos a considerar não só as hérnias que se exteriorizam através de aberturas da parede abdominal, como também as hérnias de disco vertebral, as meningoceles, as hérnias do pulmão através da parede torácica e outras.

Mais restritamente, definiríamos hérnia como um estado patológico, em virtude do qual alguns órgãos da cavidade abdominal podem sair da mesma, através de um ponto fraco da parede, natural ou adquirido, sendo conservada a integridade do peritônio e da pele.

Vemos, assim, que se excluem do conceito de hérnia as saídas de vísceras através de rotura da pele e do peritônio, como acontece nas eviscerações traumáticas ou pós-operatórias. Por outro lado, a definição engloba as eventrações abdominais pós-operatórias ou hérnias incisionais, em que há integridade da pele e formação de saco peritoneal.

Antigamente, para designar os vários tipos de hérnias segundo o Anson e Macvay (1948, pág. 202), recorria-se ao sufixo "ceie" oposto ao nome da víscera encerrada na hérnia. Exemplos: enterocele (hérnia intestinal), onfalocele (hérnia umbilical), meningocele (hérnia das meninges), cistocele (hérnia da bexiga). Só alguns desses termos são ainda usados.

Desde a introdução da herniorrafia por Bassini, em 1884, que a cirurgia da hérnia inguinal tem sofrido transformações radicais tanto na técnica como no material cirúrgico.

As técnicas de herniorrafias descritas por Bassini e Shouldice foram remetidas para segundo plano com o aparecimento de próteses sintéticas que vieram diminuir a recidiva das herniorrafias. Mas não foi apenas a técnica que mudou. Hoje em dia, a maioria dos doentes apresenta hérnias de pequenas dimensões, sendo que algumas delas são hérnias assintomáticas que colocam ao cirurgião o dilema de as tratar cirurgicamente ou não (Bastos, 1962, pág. 185).

6.2.Base Anatômica

Como refere Berrros (1940, pág. 155) que, região ínguino-abdominal é um triângulo, limitado medialmente pelo bordo externo do músculo reto do abdômem, em baixo pela prega inguinal e, em cima, por uma linha que une as duas espinhas ilíacas anteriores e superiores. Encontramos nessa região as seguintes camadas, indo da superfície para a profundidade: pele, subcutâneo, músculos, fáscia transversais e seus reforços, e peritônio.

- a) Pele — É móvel em toda a região, exceto na prega inguinal, onde é fixa. As linhas de força são oblíquas para baixo e para dentro.
- b) Subcutâneo — Constitui-se de dois folhetos nítidos: fáscia de Camper, superficial, de aspecto areolar, e fáscia de Scarpa, mais profunda e de aspecto lamelar.
- c) Músculos — Oblíquo externo ou grande oblíquo, oblíquo interno ou pequeno oblíquo, cremaster e transverso do abdômem. O primeiro apresenta na região apenas sua aponeurose, com três feixes:
 - Superiores, que são horizontais e formam a bainha anterior do músculo reto, terminando na linha alba;
 - Médios, que descem ao púbis, formando os dois pilares do anel inguinal externo (pilar superior ou interno e pilar inferior ou externo); além desses dois, em pequena percentagem dos casos, há o pilar posterior, ou ligamento inguinal reflexo, que atravessa a linha mediana e se insere na borda superior do púbis;
 - Inferiores, que vão formar a arcada inguinal ou ligamento de Poupart; no extremo medial deste, algumas fibras se reflectem para trás, em forma de foice, e se inserem no púbis: é o ligamento de Gimbernat.

O músculo pequeno oblíquo ocupa apenas parte da região. Suas fibras mais caudais a atravessam obliquamente para baixo e para dentro, indo inserir-se na linha alba; às vezes, se inserem também no púbis, deixando espaço muito estreito entre o bordo inferior do músculo e a arcada inguinal. Todavia, com certa frequência, as fibras não descem tanto e deixam um espaço fraco, o triângulo de Hessert. Esse triângulo praticamente se superpõe ao espaço de Hesselbach, descrito pelos anatomistas, cujos limites são os seguintes: bordo inferior do pequeno oblíquo, bordo externo do reto, arcada e, no vértice, artéria epigástrica. Nos casos de inserção alta do pequeno oblíquo, o

triângulo de Hessert é grande e nele não há reforço muscular. São esses os casos em que há predisposição à hérnia directa (Barros, 1940, pág. 160).

Segundo o autor acima citado, o cremaster começa junto ao bordo inferior do pequeno oblíquo e se dirige ao escroto. Segundo alguns autores, é ele formado por fibras do pequeno oblíquo; para outros, é independente, recebendo do pequeno oblíquo apenas fibras de reforço. O músculo transverso do abdómen fica abaixo do pequeno oblíquo e se insere, por sua aponeurose, na bainha do reto. Os anatomistas clássicos descreveram como tendão conjunto uma fusão da aponeurose do transverso com as fibras mais caudais do pequeno oblíquo.

Fáscia transversalis: uma celulosa, que é a mesma existente em todo o abdómen, entre o peritônio e os músculos; outra, peculiar à região inguinal, muito mais forte, que constitui a verdadeira parede posterior do canal inguinal, a fáscia transversalis fibrosa. Esta fáscia apresenta alguns reforços, formando, medialmente, o ligamento de Henle ou foice inguinal e, junto ao anel inguinal interno, o ligamento de Hesselbach (Bastos, 1962, pág. 188).

Para ele, Peritônio — Observa — se o peritônio da região, pelo lado da grande cavidade abdominal. Notamos aí três pregas peritoneais, que são determinadas: lateralmente, pela artéria epigástrica; no meio, pelo trajecto oblíquo da artéria umbilical obliterada (ligamento umbilical lateral); na linha mediana, pelo úraco obliterado, o qual vai da bexiga à cicatriz umbilical. Para fora da artéria epigástrica, temos a fosseta inguinal externa; entre ela e o ligamento umbilical lateral, a fosseta média; e entre o ligamento lateral e o úraco, a fosseta interna.

Canal inguinal — Vai do anel inguinal interno, ou abdominal, até o anel inguinal externo, ou subcutâneo. O primeiro está pouco acima do terço médio do ligamento de Poupart; o externo, adiante da porção lateral do púbis. A parede anterior do canal inguinal é formada pela pele, fáscias de Camper e Scarpa e aponeurose do grande oblíquo. No terço externo do canal, há ainda, na parede anterior, as fibras do pequeno oblíquo. A parede posterior do canal é formada, em toda a extensão, pela fáscia transversal fibrosa. Essa parede posterior é mais fraca na sua porção externa do que na interna. A parede superior do canal é formada pelas fibras arqueadas do pequeno oblíquo e bordo inferior do transverso, isto é, pelo assim chamado tendão conjunto. A parede inferior é constituída pela arcada inguinal e, mais medialmente, pelo ligamento de Gimbernat (Bernard et al, 2017, pág. 330).

O anel inguinal interno está situado em um ponto equidistante entre a espinha ilíaca ântero-superior e a sínfise púbica, cerca de 6 a 12 mm acima da arcada. Dá passagem, no homem, ao cordão espermático e, na mulher, ao ligamento redondo. A fáscia transversalis envia, em torno do cordão, um prolongamento, a túnica fibrosa comum, sobre o qual caminham os ramos genitais dos nervos iliohipogástrico, ilioinguinal e genitocrural. O anel inguinal externo não é bem um anel e sim uma fenda triangular, limitada, aos lados, pelos pilares interno e externo e, em baixo, pela crista do púbis. No vértice do triângulo, onde os dois pilares se encontram, correm as fibras arciformes. (Bernard et al, 2017, pág. 335)

Segundo os autores referem que, o Anel crural — A arcada inguinal ou ligamento de Poupart, indo, em forma de ponte, do ílio ao púbis, limita com esses ossos uma fenda vertical. Esse espaço em forma de fenda está dividido, pela bandeleta iliopectínea, em duas partes: o espaço muscular e o vascular. O primeiro é preenchido pelo músculo psoas-ilíaco, que desce da pélvis à coxa, nele passando também o nervo femoral. Pelo espaço vascular passam a artéria femoral por fora, e a veia femoral, por dentro. O resto do espaço vascular é ocupado pelo gânglio de Cloquet e por tecido conjuntivo frouxo, denominado tabique crural.

A parte medial do espaço vascular, denominado anel crural interno, é por onde o peritônio proemina, formando, nos casos de fraqueza, a hérnia crural. Abaixo do anel crural, caímos em um espaço onde estão os vasos femorais, revestido por aponeuroses: atrás, a fáscia ileopectínea, que reveste o músculo pectíneo; na frente, a fáscia lata, que começa ao longo de toda a arcada inguinal. Na fossa oval, o folheto anterior é adelgado e com inúmeros orifícios: é a fáscia cribrosa, atravessada pelos ramos da artéria e veia femorais (Bernard et al, 2017, pág. 339).

6.3.Hérnias Inguinais

Segundo Christman et al (1946, pág. 240), a Incidência relacionada as hérnias inguinais são:

- a) Sexo — As hérnias inguinais são mais frequentes nos homens do que nas mulheres. Essa disparidade é determinada por dois fatores: o trabalho mais pesado executado pelos homens e a persistência mais frequente do conduto peritoniovaginal.
- b) Idade — No primeiro ano de vida, quase todas as hérnias são oblíquas externas, sendo duas vezes mais frequentes no menino do que na menina. Tanto a direta como a oblíqua externa são mais frequentes nas 2ª e 3ª décadas da vida.

- c) Tipos de hérnias — As hérnias oblíquas externas são mais frequentes que as directas, tanto nos homens como nas mulheres. Nestas, a diferença em favor das oblíquas externas é muito maior, pois as hérnias directas são raras no sexo feminino.

6.4. Classificação

Há três tipos de hérnias inguinais: oblíqua externa, directa e oblíqua interna (Anson e MacVey, 194, pág. 205) a descrever:

Segundo os autores acima, na primeira, o saco herniário penetra no canal inguinal através do orifício interno, portanto para fora da artéria epigástrica. Nas hérnias pequenas, o saco não atinge o anel inguinal externo, ficando dentro do canal inguinal. Mais frequentemente, costuma ultrapassá-lo, abaulando a parede a esse nível, ou pode mesmo descer até o escroto (hérnias inguinoscrotais). Nesta eventualidade, a hérnia pode atingir volumes enormes, como o de uma cabeça de criança.

A hérnia inguinal directa evidencia-se por um abaulamento da fáschia transversalis, no triângulo de Hessert, portanto para dentro da artéria epigástrica. Quando atinge maior volume, a fáschia vai-se rompendo e o saco peritoneal pode ultrapassar o anel inguinal externo, mas raramente desce ao escroto. Esta hérnia se caracteriza por apresentar sempre colo largo, sendo ainda muito mais frequente nos adultos. Observando-se pelo lado da cavidade abdominal, verifica-se que as hérnias externas se exteriorizam pela fosseta inguinal externa, que, como vimos, fica por fora da artéria epigástrica. As hérnias directas exteriorizam-se pela fosseta inguinal média, limitada pela artéria epigástrica e pelo relevo da artéria umbilical obliterada. (Anson e MacVey, 194, pág. 206)

Como vimos, mais medialmente, entre esta e o úraco, fica situada a pequena fosseta inguinal interna; é por aí que se exteriorizam as hérnias inguinais oblíquas internas.

Assinala-se ainda a existência de hérnia mista, oblíqua externa e directa, ao mesmo tempo. Encontra-se dois sacos herniários, separados pelos vasos epigástricos, ou então um abaulamento único, no meio do qual correm esses vasos. É óbvio que o tratamento cirúrgico desse tipo de hérnia é muito mais difícil, sendo geralmente necessário ligar os vasos epigástricos para podermos tratar o saco e reforçar a parede. (Anson e MacVey, 194, pág. 207)

Além desses tipos, é mister citar um tipo especial, o das hérnias por escorregamento ou deslizamento, em que as vísceras, geralmente ceco ascendente ou sigmóideo, são revestidas por peritônio em um só lado, sendo implantadas por larga base. Chegam elas à região inguinoscrotal pelo relaxamento de seus meios de fixação, deslizando ao longo da parede posterior da região inguinal. Como consequência, na parede anterior da hérnia encontramos pele, subcutâneo e peritônio, recobrando as alças delgadas contidas na cavidade herniária, enquanto a parede posterior é constituída pelo intestino que deslizou. Há hérnias inguinais de crescimento bizarro, como no caso das intra- parietais, em que o saco e seu conteúdo não acompanham o cordão espermático, mas caminham pelo subcutâneo da região inguinal ou pré-vesical (Anson e MacVey, 194, pág. 207).

6.5. Manifestações Clínicas

Segundo Domenech (1947, pág. 450), a clínica decorrente de hérnia inguinal pode variar desde um estado assintomático até sinais de peritonite secundária ao estrangulamento de alça intestinal. As queixas mais frequentes de pacientes com hérnias são:

- Sensação de peso local;
- Dor/desconforto ao realizar esforço físico;
- Abaulamento local.

6.6. Etiologia

Devemos considerar, na etiologia das hérnias inguinais, as causas pré – disponentes e as desencadeantes. As causas predisponentes são representadas por fraquezas, geralmente congênicas, da região inguinal. As desencadeantes consistem nos esforços violentos que, agindo sobre o local enfraquecido, levam ao aparecimento do saco herniário (Domenech, 1947, paga. 445).

Salienta que, o problema varia, conforme se trate de hérnia oblíqua externa ou directa. Da embriologia, os testículos formam-se nas regiões lombares, junto aos rins. São irrigados pelas artérias espermáticas, ramos da aorta, as quais nascem próximo das artérias renais. Entre o 6. ° e o 7. ° mês de vida intra-uterina, os testículos descem ao longo da parede posterior do abdómem e atravessam o anel inguinal interno, trazendo consigo um fundo de saco peritoneal, denominado

conduto peritoniovaginal. A fáscia transversalis forma a túnica fibrosa comum do cordão. No 9.º mês os testículos estão alojados no escroto.

Por outro lado, Franco e Visconti (1947, pág. 380) afirmam que, geralmente o conduto peritoniovaginal se oblitera no 1.º mês de vida, desde o anel inguinal externo até próximo do testículo. A parte do peritônio que envolve o testículo permanece, formando a túnica vaginal. A obliteração faz-se, de início, por quatro estreitamentos e depois torna-se completa. Quando não se dá o fechamento do conduto, há a possibilidade de, pela pressão intra-abdominal, penetrarem alças no seu interior, formando-se, assim, a hérnia inguinal oblíqua externa. Assinale-se, contudo, que a simples permanência do conduto não implica, forçosamente, no aparecimento de hérnia. É preciso que surja o elemento desencadeante, isto é, contrações violentas da parede abdominal, durante a tosse, espirro, choro ou esforços físicos intensos. Havendo persistência do conduto entre dois estreitamentos, pode formar-se no local uma coleção líquida: é a hidrocele septada, ou cisto do cordão. Na mulher, durante o período embrionário, forma-se o conduto de Nuck, cuja persistência pode dar lugar à hérnia inguinal oblíqua externa.

6.7.Diagnóstico

Conforme Goffi et al, (1953, pág. 401) afirmam que, a hérnia inguinal é diagnosticada pela anamnese e principalmente pelo exame físico local.

Anamnese — Algumas vezes o paciente relata que, ao fazer esforço brusco, sentiu um "estalo" na região inguinal e, logo a seguir, percebeu o aparecimento da tumoração. Outros pacientes não referem terem sentido dor ou sensação de rotura, mas terem encontrado casualmente a saliência junto ao púbis. (Goffi et al, 1953, pág. 401)

Com o tempo, a tumoração vai aumentando de volume, podendo ou não atingir o escroto. No início, desaparece em repouso e só surge aos esforços; posteriormente, ela persiste mesmo em repouso, sendo necessário reduzi-la com manobras manuais. Podem surgir dores ou sensação molesta de peso no local, irradiadas às vezes para o abdômem.

Quando penetram alças no interior do saco herniário, há tracção sobre o meso e podem aparecer náuseas e vômitos.

Segundo Goffi et al, (1953, pág. 402): Exame físico — Inspeção: as pequenas hérnias situam-se na região inguinal, junto ao púbis, abaulando a pele da região e assumindo aspecto globoso. Quando se manda o paciente fazer um esforço, percebe-se que a tumoração aumenta nitidamente de tamanho. Nas pessoas gordas, as hérnias inguinais pequenas podem não ser visíveis, percebendo-se apenas à palpação. As grandes hérnias invadem também o escroto e tomam praticamente toda a região inguinal.

Palpação: É de grande valor, permitindo verificar: Consistência da tumoração (flácida, elástica, etc); Conteúdo: as alças são reveladas pelo ruído hidraéreo (gargarêjo); Redutibilidade pelas manobras manuais; Exploração do canal inguinal: deprimi – se, com o indicador, a pele do escroto a uns 2 cm abaixo da espinha do púbis e busca – se o anel inguinal externo; pesquisa – se os pilares e vê – se se são flácidos ou tensos; verifica – se se o anel é permeável apenas à ponta do dedo ou se o dedo nele penetra com folga; mantendo o dedo introduzido no canal inguinal, manda – se que o paciente contraia os músculos do abdome (geralmente ordena – se que sobre fortemente sobre o dorso da mão direita); quando há hérnia oblíqua externa, o saco herniário empurra a ponta do dedo e o envolve; nas hérnias directas, sente – se o impulso sobre o lado do dedo; Nunca esquecer de palpar,. Cuidadosamente, os elementos do cordão, pesquisando possível varicocele e quistos do cordão. Verificar ainda o aspecto e a sensibilidade do testículo e do epidídimo. Percussão: Som timpânico, quando houver alças na hérnia; maciço, em caso contrário. Ausculta: Ouvem-se ruídos hidraéreos nas hérnias que apresentam alças intestinais. (Goffi et al, 1953, pág. 401)

6.6.1. Diagnóstico Diferencial

Como salienta Guerreiro (1945, pág. 433) que, as pequenas hérnias podem ser confundidas com gânglios inguinais enfiados, cistos do cordão, aneurismas da femoral ou com tumores benignos (lipomas, fibromas, neurinomas). O exame cuidadoso da região, principalmente do anel inguinal, permite a fácil diferenciação.

Por outro lado, diz que, as grandes hérnias inguinoscrotais devem ser distinguidas das hidroceles e do linfedema do escroto, da infiltração urinosa das bolsas e dos tumores do testículo e epidídimo. Distinguem-se da hidrocele vaginal volumosa por não ser esta redutível por manobras manuais, apresentar sinal do piparcte e apresentar-se translúcida nas provas da transiluminação. Nas outras afecções citadas, é possível facilmente distingui-las das hérnias através do exame. Em todas elas não há redutibilidade, não há alargamento do anel e encontra – se outros dados que não existem

nas hérnias (espessamento e infiltração da pele no linfedema, e tumor sem conexão com a região inguinal, nos casos de tumores do testículo ou epidídimo).

Importante, porém, nem sempre fácil, é fazer o diagnóstico diferencial entre hérnia inguinal directa e oblíqua externa. Os principais elementos que permitem a diferenciação são os seguintes:

- a) Hérnia directa — Redução espontânea mais rápida; quase nunca desce ao escroto; mais frequente além dos 30 anos de idade; localiza-se próximo ao tubérculo púbico, mais medialmente que a oblíqua externa; pode ser bilateral, mais frequentemente que a oblíqua externa; a tumoração é sentida na borda do dedo explorador; raramente estrangulam.
- b) Hérnia oblíqua externa — Redução espontânea lenta, às vezes só com o auxílio manual; pode descer ao escroto; mais frequente em crianças e jovens; localiza-se sobre o canal inguinal, mais lateralmente que a directa; frequentemente bilateral nas crianças e unilateral nos adultos; choque na ponta do dedo, ao explorar o anel inguinal; estrangulamento frequente.

6.8.Evolução e Complicações

De acordo com Horta (1955, pág. 408) as hérnias, uma vez surgidas, crescem progressivamente. O aumento de volume é mais ou menos lento, segundo a fraqueza da região, os esforços normalmente executados pelo paciente, a idade, o sexo e os cuidados tomados. Logicamente, nos trabalhadores braçais o crescimento da hérnia é mais rápido, tornando-se ela, em breve, impedimento ao trabalho. Na mulher, raramente atinge grandes volumes. Nos velhos, graças à fragilidade dos músculos, aponeuroses e ligamentos, a hérnia pode alcançar proporções enormes, sendo de difícil correcção.

Segundo o autor acima citado, nas hérnias estranguladas — Deve – se fazer distinção entre hérnias encarceradas e estranguladas. Nas primeiras, não consegue – se sua redução, geralmente por estarem as alças ou o epíploon fortemente preso às paredes do saco, mas não há perturbações circulatórias nas alças nem interrupção do trânsito intestinal. O colo geralmente é largo e não comprime as alças. Não exigem tais hérnias tratamento cirúrgico de urgência. Algumas hérnias podem sofrer encarceramento temporário, sendo reduzidas com o repouso e manobras manuais.

Acrescenta que, nas hérnias estranguladas, as alças se distendem e não se reduzem porque a alça eferente não pode esvaziar-se, em virtude da compressão e edema ao nível do colo do saco herniário. Como consequência, surgem perturbações circulatórias nas alças aprisionadas, levando-as à gangrena. Há proliferação de germes, perfuração da alça e abscesso dentro do saco; este pode romper-se na pele ou propagar-se à cavidade peritoneal, dando peritonite generalizada e fístula estercoral. A trombose do meso comprimido pode propagar-se e haver necrose de segmentos de alça intra-abdominais.

Segundo Anson e MacVay (1942, pág. 209), a sintomatologia das hérnias estranguladas é habitualmente rica e multiforme. O paciente acusa dores violentas, irradiadas para o abdome, em virtude da distensão do meso. Surgem náuseas, vômitos, febre, sudorese, fraqueza, hipotensão arterial, lipotimia, distensão abdominal e parada da eliminação de gases. Quando o conteúdo da hérnia inclui parte da bexiga, há disúria, polaciúria e, às vezes, hematúria.

Ao exame local, encontramos a tumoração distendida, dura, com a pele quente, rubra e tensa. Qualquer manobra tentando reduzir o conteúdo provoca fortes dores. Não conseguimos introduzir o dedo no anel inguinal, pois o paciente acusa dores e o conteúdo enche todo o saco herniário. A ausculta do abdome revela desaparecimento dos ruídos intestinais. Quando a alça entra em necrose, superajuntam-se os sinais de toxemia. Havendo perfuração e peritonite, encontra-se defesa muscular, ausência de peristaltismo, distensão abdominal, timpanismo, dor à descompressão brusca e, às vezes, pneumoperitônio (Christopher, 1945, pág. 302).

7. Tratamento

Antes de mais nada, o tratamento das hérnias inguinais é exclusivamente cirúrgico. São desaconselhados, por inúteis e prejudiciais, os tratamentos por meio de injeções esclerosantes, processos fisioterápicos ou naturísticos.

Caberia dúvida apenas quanto à indicação cirúrgica nas hérnias inguinais em crianças com menos de 2 anos. A conduta, em nosso Serviço, tem sido operar sempre, mesmo durante o primeiro ano de vida, pois o fechamento espontâneo do conduto peritoniovaginal não se dá, como supunham os autores antigos. Aquelas crianças em que aparentemente o conduto se havia fechado, vêm a apresentar hérnia desde que iniciem os esforços (Kirschner, 1943, pág. 501).

A técnica cirúrgica das hérnias apresenta bases importantes, que a nenhum cirurgião geral é lícito ignorar. Há, por outro lado, pormenores de tática, que variam conforme as escolas, o caso a ser operado e a habilidade do cirurgião (Kirschner, 1943, pág. 502).

Segundo Monteiro (1955, pág. 406), na operação de uma hérnia inguinal, temos os seguintes tempos: incisão da pele e do subcutâneo, abertura do canal inguinal, libertação do saco, tratamento de seu conteúdo, reforço da parede e oclusão da ferida, consiste em:

- Incisão da pele e do subcutâneo — A incisão de herniorrafia se faz na bissetriz do ângulo formado pela arcada inguinal e bordo lateral do músculo reto do abdome, ou um pouco mais oblíqua, paralelamente à arcada; conforme o tamanho da hérnia e as condições individuais, variará a extensão de 12 a 18 cm, terminando sempre a incisão na altura da espinha do púbis. Nas hérnias bilaterais, recomendam certos autores que se faça uma só incisão, levemente côncava para cima; A incisão abrange pele e subcutâneo e secciona os vasos da região, os quais são pinçados e ligados com categut 0-0.
- Abertura do canal inguinal — Exposta a aponeurose do grande oblíquo, é ela aberta com bisturi, na direcção de suas fibras, a cerca de 2 cm para dentro da arcada. Abre-se o anel inguinal externo na altura das fibras arciformes, isto é, no vértice da fenda. Descolam-se os bordos mediai e lateral da aponeurose, expondo-se a arcada, o cordão espermático e os músculos pequeno oblíquo e transverso. Se se tratar de hérnia directa, encontrar – se – a abaulamento da fascia transversalis. As grandes hérnias oblíquas externas distendem o cordão e praticamente tomam todo o campo cirúrgico. As pequenas, para serem vistas, precisam ser pesquisadas no meio do cordão, após ter aberto a túnica fibrosa comum. O saco herniário é reconhecido pelo seu aspecto esbranquiçado e brilhante.
- Libertação do saco herniário — O saco deve ser libertado dissecando-se entre êle e os tecidos circunvizinhos, que não devem ser lesados; cuidados especiais devem ser tomados com o deferente e os vasos do cordão espermático. Nas hérnias directas, o descolamento do saco é bem mais fácil, porque, como vimos, elas são extraíuniculares; nas hérnias inguinais das crianças ou dos jovens, as paredes do saco, muito delgadas, são perfuradas com facilidade. Ao isolar o saco das veias do cordão, quando estas são perfuradas, deve – se fazer hemostasia cuidadosa, a fim de serem evitados os hematomas pós-operatórios;

infectam-se com frequência, determinam supurações, responsáveis por numerosas recidivas. O saco deve ser isolado até acima de seu colo.

- Tratamento do conteúdo do saco herniário — O conteúdo mais frequente é constituído de alças delgadas e epíploon; nas grandes hérnias, é comum o epíploon achar-se aderido à parede interna do saco; deverá ser ressecado, seccionando-se sempre entre duas pinças; não havendo aderências, repô-lo simplesmente na cavidade abdominal. Nas hérnias estranguladas e mesmo nas outras, jamais reduzir o conteúdo do saco antes de abri-lo e examinar a viabilidade das alças nele contidas.

As alças que apresentarem aderências entre si e a parede do saco devem ser cuidadosamente libertadas, evitando-se lesão de sua parede. Pode surgir uma dificuldade, nas hérnias enormes, cujas vísceras perderam o "direito de residência" na cavidade abdominal; sendo sua reintrodução absolutamente impossível, o cirurgião será obrigado a ressecar segmentos de alça.

Hoje, com os progressos da técnica e principalmente com boa anestesia, que permite relaxamento muscular completo, praticamente não existe mais o problema, pois sempre se consegue reintroduzir as alças na cavidade abdominal.

- Tratamento do saco herniário — Nas hérnias cujo colo não é muito largo, procede-se ao fechamento por transfixação simples. Deve-se tomar cuidado para não ser apanhada alguma alça durante a transfixação; verificar também se o saco herniário não apresenta a bexiga em sua parede, pois são muitos os casos referidos na literatura de lesão da bexiga, durante o fechamento do saco. Nos casos em que o colo é muito largo, o fechamento será feito com sutura contínua. A manobra de Barker (apud Christman e col.), no tratamento do saco das hérnias oblíquas externas; essa manobra consiste em levar o local do colo amarrado para um ponto situado acima, passando-se o fio da amarradura através dos músculos pequeno oblíquo e transversos. Nas hérnias directas, mesmo nas volumosas, não é necessário abri-lo; faz-se sutura circular e afundamento do peritônio; podem ser necessárias duas ou três suturas de afundamento (Oliveira, 1960, pág. 315).
- Reforço da parede — As suturas devem ser feitas sem tensão excessiva, utilizando sempre tecidos com boa nutrição, a fim de que se obtenha cicatrização normal; evitar grandes descolamentos de músculos ou aponeuroses, que lesam vasos e nervos. Sempre que possível, realiza-se as suturas em dois ou três planos diferentes, o que confere maior

resistência; às vezes, recorre – se à sutura com imbricamento dos bordos aponeuróticos, como no processo de Andrews. (Oliveira, 1960, pág. 315)

Nos casos em que os músculos pequenos oblíquo e transversos estão situados longe da arcada, não é recomendável que os suturemos a ela.

Haverá, na certa, esgarçamento das fibras e recidiva da hérnia. Outro problema importante é o das suturas músculo-aponeuróticas. Trabalhos numerosos, inclusive em nosso meio, provaram que as suturas músculo-apo-neuróticas não pegam bem, excepto se ambos os tecidos forem escarificados com gaze. As melhores suturas são aquelas em que se usam tecidos iguais. Quanto ao material de sutura, está provado que os fios inabsorvíveis dão resultados muito melhores. Bassini (apud Ravitch e Hitzrot) já usava, no século passado, fios de algodão ou seda e seus resultados foram muito bons. (Oliveira, 1960, pág. 317)

Quando, nas grandes hérnias, os tecidos circunvizinhos não permitem fechamento adequado do orifício herniário, pode – se recorrer a retalhos apo- neuróticos deslizados ou então a transplantes livres, de fâscia lata, pele total, telas de prata ou de aço inoxidável, material plástico (nylon, dacron, etc). Todos esses tipos de transplantes têm suas vantagens e desvantagens, permitem recidivas, são frequentemente mal suportados e seu uso continua, por isso, sendo muito discutido (Oliveira, 1960, pág. 320).

Classificação das herniorrafias — É enorme a variedade de técnicas para o tratamento das hérnias inguinais, tornando quase impossível uma classificação. A classificação mais conhecida entre nós divide as técnicas em três grupos: pré-funiculares, em que as suturas de reforço são todas feitas na frente do cordão; médio-funiculares, em que o cordão fica no meio de duas suturas; retrofuniculares, em todos os planos de sutura ficam por trás do cordão. Essa classificação é imperfeita, mas tem sido conservada, por ser simples e didática (Oliveira, 1960, pág. 322).

De acordo com o autor acima citado, diz que todos os tempos iniciais das herniorrafias, desde a incisão da pele até o tratamento do saco herniário, são mais ou menos iguais em todos os processos. O que varia é o reforço da parede, com os seguintes pormenores:

- Processo de Girard — 1º plano) sutura dos músculos pequeno oblíquo e transversos à arcada, por cima do cordão, que repousa sobre a fâscia transversalis; 2º plano) sutura do

lábio mediai da aponeurose do grande oblíquo à arcada; 3º plano) lábio distai suturado por cima do primeiro, imbricando.

- Processo de Ferguson — Descreveu êle, em 1899, seu processo, sem transplante do cordão. Não resseca veias do cordão, mas remove o cremaster exuberante. O primeiro plano de sutura é igual ao de Girard. Recomenda dar pontos no anel inguinal interno, utilizando a fáschia, lateralmente ao cordão. O segundo plano consiste na sutura, lábio a lábio, da aponeurose do grande oblíquo.
- Processo de Bassini — É talvez o mais usado universalmente. Bassini sutura o tendão conjunto à arcada, numa extensão de 5 a 7 cm, indo do púbis para cima. Diz ele que, se o paciente for estimulado a vomitar, "a região sustenta a maior pressão e a sutura fica no lugar". Essa sutura é feita por trás do cordão espermático. Para dar os pontos, eleva-se o cordão com uma gaze. Os eles são dados após passar todos os pontos. Num segundo plano, é feita a sutura da aponeurose do grande oblíquo, lábio a lábio, na frente do cordão.
- Processo de Andrews— É o melhor método para todas as hérnias directas, sendo também recomendado para as grandes hérnias oblíquas externas dos adultos.
- E. Willy Andrews (apud Ravitch e Hitzrot) contribuiu, em 1895, com a ideia do imbricamento dos retalhos, no tratamento da hérnia. Acentua a importância da boa hemostasia: "para as suturas terem sucesso, deve haver contacto de células vivas, não envoltas em coágulos" O hematoma exige drenagem e favorece a supuração.

Nas hérnias oblíquas externas, a primeira sutura é feita levando-se o tendão conjunto e a fáschia transversalis à arcada. O anel inguinal interno deve ficar apenas permeável ao cordão; quando o saco herniário for volumoso, tendo dilatado muito esse anel, é indispensável dar pontos, abaixo e acima do cordão espermático, de forma a estreitar o anel inguinal interno, evitando-se a recidiva por aí. A segunda sutura é feita entre o lábio mediai da aponeurose do grande oblíquo e a arcada, por trás do cordão, de modo a reforçar a parede posterior do canal inguinal. A terceira sutura é feita com imbricamento do lábio lateral da aponeurose do grande oblíquo, por cima do cordão. Dessa forma, o cordão caminha, em certa extensão, em um trajeto inteiramente novo, forrado por aponeurose adiante e atrás (Oliveira, 1960, pág. 324).

Em 1924, outro autor, Edmond Andrews, após estudar o problema das suturas músculo-aponeuróticas, propôs que, na primeira sutura, não se apanhem os músculos pequeno oblíquo e

transverso, mas só a fáscia transversalis. Essa modificação foi baseada em numerosos estudos, os quais provaram que as suturas entre músculos e aponeuroses dão resultados nitidamente inferiores àqueles entre dois tecidos fibrosos.

Nas hérnias inguinais directas, há abaulamento, maior ou menor, do triângulo de Hessert e é necessário, antes de realizar a primeira sutura descrita, proceder ao afundamento do saco herniário. Ele se realiza, pelo processo de Andrews, mediante uma ou duas suturas em bolsa, com fio inabsorvível.

Em certas circunstâncias, principalmente quando se trata de cordão espermático muito espesso, não consegue - se fazer o imbricamento como é recomendado no processo de Andrews, conservando o cordão entre os dois lábios da aponeurose. Pode-se, então, fazer um imbricamento da aponeurose, por trás do cordão, que ficará, assim, em situação subcutânea. É esse o processo de Finocchietto, classificado entre os retrofuniculares (Franco e Visconti, 1947, pág. 421).

- Processo de Zimmermann — Utiliza também imbricamento aponeurótico, porém de maneira diferente: faz-se uma incisão no lábio externo da aponeurose do grande oblíquo, ao nível do anel inguinal interno e sutura-se esse lábio, assim mobilizado, à fáscia transversalis, logo abaixo do bordo do pequeno oblíquo. A seguir, sutura-se o lábio interno da aponeurose à porção mais externa da mesma (quase na altura da arcada inguinal), por cima do cordão. Também neste processo o cordão passa a caminhar entre dois folhetos aponeuróticos. (Franco e Visconti, 1947, pág. 421)
- Processo de McVay — A característica primordial deste processo consiste em utilizar o ligamento de Cooper para o reforço da parede. Como sabemos, este ligamento é constituído por fibras fortes, que recobrem o púbis, próximo ao anel crural, na vertente abdominal do osso. (Franco e Visconti, 1947, pág. 421)

Segundo McVay e Anson (1942, pag.490) Quando se trata de hérnia inguinal directa, a fáscia transversalis é aberta, paralelamente à arcada, o peritónio afastado para cima e o ligamento de Cooper exposto. Após ressecar o excesso da fáscia, geralmente exuberante nas hérnias directas, é feita a sutura, com pontos separados de fio inabsorvível, do lábio superior da fáscia transversais ao ligamento de Cooper. Mas lateralmente, junto ao anel inguinal interno, a fáscia é suturada à bainha dos vasos femorais. McVay visa, com esta sutura, não só a reforçar o triângulo de Hessert,

como também a evitar o aparecimento posterior de uma hérnia crural, ocorrência não rara em pessoas submetidas à herniorrafia inguinal por um dos processos que utilizam a arcada inguinal para a sutura. A tração exercida sobre a arcada crural, durante a contração dos músculos abdominais, faz com que o anel crural se alargue e assim se formando mais facilmente a hérnia crural.

Apesar da base teórica que apresenta, a operação de McVay-Anson apresenta certa desvantagem: a sutura é feita em local de mais difícil acesso e próxima a grandes vasos. Por isso, esse processo não é aconselhável senão aos cirurgiões bem experientes.

- Processo de Halsted — A característica dessa técnica é fazer uma sutura, com fio de seda, por trás do cordão, "apanhando tudo entre a pele e o peritônio, desde a espinha do púbis até o ângulo superior" Trata-se de sutura, com 6 a 8 pontos, apanhando, de um lado, a aponeurose do grande oblíquo, pequeno oblíquo e transversos e fáschia transversalis e, do outro, a arcada inguinal. Em trabalho posterior, Halsted recomenda a excisão das veias do cordão. Como vemos, nesse processo o cordão espermático fica situado no subcutâneo.

Segundo Horta (1955, pág. 390) a herniorrafia nas hérnias por escorregamento — Como se trata de um tipo de hérnia em que há, geralmente, grande extensão de colo extraperitoneal, formando a parede posterior do saco herniário, dificilmente este saco poderá ser tratado por via exclusivamente inguinal. Recomendam os autores proceder-se a uma hernio- laparotomia, com os seguintes tempos:

- a) Incisão maior que a habitual, porém, na mesma direção, isto é, na bissetriz do ângulo formado pela arcada inguinal e pelo bordo lateral do músculo reto do abdome. Abertura da aponeurose do grande oblíquo e secção, junto ao anel inguinal interno, de fibras do pequeno oblíquo e transversos, em extensão variável, conforme o tamanho da hérnia. Abertura do peritônio parietal, a esse nível.
- b) Libertação da alça que escorregou. Para isso é necessário incisar verticalmente o peritônio parietal posterior, ao lado do intestino herniado, caindo-se, assim, num plano de clivagem retrocólico (como se faz no descolamento do ceco ascendente nas hemicolectomias direitas). Na hérnia por escorregamento, o cuidado deve ser maior, para não lesarmos os vasos nutridores da alça.

- c) Fixação da alça em posição mais alta, isto é, na fossa ilíaca direita. Resseca-se um segmento do peritônio parietal posterior e fixa-se a alça na superfície cruenta, com pontos seromusculares. O intestino fica, dessa maneira, imóvel, corrigindo-se a causa da migração.
- d) Reforço da parede abdominal, segundo uma das técnicas citadas. Damos sempre preferência ao processo de Andrews.
- e) Oclusão da ferida — Após o reforço da parede, por uma das técnicas estudadas, passamos ao último tempo da herniorrafia, que é o fechamento da pele e subcutâneo.

Recomendação importante na cirurgia das hérnias é a hemostasia cuidadosa, a fim de que se evitem os hematomas pós-operatórios, os quais comumente se infectam. A supuração da parede é responsável, em grande escala, pelas recidivas das hérnias.

Tomados os devidos cuidados na hemostasia, só excepcionalmente recorreremos à drenagem do subcutâneo. Usamos dreno de Penrose nas grandes hérnias inguinoscrotais, em que a ressecção do saco, fibrosado e espesso, deixa local com sangramento em lençol, impossível de ser coibido. Esse dreno deve ser retirado no 2.º ou 3.º dia do pós-operatório. É sempre recomendável darmos alguns pontos de catagute no subcutâneo, para diminuirmos o espaço morto. A pele é suturada com pontos se- parados de algodão. Em nosso Serviço foi abandonado o uso de agrafes nas incisões abdominais.

7.1.Resultados das Herniorrafias

Segundo Domenech (1947, pág. 407), diz que em todos os tempos, o problema das recidivas das hérnias tem preocupado os cirurgiões. Os vários processos de herniorrafias têm-se sucedido, visando a proporcionar melhor reforço da região inguinal, mas não se pode dizer, em sã consciência, que se tenha chegado a excluir as recidivas.

E. Willys Andrews, em 1885, criticava as operações anteriores, dizendo que a cirurgia da hérnia sofreu "timidez, conservantismo cego e ingenuidade pervertida" Ferguson (apud Ravitch e Hitzrot 21) responsabilizava a sutura deficiente do tendão conjunto como causa provável das recidivas. Halsted (apud Ravitch e Hitzrot) preocupou-se com o fechamento adequado do anel inguinal interno, recomendando mesmo a excisão das veias do cordão espermático, para permitir melhor fechamento.

Após os trabalhos relativos ao problema das suturas músculo-aponeuróticas, ficou provado que a primeira sutura não deve apanhar a massa muscular do pequeno oblíquo e transverso, e sim a fáscia transversalis. Essa sutura deve ser muito bem executada, sempre com fio inabsorvível (algodão, seda ou nylon). O último ponto deve ser dado bem próximo aos vasos epigástricos. Se o anel inguinal interno for largo, é indispensável angustia-lo, dando 2 ou 3 pontos, lateralmente ao cordão. Responsáveis frequentes pelas recidivas são o aparecimento de hematoma e a supuração do local, que leva à eliminação de fios. É evidente, pois, que os cuidados de hemostasia e de antissepsia devem ser minuciosos nas herniorrafias, a fim de que se reduzam as recidivas ao mínimo tolerável. (Franco e Visconti, 1947, pág. 429)

CAPÍTULO III

8. Metodologia

Metodologia é estudo dos métodos, dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos para se buscar determinado conhecimento científico, (Demo, 2003, pág. 125)

Segundo Gil (2008, pág. 223), método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento.

O método dedutivo, de acordo com a aceção clássica, é o método que parte do geral e, a seguir, desce ao particular. Parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica. E o método proposto pelos racionalistas (Descartes, Spinoza, Leibniz), segundo os quais só a razão é capaz de levar ao conhecimento verdadeiro, que decorre de princípios *a priori* evidentes \ e irrecusáveis.

8.1. Tipo de pesquisa quanto aos Objectivos

A presente pesquisa quanto ao objectivo foi do tipo é descritiva, que para Gil (2008, pág. 220) descreve um problema através de técnicas padronizadas de colecta de dados como questionário, entrevistas, filmagens, procura levantar e descrever informações sobre o tema proposto.

8.2. Tipo de pesquisa quanto a Abordagem

A presente pesquisa quanto a abordagem foi usada abordagem quantitativa.

Abordagem quantitativa, consiste na quantificação dos dados colectados. Se fará o uso de gráficos, tabelas, médias aritméticas e percentagens traduzidas em números para análise e interpretação de dados obtidos durante a pesquisa, (Gil, 200, pág. 221).

8.3. Tipo de pesquisa quanto aos Procedimentos

A presente pesquisa quanto aos procedimentos foi bibliográfica e Documental.

A pesquisa bibliográfica é aquela que é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido

algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (Gil, 2008, pág. 229).

8.4. Tipo de pesquisa quanto a Natureza

A presente pesquisa quanto a natureza foi básica

Pesquisa básica: aquela que objectiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista. Envolve verdades e interesses universais, (Gil, 2008, pág. 233).

8.5. Universo ou População

Segundo Lakatos e Marconi (2003, pág. 333), o universo ou a população-alvo é o conjunto dos seres animados e inanimados que apresenta pelo menos uma característica em comum, sendo N o número total de elementos do universo ou da população.

O universo do presente estudo foram todos os profissionais de saúde afectados no hospital Distrital de Mombaça e processos clínicos arquivados do sector da Cirurgia, que esteja dentro do período em estudo.

8.6. Amostra da Pesquisa

Segundo Lakatos e Marconi (2002. Pág. 335) Amostra é uma parcela convenientemente seleccionada do universo ou população, é um subconjunto do universo.

A amostra foi de 50 processos clínicos, e 10 profissionais de saúde que trabalham no sector de cirurgia do Hospital Distrital de Mombaça.

8.7. Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados

Técnica é o conjunto de processos operativos ou operações simples, que nos permite pesquisar algo, (Oliveira, 1996, pág. 155).

Os instrumentos de recolha de dados usados na presente pesquisa foram: a observação e a entrevista.

Para esta pesquisa foi aplicada técnica de amostragem probabilística aleatória simples, através da análise documental dos processos clínicos de neonatos internados no período em estudo.

8.8.Variáveis

Sexo;

Idade dos pacientes.

Anos de experiência do profissional de saúde.

Nível de escolaridade.

Dias de internamento.

Diagnostico.

Seguimento futuro (consultas externas).

CAPÍTULO IV

9. Apresentação, Leitura e Discussão dos Resultados

Participaram do estudo um total de 50 processos clínicos, correspondendo 100% da população inquerida, que estiveram distribuídas em 100% do sexo masculino.

Segundo Christman et al (1946, pág. 240), a Incidência relacionada as hérnias inguinais são: Sexo — As hérnias inguinais são mais frequentes nos homens do que nas mulheres. Essa disparidade é determinada por dois fatores: o trabalho mais pesado executado pelos homens e a persistência mais frequente do conduto peritoniovaginal.

As desencadeantes consistem nos esforços violentos que, agindo sobre o local enfraquecido, levam ao aparecimento do saco herniário (Domenech, 1947, paga. 445).

Tabela 1. Descrição do sexo do paciente

Sexo do Paciente				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	50	100.0%	100.0%	100.0

Fonte: Autora, 2022.

Em relação a raça dos pacientes verificou – se que, todos os pacientes são de raça negra.

As desencadeantes consistem nos esforços violentos que, agindo sobre o local enfraquecido, levam ao aparecimento do saco herniário (Domenech, 1947, paga. 445).

Tabela 2. Descrição de Raça do Paciente

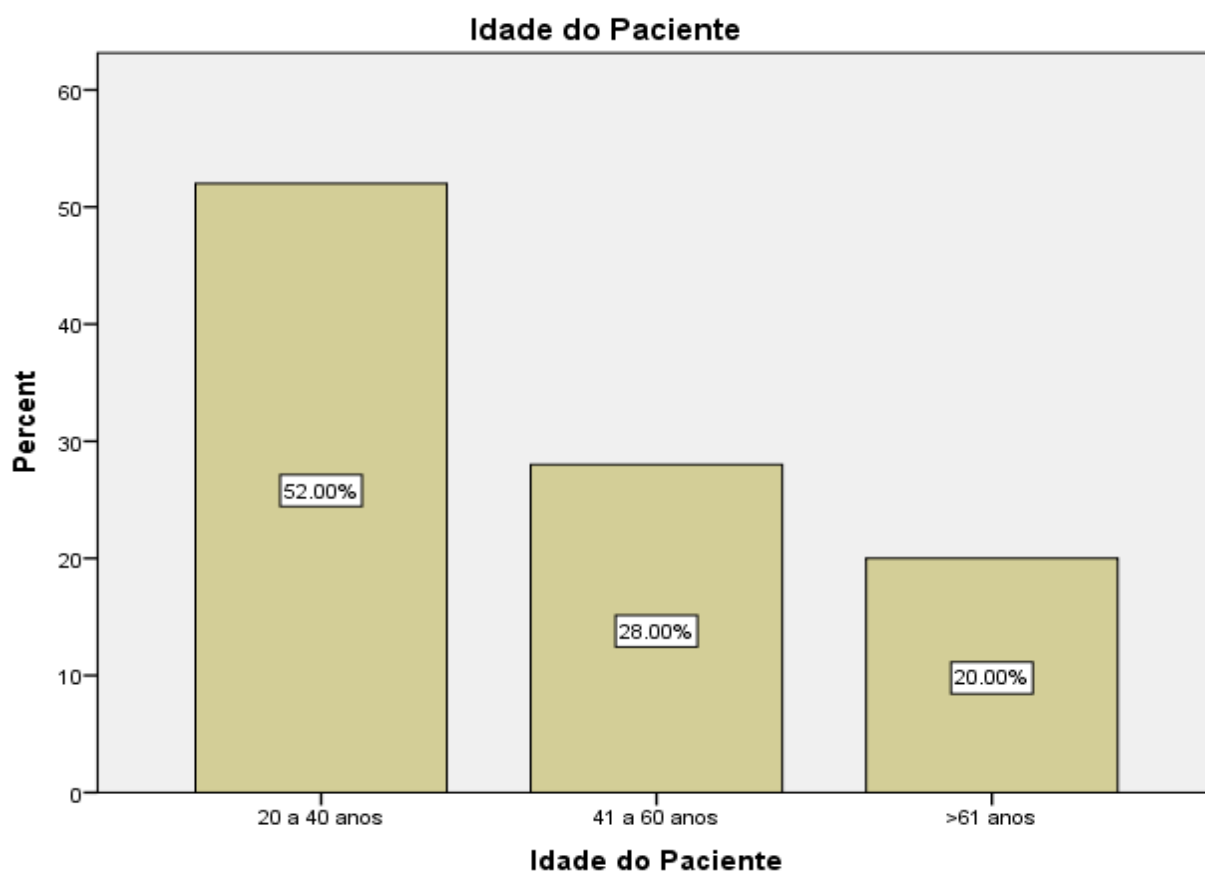
Raça de Paciente				
	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Negra	50	94.3	100.0	100.0
Missing System	3	5.7		
Total	53	100.0		

Fonte: Autora, 2022.

Em relação a idade dos pacientes verificou – se que, maior número de pacientes pertence a faixa etária correspondente a 20 a 40 anos de idades com percentagem de 52%, seguida de pacientes 41 anos a 60 anos de idades com uma percentagem de 28% e com menor percentagem de pacientes a faixa etária maior que 60 anos de idade com 20%.

Segundo Christman et al (1946, pág. 240), a Incidência relacionada as hérnias inguinais são: Idade — No primeiro ano de vida, quase todas as hérnias são oblíquas externas, sendo duas vezes mais frequentes no menino do que na menina. Tanto a direta como a oblíqua externa são mais frequentes nas 2ª e 3ª décadas da vida.

Gráfico 1. Descrição da Idade do Paciente



Fonte: Autora, 2022.

Em relação a proveniência do paciente, de referir que segundo os dados colhidos e a tabela abaixo indicam que a localidade ou posto administrativo com maior incidência é 7 de Abril com 18.9%, seguida de Napila com 17% e com menor percentagem de casos esta Namige com 9.4% de casos.

Tabela 3. Descrição da proveniência do paciente

		Proveniência do Paciente				
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Miaja	7	13.2	14.0	14.0	
	Geba	7	13.2	14.0	28.0	
	Mema - Sede	6	11.3	12.0	40.0	
	Namahaca	6	11.3	12.0	52.0	
	7 de Abril	10	18.9	20.0	72.0	
	Namige	5	9.4	10.0	82.0	
	Napila	9	17.0	18.0	100.0	
	Total	50	94.3	100.0		
	Missing	System	3	5.7		
	Total		53	100.0		

Fonte: Autora, 2022.

Sobre os diagnósticos dos pacientes, constatou – se que a maioria dos pacientes tiveram diagnostico Hérnia Escrotal com 40%, seguida de Hérnia Inguinal com 22%, posteriormente com a menor percentagem a Hérnia Inguinal + Hidrocele com 18%.

Hoje em dia, a maioria dos doentes apresenta hérnias de pequenas dimensões, sendo que algumas delas são hérnias assintomáticas que colocam ao cirurgião o dilema de as tratar cirurgicamente ou não (Bastos, 1962, pág. 185).

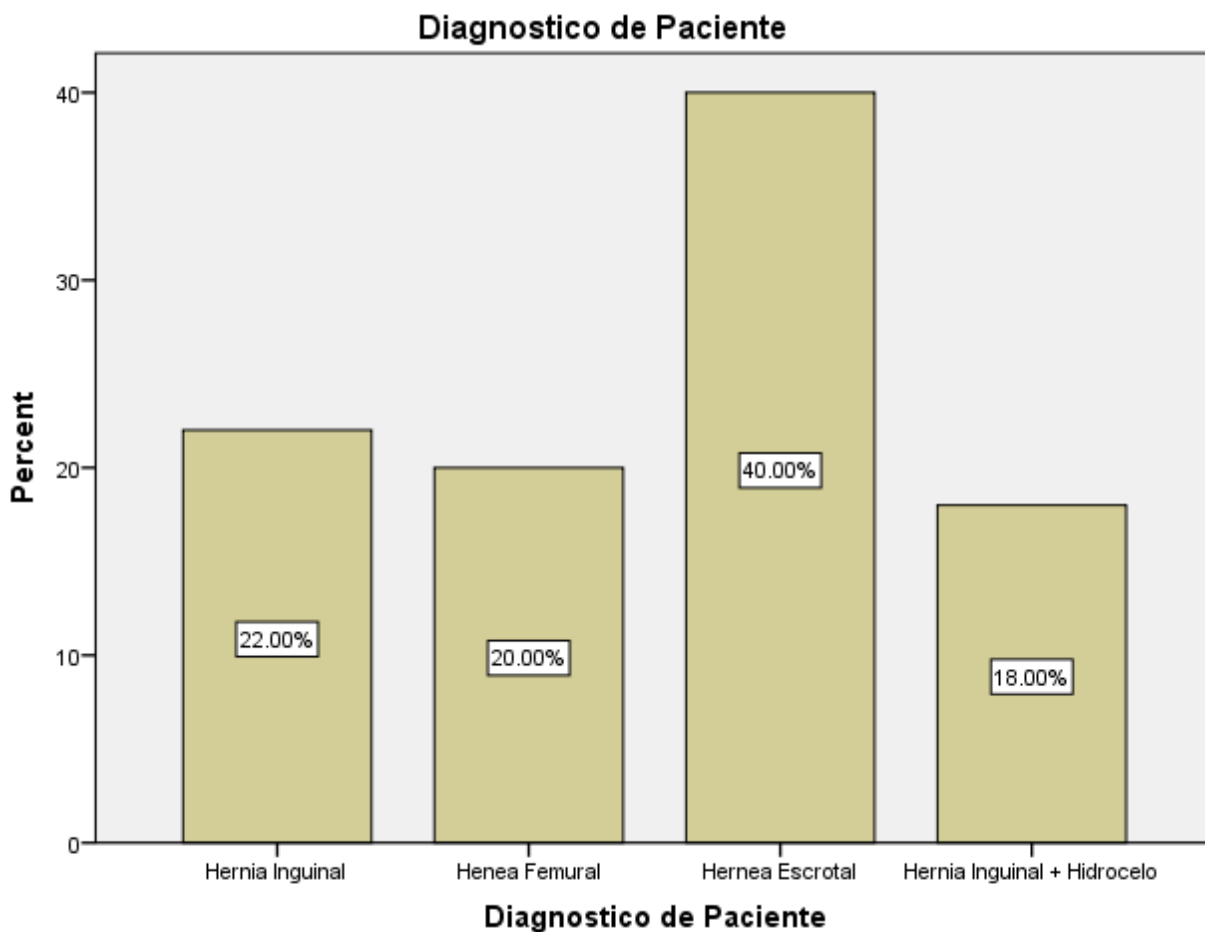
Como refere Berrros (1940, pág. 155) que, região ínguino-abdominal é um triângulo, limitado medialmente pelo bordo externo do músculo reto do abdómem, em baixo pela prega inguinal e, em cima, por uma linha que une as duas espinhas ilíacas anteriores e superiores. Encontramos nessa região as seguintes camadas, indo da superfície para a profundidade: pele, subcutâneo, músculos, fáschia transversais e seus reforços, e peritônio.

Conforme Goffi et al, (1953, pág. 401) afirmam que, a hérnia inguinal é diagnosticada pela anamnese e principalmente pelo exame físico local. Com o tempo, a tumoração vai aumentando de volume, podendo ou não atingir o escroto. No início, desaparece em repouso e só surge aos esforços; posteriormente, ela persiste mesmo em repouso, sendo necessário reduzi-la com

manobras manuais. Podem surgir dores ou sensação molesta de peso no local, irradiadas às vezes para o abdômem.

Como salienta guerreiro (1945, pág. 433) as hérnias inguinoscrotais devem ser distinguidas das hidroceles e do linfedema do escroto, da infiltração urinosa das bolsas e dos tumores do testículo e epidídimo. Distinguem-se da hidrocele vaginal volumosa por não ser esta redutível por manobras manuais, apresentar sinal do piparote e apresentar-se translúcida nas provas da transiluminação.

Gráfico 2. Descrição do Diagnostico de Paciente



Fonte: Autora, 2022.

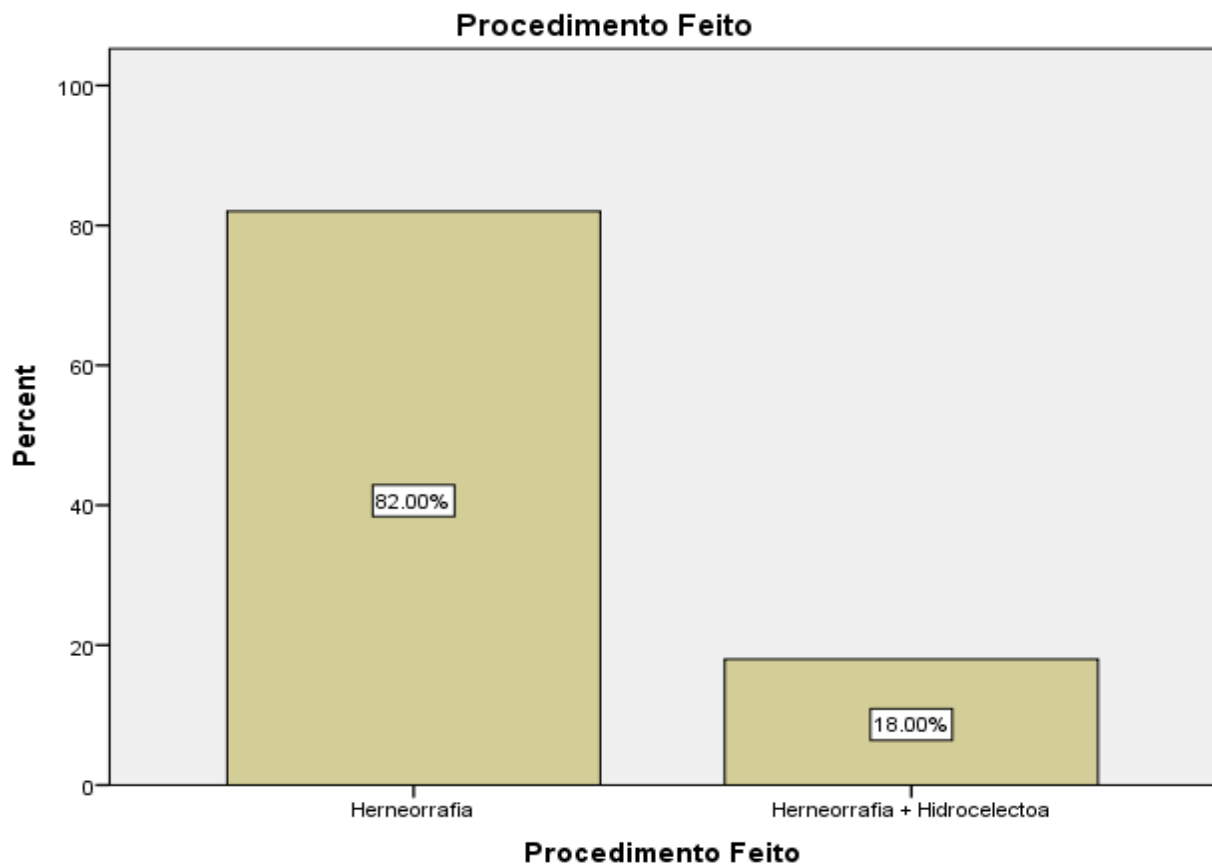
E em relação aos procedimentos, constatou – se que a maioria dos pacientes tiveram herniorrafia com 82% seguida de herniorrafia + hidrocelectomia com 18%.

A técnica cirúrgica das hérnias apresenta bases importantes, que a nenhum cirurgião geral é lícito ignorar. Há, por outro lado, pormenores de tática, que variam conforme as escolas, o caso a ser operado e a habilidade do cirurgião (Kirschner, 1943, pág. 502).

Segundo Monteiro (1955, pág. 406),

A incisão de herniorrafia se faz na bissetriz do ângulo formado pela arcada inguinal e bordo lateral do músculo reto do abdome, ou um pouco mais oblíqua, paralelamente à arcada; conforme o tamanho da hérnia e as condições individuais, variará a extensão de 12 a 18 cm, terminando sempre a incisão na altura da espinha do púbis.

Gráfico 3. Descrição dos procedimentos feitos

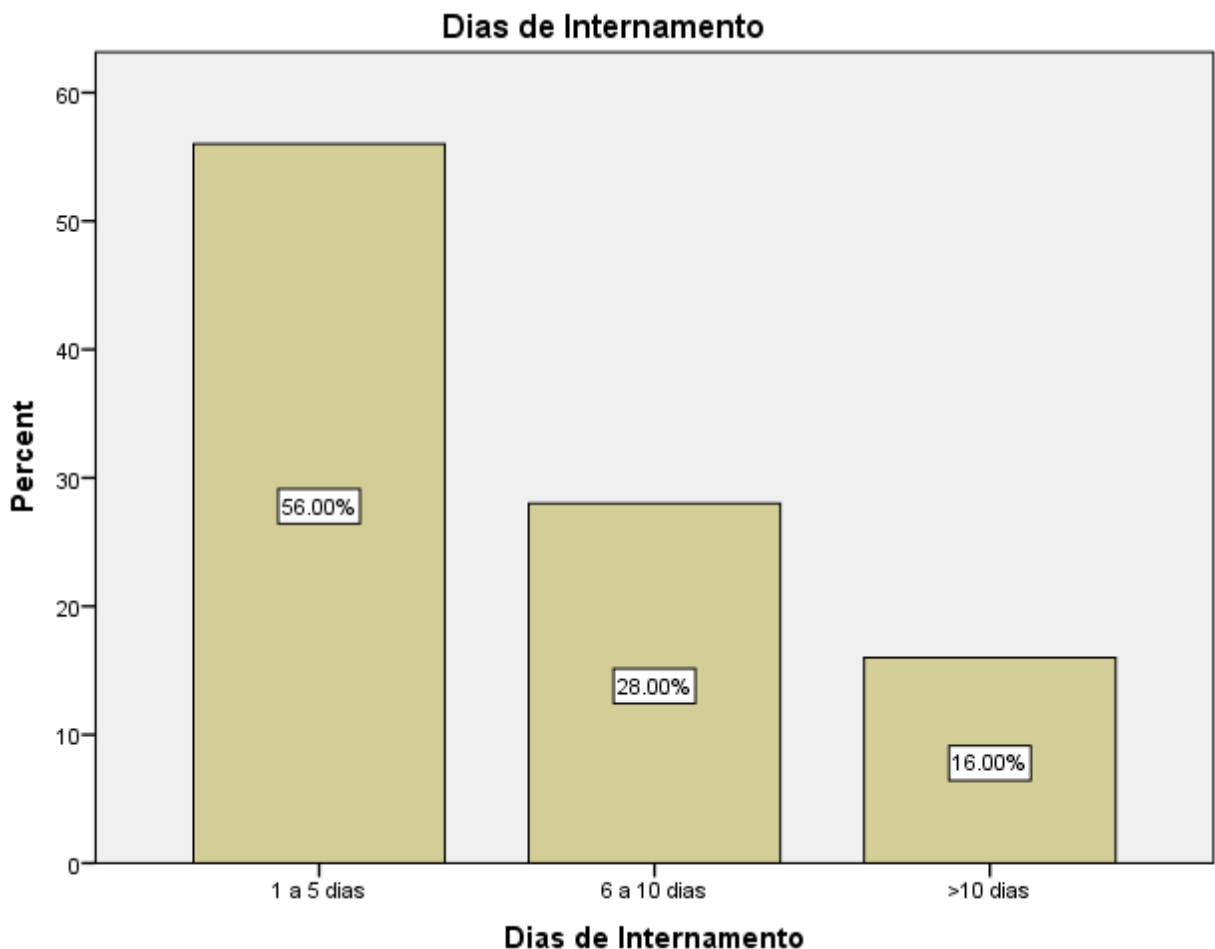


Fonte: Autora, 2022.

De referir que, em relação aos dias que os pacientes ficam internados na enfermaria em causa constatou – se que, em média os pacientes ficam internados no intervalo de 1 a 5 dias, que equivale a 56% dos casos, seguida de 28% correspondentes a internamentos de 6 a 10 dias e por último com 16% que constitui menor percentagem de dias de internamentos, mais de 10 dias.

Segundo Horta (1955, pág. 390) o dreno deve ser retirado no 2.º ou 3.º dia do pós-operatório. É sempre recomendável darmos alguns pontos de categute no subcutâneo, para diminuirmos o espaço morto.

Gráfico 4. Descrição dos dias de Internamento



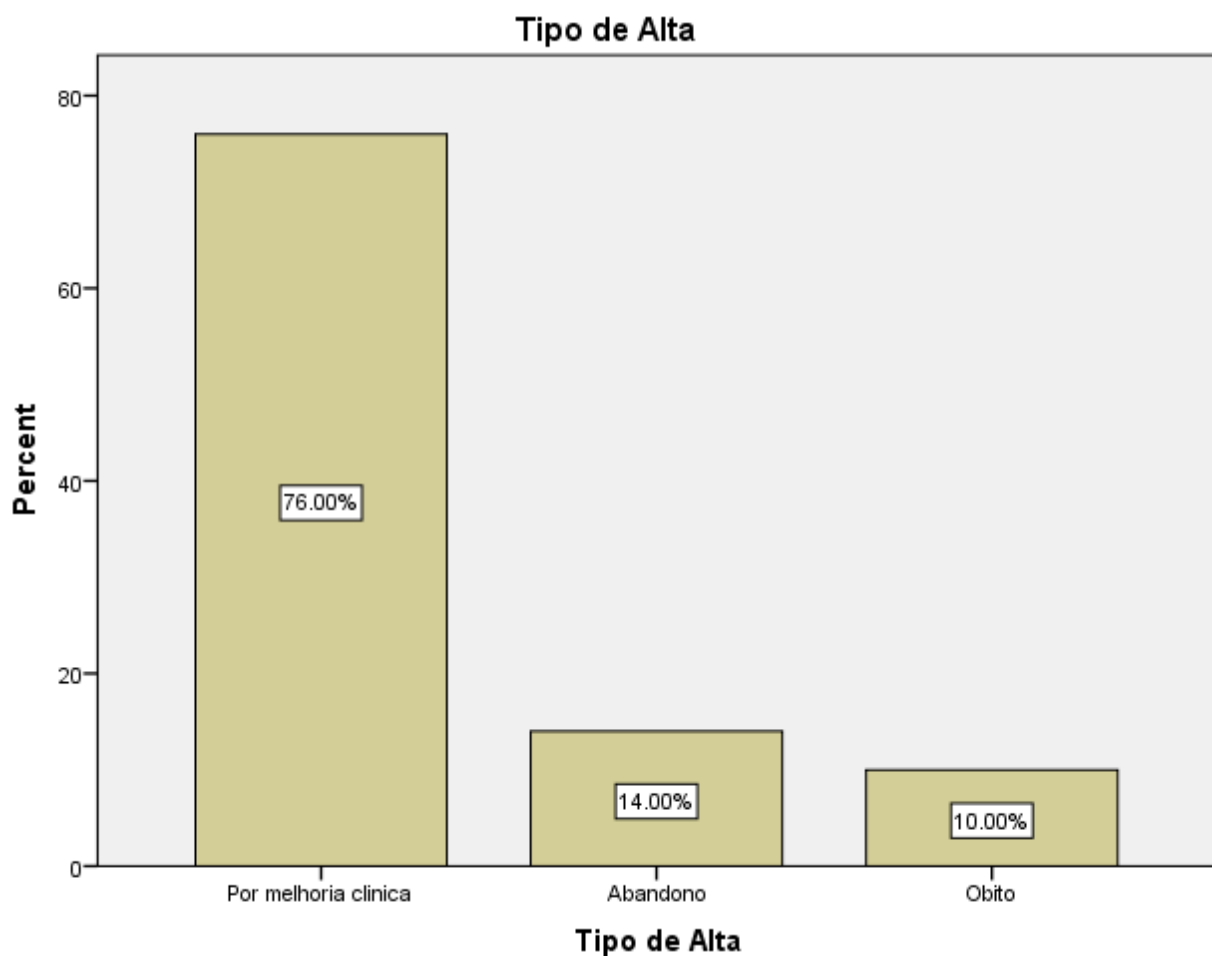
Fonte: Autora, 2022.

E em relação as altas, constatou – se que a maioria dos pacientes tiveram alta por melhoria com 76% seguida de óbito com 10%.

Segundo Horta (1955, pág. 390), Recomendação importante na cirurgia das hérnias é a hemostasia cuidadosa, a fim de que se evitem os hematomas pós-operatórios, os quais comumente se infectam. A supuração da parede é responsável, em grande escala, pelas recidivas das hérnias.

Segundo Domenech (1947, pág. 407), diz que em todos os tempos, o problema das recidivas das hérnias tem preocupado os cirurgiões. Os vários processos de herniorrafias têm-se sucedido, visando a proporcionar melhor reforço da região inguinal, mas não se pode dizer, em sua consciência, que se tenha chegado a excluir as recidivas.

Gráfico 5. Descrição do tipo de Alta



Fonte: Autora, 2022.

CAPÍTULO V

10. Conclusão

O estudo identifica ainda a importância de políticas públicas no combate e prevenção das principais variáveis que levam a que podem levar ao aparecimento das hérnias, porem constatou – se que, em lugares recônditos a população não tem tido uma fonte de sustentabilidade recorrendo a dependência da machamba, ao qual fazem rotineiramente e incansavelmente, alem da pesca que requer expor – se as temperaturas baixas, estes e outros factores foram constatados. Por outro lado, não existem brigadas que cheguem constantemente as zonas para a informação dos mesmos.

As possíveis limitações deste estudo podem estar relacionadas à coleta de dados por meio de entrevistas maternas e ausência de uma análise de dados nos registos hospitalares.

10.1. Limitações do estudo

- ❖ A falta de informação completa em diversas variáveis estudadas;
- ❖ Falta de complementação com auxílio dos profissionais de saúde.

10.2. Recomendações

- ❖ Estudos devem ser feitos com vista a determinar a real prevalência / índice no distrito de Momba;
- ❖ Realizar estudos para averiguar conhecimentos, atitudes e práticas da população em relação as hérnias;
- ❖ Realização de programas de saúde com vista a educar a população em relação a patologia;
- ❖ Criar condições para reforçar os meios auxiliares de diagnóstico com vista a obter um rápido diagnóstico e consequentemente um rápido plano de acção.
- ❖ Formações continuas dos profissionais de saúde para actualização dos conteúdos inerentes as hérnias

11. Referencias Bibliográficas

- Anson, B. J.; McVAY, C. B. (1938) *Inguinal hérnia. The anatomy of the region.* Surg. Gynec. Obstet. 66.
- Anson, B. J.; McVAY, C. B. (1949) *Inguinal and femoral hernioplasty.* Surg. Gynec. Obstet. 88.
- Barros filho, N. M. (1940), *Conceito atual sobre o tratamento das hérnias crurais: técnica de Dickson modificada.* Arq. Cir. clín. exp..
- Bastos, E. S. (1962) *Simpósio sobre tratamento das hérnias abdominais.* Rev. paul. Med.
- Bernard, R.; et al (1946) *Técnica Quirúrgica.* Ateneo, Buenos Aires.
- Christopher, F. (1945), *A Textbook of Surgery.* Saunders, Philadelphia.
- Domenech-Alsina, F. (1947), *Dianóstico y Terapêutica Quirúrgicos de urgência.* Salvat, Barcelona.
- Franco, S. C; Visconti neto, M. (1957), *Considerações sobre o tratamento das hérnias inguinais e crurais pela técnica de Anson-McVay (herniorrafia com o ligamento de Cooper).* Rev. paul. Med., 50.
- Gil, António Carlos, (2008), *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*; 6ª Edição, editora Atlas S.A. São Paulo.
- Goff, F. S. et al, (1955), *Bases da cirurgia das hérnias inguinais.* Rev. Cirurg. S. Paulo..
- Goffi, F. S. et al (1953), *Alguns aspectos da etiopatogenia das hérnias inguinais.* Rev. paul. Med.
- Guerreiro, W. (1945), *Hérnias do sulco lateral do abdome.* Med. Cir. Farm., n» 113, p. 508-38
REVISTA DE MEDICINA 524.
- Horta, A. C. L. (1955), *Da utilização do ligamento redondo do útero no tratamento da hérnia crural.* Rev. Med. Cirurg. S. Paulo.
- Kirschner, M.(1943), *Tratado de Técnica Operatoria General y Especial.* Labor, Barcelona.
- Lakatos e Marconi (2002), *Técnicas de Pesquisa*; editora atlas, 5ª Edição, São Paulo.
- Lakatos e Marconi (2003), *Fundamentos de Metodologia Científica.* Editora Atlas, 5ª edição. São Paulo.

McVAY, C. B.; Anson, B. J. (1942), *A fundamental error in current methods of inguinal herniorrhaphy*. Surg. Gynec. Obstet.

Monteiro, A. (1955), *Técnica Cirúrgica*. Edit. Científica, Rio de Janeiro.

Oliveira, A. B. (1960), *Cirurgia das hérnias inguinais e crurais. Atualização Cirúrgica*, edição particular, São Paulo.

12. Anexos



Figura 1. Autora durante a colheita dos Dados



Figura 2. Autora colhendo dados no Hospital Distrital de Memba