



UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnico e Universitária de Nacala

ISPUNA

Licenciatura em Enfermagem

**Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento: caso Hospital Distrital de
Memba, 2019-2020**

Fátima Armando R. Assumane

Nacala-Porto, Junho 2021

Fátima Armando R. Assumane

Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento: caso Hospital Distrital de
Memba, 2019-2020

Monografia a ser apresentado ao ISPUNA-
Universidade Politécnica como requisito parcial
para Obtenção do Grau de Licenciatura em
Enfermagem para fim do Curso.

Supervisor: dr. Humberto Salamandane

Nacala-Porto, Junho 2021

Índice

Lista de figuras	v
Lista de Tabelas	vi
Lista de Gráficos.....	vii
Lista de Abreviaturas.....	viii
DECLARAÇÃO DE HONRA	ix
DEDICATÓRIA.....	x
AGRADECIMENTOS	xi
Resumo	xii
CAPÍTULO I.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Tema	14
1.2. Delimitação do Tema.....	14
1.3. Problematização.....	15
1.4. Justificativa.....	17
1.5. Objetivos.....	18
1.5.1. Objectivo geral	18
1.6. Hipóteses	18
1.7. Variáveis e Indicadores	19
CAPÍTULO II.....	21
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2. OCLUSÃO INTESTINAL	21
2.1. Hérnias.....	21
2.1. Classificação das hérnias	21
2.1.1. Hérnias encarceradas e estranguladas.....	21
2.1.2. Base anatômica	22
2.2. Hérnias inguinais: Incidência	24
2.2.1. Classificação das hérnias inguinais	24
2.2.2. Etiologia das hérnias inguinais.....	26
2.2.3. Diagnóstico.....	27
2.2.4. Evolução e complicações.....	29

2.2.5. Tratamento das hérnias inguinais	29
2.2.5.1. Classificação das herniorrafias	31
2.2.5.2. Conduta nas hérnias inguinais estranguladas	32
2.2.6. Técnicas cirúrgicas	32
2.2.6.1. Técnica de Lichtenstein: descrição.....	32
2.2.6.1.1. Principais complicações da técnica de Lichtenstein.....	34
2.2.6.2. Técnica laparoscópica: descrição	34
2.2.6.3. Técnica de Bassini	36
2.2.6.4. Técnica de McVay.....	37
2.2.6.5. Técnica de Shouldice.....	37
2.2.7. Hérnia inguinal recidivada.....	37
CAPÍTULO III	39
3. METODOLOGIA DE PESQUISA	39
3.1. Tipos de pesquisa	39
3.1.1. Pesquisa quanto aos objectivos	39
3.1.2. Pesquisa quanto a abordagem.....	39
3.2.1. Pesquisa quanto aos procedimentos	40
3.2. Técnicas e instrumentos de colecta de dados	40
3.2.1. Questionário	40
3.2.2. Observação	41
3.3. Universo da pesquisa.....	41
3.4. Amostra	41
CAPÍTULO IV	42
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	42
4.1. Parte I.....	42
4.2. Parte II	45
4.3. Parte III.....	46
4.4. Parte IV.....	47
4.5. Discussão de resultados.....	49
Conclusão	51
Referencias bibliográficas	52

ANEXOS	54
APÊNDICE	55

Lista de figuras

Figura 1: Posição de hérnia inguinal.	24
Figura 2: Hérnias inguinais.....	25
Figura 3: Evolução das hérnias inguinais.....	27
Figura 4: Manejo da hérnia inguinal.....	31

Lista de Tabelas

Tabela 1: Hipóteses, Variáveis e indicadores	20
Tabela 2: Tipo de Hérnia Inguinal.....	47
Tabela 3: Técnicas Cirúrgicas no HDM.....	48

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Incidência de Hérnia Inguinal	48
Gráfico 2: Técnicas Cirúrgicas	49

Lista de Abreviaturas

HDM – Hospital Distrital de Memba

HI – Hérnia Inguinal

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Fátima Armando R. Assumane declaro que este trabalho com o tema: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento:** caso Hospital Distrital de Memba, 2019-2020, é da minha autoria que resultou de um trabalho de investigação.

Nacala-Porto, de Junho 2021

/Fátima Armando R. Assumane/

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu Marido;
E à minha Mãe.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecer a Deus, todo poderoso que sempre me deu forças para lutar e enfrentar as dificuldades encaradas ao longo dos momentos difíceis da carreira estudantil;

Ao meu supervisor dr. Humberto Salamandane pela orientação académica e científica deste trabalho.

Igualmente agradeço aos meus docentes e aos meus colegas que sempre compreenderam os meus erros e as dificuldades;

De igual modo, estende-se aos meus colegas e amigos que sempre me acompanharam de perto nos derradeiros momentos da vida académica;

Por último, a todos que directas ou indirectamente contribuíram com o seu saber, prestando informações valiosas para o trabalho, vai o meu agradecimento.

Resumo

A pesquisa levada a cabo com tema Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento, visou analisar o cumprimento da conduta e das técnicas cirúrgicas durante a correção das hérnias inguinais no Hospital Distrital de Memba. Este estudo tratou-se de uma pesquisa da área da saúde concretamente das perturbações intestinais e decorreu no Hospital Distrital de Memba no período de Janeiro de 2019- Novembro de 2020 e enquadra-se na disciplina de Patologia Médica Cirúrgica. Para a sua efectivação levantou-se o seguinte problema: Como a observância da conduta e das técnicas cirúrgicas durante a correção das hérnias inguinais nos pacientes, garantem uma boa intervenção e redução da taxa de recidiva no Hospital Distrital de Memba? Para responder a esta questão foram colocadas as seguintes hipóteses: Os casos de recidivo de hérnia inguinal pode ser originado pela não observância da conduta; Falhas na escolha da técnica cirúrgica apropriada para a correção pode contribuir para a não eliminação definitiva da HI; Falta de material cirúrgico estará ocasionando dificuldades no tratamento das hérnias inguinais no HDM. Esta pesquisa usou o método hipotético-dedutivo. Foi uma pesquisa Descritiva que usou como instrumentos de recolha de dados, o questionário e a observação, devido a natureza da pesquisa por ser um estudo de caso. Foram inquiridos 17 funcionários do HDM tendo se concluído que o HDM tem recebido muitos casos de HI na sua maioria estranguladas causadas por um esforço físico exercido pelos pacientes, devido a trabalhos pesados, são utilizadas técnicas cirúrgicas de Bassini e McVay e Mayo e há uma observância da conduta cirúrgica no tratamento das hérnias inguinais. Comportou estrutura do trabalho: Capítulo I onde se apresenta a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos (gerais e específicos) e as hipóteses do tema; seguido do Capítulo II, com enquadramento teórico que contempla os conceitos relacionados com o tema; o Capítulo III, referente aos procedimentos metodológicos, onde destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa e por fim o Capítulo IV que apresenta os dados e os resultados alcançados.

Palavras-chaves: Hérnia, Inguinal, Técnica Cirúrgica.

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

A presente Monografia tem como tema: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento:** caso Hospital Distrital de Memba – (2019-2020), com a finalidade de analisar a conduta nas hérnias inguinais durante o processo cirúrgico no Hospital Distrital de Memba.

Hérnia em latim significa ruptura ou rasgo. É definida como uma protrusão anormal de um órgão ou tecido por um defeito em suas paredes circundantes. Podem ocorrer em vários locais do corpo, porém esses defeitos mais comumente envolvem a parede abdominal, em particular a região inguinal.

A hérnia inguinal (HI) sempre foi motivo de preocupação entre os cirurgiões, principalmente pelo alto índice de recidivas e por suas complicações, como encarceramento e estrangulamento, que podem ocasionar obstrução e necrose do conteúdo do saco herniário, muitas vezes do intestino, levar à peritonite e ao óbito. Algumas hérnias recidivam, têm como principais causas a falha técnica, a ausência de boa estrutura músculo-aponeurótica e o esforço físico do paciente

As hérnias inguinais podem ser classificadas em indirecta, que desce ao longo do canal inguinal, e directa, que faz protrusão através do triângulo de Hesselbach. A primeira, de carácter congênito, ocorre pela persistência do conduto peritónio-vaginal. A segunda é adquirida como resultado de uma fraqueza na fáscia transversal, que tem demonstrado estar relacionada a defeitos hereditários na síntese ou renovação do colagénio. O diagnóstico clínico pode não ser muito fácil pelo facto de as hérnias inguinais serem, na maioria das vezes, assintomáticas.

Estas hérnias ocorrem por ruptura de estruturas músculo-aponeuróticas constituindo um problema mecânico sendo assim a cirurgia o único tratamento. É nesse sentido que o processo cirúrgico deve obedecer rigorosamente uma conduta e técnicas apropriadas para que após o processo operatório não ocorram recidivas ou seja submetido a outra cirurgia passado um determinado tempo.

Faz estrutura do projecto: no capítulo I apresenta-se a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos e as hipóteses; no capítulo II, inicia-se com enquadramento teórico; e no capítulo III, refere-se aos procedimentos metodológicos, onde destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa., o orçamento e o cronograma de actividades.

1.1. Tema

Para Lakatos & Marconi (2003, p.158) “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar e, pode perdurar por toda a pesquisa, onde nesse caso, deverá ser frequentemente revisto”.

A presente pesquisa tem como tema: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento:** caso Hospital Distrital de Memba - 2019-2020.

1.2. Delimitação do Tema

Segundo Lakatos & Marconi (2003, p.161) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação.

Portanto, trata-se de uma pesquisa da área da saúde concretamente das perturbações intestinais.

Este estudo irá decorrer no Hospital Distrital de Memba no período de Janeiro de 2019-Novembro de 2020.

A preferência deste local é de tratar-se da maior unidade do distrito que recebe maior número de doentes daquela região e por ser o local onde a pesquisadora realizou o estagio profissional.

O tema em estudo enquadra-se na disciplina de Patologia Médica Cirúrgica.

1.3. Problematização

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 selecção da melhor técnica cirúrgica para cada doente.

Actualmente, persistem as dúvidas sobre qual o melhor método cirúrgico para a correcção das hérnias inguinais, o que é notório no HDM. No principio verifica-se demoras na intervenção cirúrgica a hérnias devido a dificuldades de escolha da melhor técnica para o efeito uma vez que os casos se apresentam de formas diferentes e a sua complexidade também diferente.

A apresentação clínica destas hérnias varia desde um quadro assintomático até quadros graves de peritonite e sepse abdominal. O sintoma mais frequente é a dor localizada de leve a moderada intensidade, secundária à dilatação do anel herniário pelo conteúdo que está herniado.

Outra questão prende-se com o processo de preparação dos pacientes a serem submetidos na cirurgia. Pode-se notar no HDM uma omissão de algumas etapas de preparação. Este problema pode abrir espaço para uma fraca observância da conduta cirúrgica em hérnias.

A hérnia inguinal (HI) sempre foi motivo de preocupação entre os cirurgiões, principalmente pelo alto índice de recidivas e por suas complicações, como encarceramento e estrangulamento, que podem ocasionar obstrução e necrose do conteúdo do saco herniário, muitas vezes do intestino, levar à peritonite e ao óbito.

Actualmente existem diversas técnicas cirúrgicas disponíveis, pelo que o cirurgião deve escolher a melhor técnica discutindo os riscos e benefícios de cada uma com o doente. A escolha da técnica deve levar em consideração diversas variáveis: taxa de recidiva, segurança (risco de complicações), recuperação pós-operatória e qualidade de vida (retorno ao trabalho), grau de dificuldade e reprodutibilidade (curva de aprendizagem) e custos (custos hospitalares e sociais).

A literatura é consensual em não aconselhar o tratamento cirúrgico nos doentes assintomáticos e nos doentes sintomáticos não existe consenso sobre a melhor técnica cirúrgica.

É com base nestes fundamentos que se pretende entender até que ponto as técnicas cirúrgicas no tratamento das hérnias inguinais são obedecidas de modo a se ter hérnias recidivadas. Assim é questão da pesquisa: **Como a observância da conduta e das técnicas cirúrgicas durante a correcção das hérnias inguinais nos pacientes, garantem uma boa intervenção e redução da taxa de recidiva no Hospital Distrital de Memba?**

1.4. Justificativa

Ainda que possa apresentar início abrupto ou insidioso, o surgimento de hérnia inguinal se associa à predisposição genética (doença de Marfan, doença renal policística), tabagismo, idade avançada, desnutrição, obesidade, gravidez, doença pulmonar obstrutiva crônica, ascite, constipação intestinal, esforço físico intenso, doença prostática, escorbuto ou distúrbios metabólicos.

Nos últimos dois séculos, a abordagem terapêutica para hérnia inguinal tem sofrido transformações radicais, tanto em técnica como em material cirúrgico. Historicamente, hérnias inguinais eram corrigidas com uso de tecido do próprio paciente. Contudo, a evolução de técnica incluiu, principalmente, reconstrução do canal inguinal com sutura em quatro planos, uso de prótese sintética (tela) livre de tensão (Lichtenstein) e herniorrafia por via laparoscópica.

Em relação a hérnias inguinais bilaterais, a abordagem depende da extensão do defeito herniário, com opções de uso da via laparoscópica, de tela ou de incisões separadas. Entretanto, herniorrafia inguinal bilateral tem sido tradicionalmente associada à taxa de recidiva quase duas vezes maior que a do reparo unilateral.

O tratamento das hérnias inguinais é eminentemente cirúrgico. Verifica-se a entrada de alguns casos de hérnias recidivas no HDM muitas vezes com as mesmas causas, o que pode dar a entender que nas intervenções anteriores houve um descuido ou uma desatenção por parte dos cirurgiões pré ou pós-operatórias. Foi neste contexto que nasceu o interesse pelo estudo desta problemática uma vez que ela se insere no profissionalismo da pesquisadora.

Assim, esta pesquisa é relevante não só para a pesquisadora uma vez que irá consolidar os conhecimentos inerentes ao processo de tratamento das hérnias, assim como poderá servir de instrumento de consulta para a universidade e futuros investigadores da área da saúde. Não obstante a isso, esta a sua importância na medida que constitui uma ferramenta de aquisição de conhecimentos para a sociedade e de modo geral trará soluções de questões relacionadas a técnicas cirúrgicas no tratamento das hérnias inguinais.

Sendo a finalidade da pesquisa analisar o cumprimento da conduta e técnicas cirúrgicas nas hérnias inguinais, faz perceber a relevância do tema a estudar e uma vez realizada, será de grande importância visto que será um instrumento para reciclagem dos profissionais da área cirúrgica do HDM e uma fonte de conhecimento para acadêmicos e a sociedade no geral.

1.5. Objectivos

O objectivo toma explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto. Para Lakatos (1992, p.102), a especificação do objectivo de uma pesquisa responde às questões, *Para que? e Para quem?* “o objectivo da ciência não é somente aumentar o conhecimento, mas o de aumentar as nossas possibilidades de continuar aumentando o conhecimento”.

1.5.1. Objectivo geral

Segundo Lakatos (2003, p. 219), objectivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se directamente à própria significação da tese proposta pelo projecto.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como objectivo geral:

- Analisar o cumprimento da conduta e das técnicas cirúrgicas durante a correcção das hérnias inguinais no Hospital Distrital de Memba.

1.5.2. Objectivos específicos

De acordo com Lakatos (2003, p. 219), os objectivos específicos apresentam carácter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objectivo geral e, de outro, aplicá-lo a situações particulares.

Assim, esta pesquisa tem como objectivos específicos:

- Identificar as etapas do processo preparativo e a conduta para o tratamento da hérnia inguinal no HDM;
- Comparar as técnicas cirúrgicas do processo de tratamento da hérnia inguinal;
- Identificar os materiais de intervenção cirúrgica para a correcção de HI existentes no HDM.

1.6. Hipóteses

De acordo Richardson (1999, p.55), Hipóteses “Podem ser definidas como tentativas de soluções, previamente seleccionadas, do problema de pesquisa. Permitirão orientar a análise dos dados no sentido de aceitar ou rejeitar essas tentativas de soluções”.

Para responder à questão da pesquisa, são levantadas as seguintes hipóteses:

- **Hipótese 1:** Os casos de recidivo de hérnia inguinal pode ser originado pela não observância da conduta;
- **Hipótese 2:** Falhas na escolha da técnica cirúrgica apropriada para a correção pode contribuir para a não eliminação definitiva da HI;
- **Hipótese 3:** Falta de material cirúrgico estará ocasionando dificuldades no tratamento das hérnias inguinais no HDM.

1.7. Variáveis e Indicadores

Segundo Koche cit. Por Lakatos & Marconi (1992, p.159), variáveis são aqueles aspectos, propriedades ou factores, mensuráveis ou potencialmente mensuráveis, através dos valores que assumem, discerníveis em um objecto de estudo, e indicadores são instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema ou resultado de uma intervenção na realidade -traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto de uma realidade.

Tabela 1: Hipóteses, Variáveis e indicadores

Hipóteses	Variáveis (x e y)	Indicadores
Os casos de recidivo de hérnia inguinal pode ser originado pela não observância da conduta;	(x) independentes Não observância de conduta.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hérnia Redutível: Consulta tardia com cirurgião de hérnias; ▪ H. Estrangulada: Cirurgia não emergencial.
	(y) dependente Recidivo de hérnia inguinal.	
Falhas na escolha da técnica cirúrgica apropriada para a correção pode contribuir para a não eliminação definitiva da HI;	(x) independente Falha na escolha de técnica cirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fraca experiência do cirurgião ▪ Presença de recidivas.
	(y) dependente Não eliminação definitivo da HI.	
Falta de material cirúrgico estará ocasionando dificuldades no tratamento das hérnias inguinais no HDM.	(x) independente Falta de material cirúrgico apropriado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Improviso de material ▪ Não cobertura a demanda
	(y) dependente Dificuldades no tratamento das HI..	

Fonte: Autora.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo tratar-se-á dos conceitos referentes ao tema em estudo que neste caso é: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento**. O desenvolvimento destes conceitos vai iniciar com a definição da hérnia.

2. OCLUSÃO INTESTINAL

2.1. Hérnias

A autora da pesquisa entende que a hérnia, se definiria 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.

Segundo Teixeira (2017. p.21), Hérnia é 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, tem-se 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.

2.1. Classificação das hérnias

Guerreiro (1997, p.508) classifica as hérnias em:

- a) Segundo o **local** em que se encontram: inguinais, crurais, umbilicais, diafragmáticas, paramedianas, epigástricas, lombares ou de Petit, obturadoras, perineais, etc.
- b) Segundo a **etiologia**: congênicas, adquiridas e pós-operatórias.
- c) Conforme a **reduzibilidade**: redutíveis, encarceradas e estranguladas.
- d) Conforme a **evolução**: simples e complicadas.
- e) Conforme o **conteúdo**: hérnias do intestino delgado, hérnias do intestino grosso, hérnias da bexiga, hérnias gástricas, etc.

2.1.1. Hérnias encarceradas e estranguladas

Goulart (2015, p.32) afirma que deve-se fazer distinção entre hérnias encarceradas e estranguladas. Nas primeiras, não se consegue sua redução, geralmente por estarem as alças ou o epíplon

fortemente presos 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.

Para este autor, não exigem para tais hérnias tratamento cirúrgico de urgência. Algumas hérnias podem sofrer encarceramento temporário, sendo reduzidas com o repouso e manobras manuais. 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.

Para Netto (1985) 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.

Lex (1986 p.24) afirma que,

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.

2.1.2. Base anatômica

É a região ínguino-abdominal um triângulo, limitado medialmente pelo bordo externo do músculo reto do abdome, em baixo pela prega inguinal e, em cima, por uma linha que une as duas espinhas ilíacas anteriores e superiores. Encontram-se nessa região as seguintes camadas, indo da superfície para a profundidade: pele, subcutâneo, músculos, fáscia transversalis e seus reforços, e peritônio.

Segundo Bastos (1962, p.365-396) estudos recentes demonstraram que a designação é inexacta, pois não se trata de tendão. Além do mais, não há fusão e sim simples superposição das estruturas:

1. **Pele** — É móvel em toda a região, excepto na prega inguinal, onde é fixa. As linhas de força são oblíquas para baixo e para dentro.
2. **Subcutâneo** — Constitui-se de dois folhetos nítidos: fáscia de Camper, superficial, de aspecto areolar, e fáscia de Scarpa, mais profunda e de aspecto lamelar.

- 3. Músculos** — Oblíquo externo ou grande oblíquo, oblíquo interno ou pequeno oblíquo, cremaster e transverso do abdómen. O primeiro apresenta na região apenas sua aponeurose, com três feixes:
- a) **Superiores**, que são horizontais e formam a bainha anterior do músculo reto, terminando na linha alba;
 - b) **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 (1 a 3%, segundo os autores), há o pilar posterior, ou ligamento inguinal reflexo, que atravessa a linha mediana e se insere na borda superior do púbis;
 - c) **Inferiores**, que vão formar a arcada inguinal ou ligamento de Poupart; no extremo mediais 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.

- 4. Fascia transversalis** — Na região inguinal, há duas fascias e transversales: uma celulosa, que é a mesma existente em todo o abdómen, entre o peritónio e os músculos; outra, peculiar à região inguinal, muito mais forte, que constitui a verdadeira parede posterior do canal inguinal, a fascia transversalis fibrosa.
- 5. Peritónio** — Observa-se o peritónio da região, pelo lado da grande cavidade abdominal. Notam-se 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 úracó obliterado, o qual vai da bexiga à cicatriz umbilical.

2.2. Hérnias inguinais: Incidência

Segundo Lex (1986, p.16) a incidência das hérnias inguinais é de acordo com:

- a) **Sexo** — As hérnias inguinais são mais frequentes nos homens do que nas mulheres, na proporção de 3:1, segundo a maioria dos autores. Essa disparidade é determinada por dois factores: o trabalho mais pesado executado pelos homens e a persistência mais frequente do conduto peritônio-vaginal;
- 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 directa 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.

2.2.1. Classificação das hérnias inguinais

Segundo Goulart (2015, p.25), há três tipos de hérnias inguinais: oblíqua externa, directa e oblíqua interna. 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.



Figura 1: Posição de hérnia inguinal.
Fonte: Goulart 2015.

Segundo Lex (1986, p.34) a hérnia inguinal directa evidencia-se por um abaulamento da fascia transversalis, no triângulo de Hessert, portanto para dentro da artéria epigástrica. Quando atinge maior volume, a fascia 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 se viu, 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.



Figura 2: Hérnias inguinais

Fonte: Goulart 2015.

Segundo Kirschner (1943, p.190) há hérnias inguinais de crescimento bizarro, como no caso das intraparietais, em que o saco e seu conteúdo não acompanham o cordão espermático, mas caminham pelo subcutâneo da região inguinal ou pré-vesical.

De acordo com (Townsend cit. por Goulart 2015 p.30) a descrição tradicional das hérnias baseava-se na localização do defeito (ex.: indirecta, directa, femoral), o conteúdo do saco herniário (ex.: deslizamento, Richter, Littre) e a forma como se encontra o conteúdo (ex.: redutível, encarcerado, estrangulado).

No entanto, a variabilidade desta classificação não permitia comparar estudos e doentes, pelo que surgiu a necessidade de desenvolver outras escalas de classificação.

Uma das escalas mais utilizadas como afirma Goulart (2015), é a classificação de Nyhus/Stoppa:

- **Tipo 1:** hérnia indirecta com anatomia normal do anel inguinal profundo
- **Tipo 2:** hérnia indirecta com dilatação do anel inguinal profundo
- **Tipo 3:** hérnia com defeito no pavimento do canal inguinal
 - A. hérnia inguinal directa
 - B. hérnia inguinal directa e indirecta (pantaloon)
 - C. hérnia femoral
- **Tipo 4:** hérnia recidivada
 - A. directa
 - B. indirecta
 - C. femoral
 - D. combinada

2.2.2. Etiologia das hérnias inguinais

De acordo com Goffi (1953) deve-se considerar, na etiologia das hérnias inguinais, as causas predisponentes e as desencadeantes (p.17). Para este autor, 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.

McVay (1992) afirma que, como se sabe da embriologia, os testículos formam-se nas regiões lombares, junto aos rins. Note-se que são irrigados pelas artérias espermáticas, ramos da aorta, as quais nascem próximo das artérias renais. Entre o 6º e o 7º mês de vida intrauterina, os testículos descem ao longo da parede posterior do abdome e atravessam o anel inguinal interno, trazendo consigo um fundo de saco peritoneal, denominado conduto peritônio-vaginal. A fascia transversalis forma a túnica fibrosa comum do cordão. No 9º mês os testículos estão alojados no escroto. Geralmente o conduto peritônio-vaginal se oblitera no 1º 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.

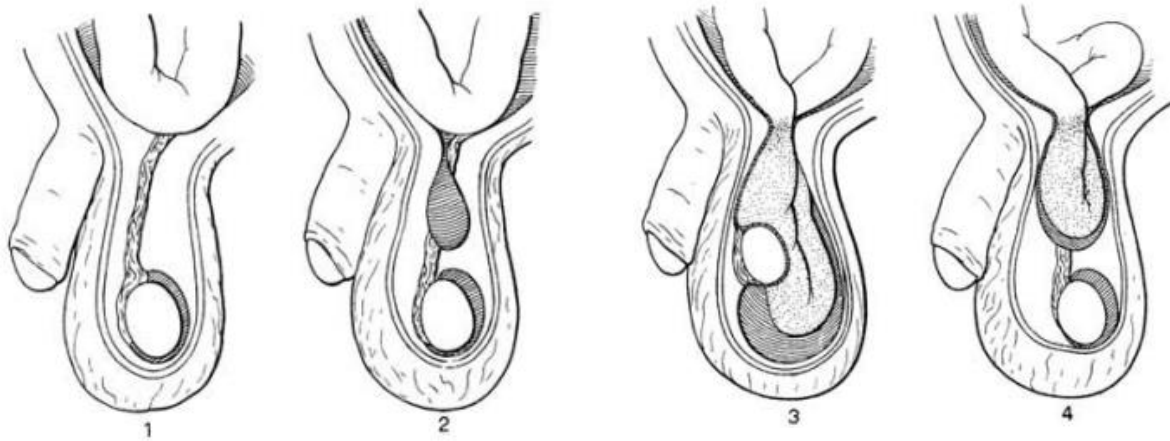


Figura 3: Evolução das hérnias inguinais

Fonte: Lex 1986

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 colecção líquida: é a hidrocele septada, ou cisto do cordão.

Para Lex (1986, p.45) na mulher, durante o período embrionário, forma-se o conduto de Nuck, cuja persistência pode dar lugar à hérnia inguinal oblíqua externa.

Segundo (Netto cit. Por Lex 1986, p.20),

na etiologia das hérnias inguinais oblíquas externas, pode-se dizer que o factor congênito representa 90% e o factor desencadeante apenas 10%. Já nas hérnias directas, o contrário acontece, sendo, por isso, chamadas hérnias de esforço. Nelas, a predisposição consiste na existência de grande triângulo de Hessert, por haver inserção alta dos músculos pequeno oblíquo e transversos e ser a fascia transversalis muito delgada. Os esforços continuados da parede vão progressivamente abaulando a fascia transversalis, formando-se, assim, um saco de colo largo que se evidencia por dentro dos vasos epigástricos. Cresce fora da fibrosa comum, pois é extrafunicular. Depois que ele atinge certo volume, a fascia vai-se rompendo e o saco passa a ser constituído só de peritónio.

2.2.3. Diagnóstico

De acordo com Goulart (2015, p.31) A hérnia inguinal é diagnosticada pela anamnese e principalmente pelo exame físico local.

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

b. Exame físico

- i. **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.
- ii. **Palpação:** É de grande valor, permitindo verificar:
 - a) Consistência da tumoração (flácida, elástica, etc.);
 - b) Conteúdo: as alças são reveladas pelo ruído hidraéreo (gargarejo);
 - c) Redutibilidade pelas manobras manuais;
 - d) Exploração do canal inguinal: deprime-se, com o indicador, a pele do escroto a uns 2cm abaixo da espinha do púbis e buscamos o anel inguinal externo; pesquisamos 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 abdómen (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, sentimos o impulso sobre o lado do dedo;
 - e) 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.

- iii. **Percussão:** Som timpânico, quando houver alças na hérnia; maciço, em caso contrário.
- iv. **Ausculta:** Ouvem-se ruídos hidraéreos nas hérnias que apresentam alças intestinais.

2.2.4. Evolução e complicações

Lex (1986 p.23) salienta que, 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.

2.2.5. Tratamento das hérnias inguinais

Deve-se acentuar, antes de mais nada, que 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.

Segundo Jemtm (2007, p.283) a técnica cirúrgica das hérnias apresenta bases importantes, que a nenhum cirurgião geral é lícito ignorar. Há, por outro lado, pormenores de táctica, que variam conforme as escolas, o caso a ser operado e a habilidade do cirurgião.

Segundo Lex (1986, p.24), na operação de uma hérnia inguinal, tem-se os seguintes tempos: incisão da pele e do subcutâneo, abertura do canal inguinal, libertação do saco, tratamento de seu conteúdo, tratamento do saco, reforço da parede e oclusão da ferida.

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 abdómen, ou um pouco mais oblíqua, paralelamente à arcada; conforme o tamanho da hérnia e as condições individuais, variará a extensão de 12 a 18cm, terminando sempre a incisão na altura da espinha do púbis.

Abertura do canal inguinal — Exposta a aponeurose do grande oblíquo, é ela aberta com bisturi, na direcção de suas fibras, a cerca de 2cm 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 mediais e lateral

da aponeurose, expondo-se a arcada, o cordão espermático e os músculos pequeno oblíquo e transversos.

Libertação do saco herniário — O saco deve ser libertado dissecando-se entre ele 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 se viu, elas são extraúniculares; nas hérnias inguinais das crianças ou dos jovens, as paredes do saco, muito delgadas, são perfuradas com facilidade.

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.

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.

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, realizamos as suturas em dois ou três planos diferentes, o que confere maior resistência; 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 (cit. por Ravitch e Hitzrot 1998) já usava, no século passado, fios de algodão ou seda e seus resultados foram muito bons.

Oclusão da ferida — Após o reforço da parede, por uma das técnicas estudadas, passa-se 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.

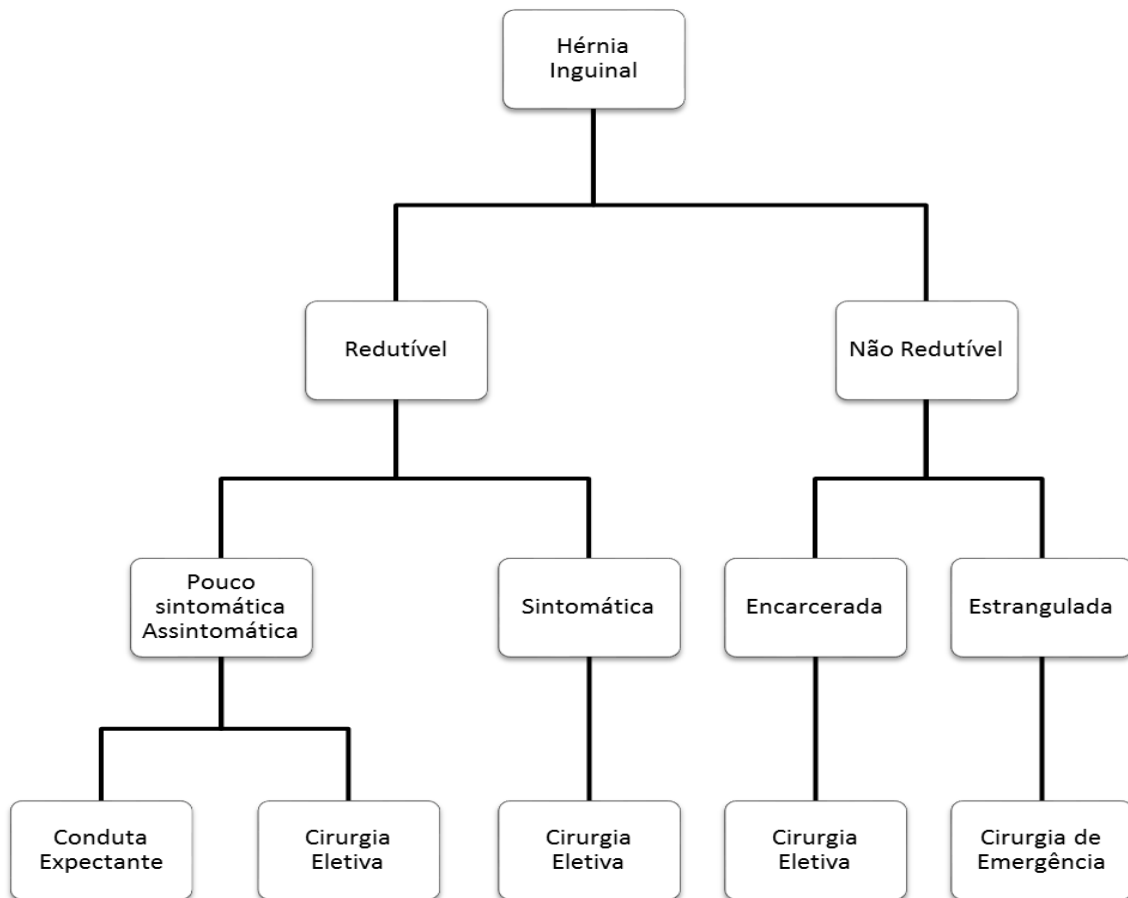


Figura 4: Manejo da hérnia inguinal.
Fonte: Goulart 2015.

2.2.5.1. Classificação das herniorrafias

Segundo Netto (1985) 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 (Girard, Ferguson); médio-funiculares, em que o cordão fica no meio de duas suturas (Bassini, Andrews, Zimmermann, McVay); retrofuniculares, em todos os planos de sutura ficam por trás do cordão (Halsted, Postempski, Finocchietto, Kirschner).

Este autor salienta que essa classificação é imperfeita, mas tem sido conservada, por ser simples e didática. 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.

2.2.5.2. Conduta nas hérnias inguinais estranguladas

Segundo Goulart (2015) nesta complicação das hérnias, a indicação cirúrgica é urgente. É sempre melhor operar-se uma hérnia estrangulada do que tentar-se reduzi-la, por dois motivos:

- 1) As vezes pode ser reduzida uma alça comprometida, a qual irá depois perfurar dentro do abdómen, ocasionando peritonite;
- 2) Operando-se, resolve-se o problema definitivamente, pois é tratada não só a complicação como a hérnia.

A abertura dos planos superficiais se faz de acordo com a técnica habitual. Isola-se o saco herniário e abre-se. Geralmente há saída de líquido, que pode ser claro, turvo, purulento ou fecaloide. Estas duas últimas eventualidades indicam perfuração da alça aprisionada. Examina-la detidamente. De hábito, apresenta ela um sulco de constrição, correspondente ao anel herniário. Deve sempre ser observada até além deste sulco.

Por sua Lex (1986, p.30) diz que para suprimir o estrangulamento, em geral deve-se seccionar o anel herniário, com o máximo cuidado, para que não se firam vasos. Ao se seccionar o anel, evitar a fuga da alça para dentro da cavidade abdominal.

Deve-se avaliar cuidadosamente a vitalidade do intestino encarcerado. Sabendo-se que a ressecção de alça não é livre de perigos, pela possibilidade de deiscências, evita-se sempre que possível. Contudo, o risco é ainda maior se deixar-se uma alça comprometida na sua vitalidade dentro do abdómen.

Para Ravitch (1960, p.48), se, após a libertação do anel, a cor azul da alça persistir, recobre-se com compressas embebidas em soluto morno. Voltando, após alguns minutos, a cor rósea normal, reintroduz-se a alça. Nunca esquecer de examinar também o mesentério e seus vasos. Pode haver trombos, ausência de pulsações ou desgarros do meso.

2.2.6. Técnicas cirúrgicas

2.2.6.1. Técnica de Lichtenstein: descrição

Segundo Fortelny (2014, p.45), em 1986, Lichtenstein introduziu seu conceito pioneiro de reparação das hérnias inguinais primárias usando a prótese “em rede”, o que revolucionou o tratamento de hérnias em todo o mundo. A técnica se aplica a todos os tipos de hérnias inguinais directas ou indirectas e rapidamente atingiu o “padrão-ouro” no tratamento das hérnias inguinais.

Fortelny (2014, p.44) afirma que, o princípio básico da técnica de Lichtenstein é promover uma hernioplastia sem tensão, presente tanto durante a cirurgia (posição supina) quanto no pós-operatório (em ortostase), evitando complicações decorrentes do aumento da pressão intra-abdominal e do encolhimento da tela depois da sua implantação.

Por sua vez Teixeira (2017, p.27) a técnica de Lichtenstein é realizada por inguilotomia, com a inserção de uma tela de polipropileno suturada sobre a fáscia transversal, substituindo a estrutura original por um forte reforço de tela.

Wysocki (2014, p.196) diz que a estrutura microscópica da tela desempenha um papel importante, especialmente em relação ao diâmetro de suas aberturas. Os macrófagos podem penetrar livremente em mono ou duplo filamento com aberturas maiores do que 75 micra, o que promove a eliminação de infecções potenciais.

Para Fortelny (2014, p.42) as vantagens desta técnica incluem o retorno rápido do paciente às suas atividades usuais, eficácia no que diz respeito à prevenção de recidivas e menor necessidade de analgesia no pós-operatório. Outro importante benefício da técnica de Lichtenstein é a abordagem bilateral no mesmo acto cirúrgico.

Durante anos, acreditava-se que as hérnias inguinais bilaterais não poderiam ser corrigidas simultaneamente, uma vez que tal conduta implicava em altas taxas de recorrência. Este pensamento passou a ser questionado progressivamente e, a herniorrafia inguinal bilateral simultânea pela técnica de Lichtenstein é considerada segura e eficaz, baseado no estudo que demonstra baixo índice de complicações, curta permanência hospitalar e baixa recidiva neste procedimento.

Para Ettinger (2007, p.20) afirma,

As operações para hérnia inguinal podem diferir quanto ao tipo de anestesia, que pode ser geral, regional (raqui ou peridural) ou local. No Brasil, a maioria desses procedimentos é realizada com anestesia regional, embora o custo-benefício da anestesia local seja melhor. Apesar de existirem poucos centros no Brasil onde essa modalidade cirúrgica é praticada, a técnica de Lichtenstein empregada sob anestesia local é método simples, facilmente reproduzível, seguro, prático e apresenta bons resultados, com baixos índices de recidivas e altos índices de satisfação para os pacientes previamente selecionados.

Outro estudo reafirma a conclusão de que o emprego da técnica de Lichtenstein com anestesia local apresenta bons resultados quanto ao pós-operatório imediato e tardio, e tem se mostrado eficaz entre os vários serviços que as utilizam, visto o baixo número de recidivas. Além disso, torna-se

possível realizar a cirurgia com anestesia local em sistema ambulatorial e esta possibilidade traz como vantagem também o aprendizado acadêmico.

2.2.6.1.1. Principais complicações da técnica de Lichtenstein

Segundo Fortelny (2014), na técnica de Lichtenstein, apesar das baixas taxas de reincidência, a dor e o desconforto continuam a ser um problema para um grande número de pacientes. Além disso, pacientes frequentemente relatam uma sensação de dormência, rigidez ou corpo estranho, após o implante da tela de polipropileno.

Para este autor em estudo prospectivo composto de 38 pacientes separados em duas coortes, sendo uma composta por indivíduos cuja fixação da tela ocorreu por meio de sutura e a outra por cola de fibrina-selante, evidenciou-se que a fixação de fibrina-selante é superior à fixação por sutura em relação à qualidade de vida, conforto do paciente, dor pós-operatória e dor crônica.

Diante disso, uma das justificativas apresentadas foi o facto de a cola de fibrina ser biodegradável, biocompatível e ser substituída por tecido conjuntivo dentro de duas semanas, desempenhando um papel importante, uma vez que as suturas não absorvíveis não são biodegradáveis e potencialmente irão manter um processo inflamatório crônico associadas com a dor e o desconforto.

Para Maciel (2013, p.40), outras possíveis complicações das herniorrafias citadas descritas neste artigo, são: retenção urinária, hematoma escrotal, infecção urinária, infecção da ferida, arritmia cardíaca, trombose venosa profunda, neuralgia, atrofia testicular, hidrocele e infecção, orquite, infecção de parede, edema testicular, hematoma escrotal, inflamação local e dor, e no pós-operatório tardio, 95% dos pacientes deste estudo não apresentaram complicações, porém, dois pacientes (3%) queixaram-se de inguinodinia, e um (2%), de queimação local.

2.2.6.2. Técnica laparoscópica: descrição

A reparação da hérnia inguinal tem sido um assunto controverso desde sua concepção. Historicamente, a análise de custo favorece a hernioplastia aberta sobre a laparoscópica. Porém, com a experiência em correção de hérnia laparoscópica e disseminação do conhecimento, o custo caiu e tornou-se comparável à cirurgia aberta.

Meyer (2013, p.40) diz que a herniorrafia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP) e a correção transabdominal pré-peritoneal (TAPP) são as técnicas endoscópicas que mais comumente são

usadas. A TEP tem como vantagem a ausência de tensão utilizando o reforço da tela na virilha com a cirurgia laparoscópica e pode ser considerada como um desenvolvimento adicional do procedimento de herniorrafia transabdominal-pré-peritoneal.

O procedimento totalmente extraperitoneal é realizado sob anestesia geral e com antibioticoprofilaxia em dose única de 2g cefazolina. O paciente é colocado em decúbito dorsal, em posição de Trendelenburg ligeiramente inclinada, e com o membro superior ao longo do corpo, no lado oposto da hérnia posição (*idem*).

O cirurgião também se posiciona contralateral à hérnia. São usados três trocartes regulares na linha média, colocados sob visualização direta. O estabelecimento de pneumoperitônio é realizado com uma média de 12 mmHg de pressão, com isso, o laparoscópio é introduzido através do portal infraumbilical e é visualizado o espaço pré-peritoneal.

Para a dissecação pré-peritoneal, utiliza-se o laparoscópio de 0° e três estruturas anatômicas são importantes como ponto de reparo: osso púbico, linha arqueada e vasos epigástricos inferiores.

Mayer (2013, p.39) salienta que a dissecação lateral é feita até o músculo inferolateralmente, expondo, assim, os nervos no “triângulo lateral da dor”. A hérnia é dissecada das estruturas do cordão e reduzida; então, o saco e suas reflexões são também reduzidos, exibindo o “triângulo da desgraça” entre os vasos deferentes e os gonadais.

A tela de polipropileno é introduzida através do portal infraumbilical de 10 mm, colocada sobre o espaço criado para que possa cobrir os locais das hérnias direta, indireta, femoral e obturatória. A fixação por grampo das telas é utilizada apenas em casos excepcionais, em um anel interno muito alargado; neste caso, a tela é apenas grampeada medialmente no ligamento de Cooper para evitar neuralgia (*bidem*).

Para Brandt-Kerkhof (2011, p.25), o processo de desinsuflação acontece sob visão directa. Para hérnias primárias, a hernioplastia pelo método de Lichtenstein é a mais recomendada, já a reparação por herniorrafia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP) é recomendada no caso de hérnias bilaterais ou recorrentes quando uma técnica anterior tiver sido utilizada para a reparação primária. Contudo, em mãos experientes, TEP também podem ser considerado para reparação de hérnia primária.

Teixeira (2017, p.69) após uma análise minuciosa das duas técnicas, afirma que ainda persistem vários quesitos que podem ser pesquisados comparativamente, a fim de uma discussão mais aprofundada no assunto. Em uma revisão percebeu-se que o reparo laparoscópico possui melhores indicativos quanto à dor crônica pós-operatória, com menor frequência e intensidade. As taxas de recidiva em análise de curto prazo são semelhantes, entretanto, alguns estudos evidenciam divergências quanto aos resultados em longo prazo.

Teixeira vai mais longe ao dizer que o tempo de recuperação é menor na técnica por vídeo, porém o tempo de internação hospitalar pós-procedimento não apresenta variação significativa. A videolaparoscopia possui, entretanto, custos mais elevados, principalmente se há o uso de instrumental descartável, e riscos mais severos quando comparada com a técnica aberta de Lichtenstein. Vários desses riscos são associados à necessidade de realização de anestesia geral, à maior curva de aprendizado no desenvolvimento da técnica e acarretam em estatísticas de complicações intraoperatórias bem mais evidentes que na técnica aberta.

Sendo assim Teixeira (2017, p.70), termina salientando que, ainda hoje, a escolha do método mais adequado para a hernioplastia deve ser feita levando-se em consideração os riscos de cada uma delas, bem como características particulares de cada caso, como experiência do cirurgião, preferência do paciente, estado de saúde, custo e benefícios de uma em relação à outra.

2.2.6.3. Técnica de Bassini

Segundo Mittelstaedt, Wem et al. (1999 p.105), a técnica de Bassini veio a tornar-se o tratamento padrão e mais utilizado no mundo inteiro até recentemente. O princípio clássico introduzido por Bassini no final do século passado, consiste em se corrigir a hérnia inguinal através da reaproximação e sutura de estruturas músculo-aponeuróticas deiscidas e enfraquecidas, reconstituindo de maneira anátomo-funcional a região inguinal. O método de Bassini foi, durante o transcorrer do século XX, o mais utilizado universalmente para o tratamento desta doença.

O método de Bassini foi, durante o transcorrer do século XX, o mais utilizado universalmente para o tratamento desta doença. Das inúmeras variantes propostas a esta técnica inicial, duas se destacaram na aceitação dos cirurgiões no mundo inteiro: a técnica de McVay, difundida a partir de 1945 e a de Shouldice a partir de 1960.

2.2.6.4. Técnica de McVay

Aproximação e sutura do AAMT ao ligamento de Cooper com pontos separados de nylon 0 até a altura dos vasos femorais. Dali até o anel ing. profundo, os pontos são passados unindo a aponeurose ou o músculo transverso ao ligamento de Thomson e ligamento inguinal quando a firmeza do primeiro (Thomson) não nos parecia suficiente.

De acordo com Mittelstaedt, Wem et al. (1999 p.107) o método de McVay é de execução técnica mais difícil e trabalhosa, principalmente em obesos. O ligamento de Cooper situa-se mais distante e profundo, o que acaba determinando suturas mais tensas. A incisão de relaxamento na bainha dos músculos retos passa a ser obrigatória e foi realizada de rotina em nossos casos. Barbier relata que no primeiro ano de herniorrafia por esta técnica, de um total de 1.040 pacientes operados entre 1970 e 1978, chegou a ter 47,37% de recidivas. Atribui este elevado índice de insucesso à falta de experiência dos cirurgiões com o método.

2.2.6.5. Técnica de Shouldice

Imbricação em jaquetão dos dois folhetos criados com a abertura da Fáschia Transversal através de dois planos superpostos de sutura contínua com nylon 000 na seguinte ordem: 1º plano-folheto lateral à base do folheto medial, este último correspondendo na realidade ao arco aponeurótico do transversos; 2º plano: folheto medial ao ligamento inguinal; 3º e 4º planos: músculos oblíquos interno e transversos ao ligamento inguinal, sendo que o 4º plano é praticamente redundante sobre o 3º.

2.2.7. Hérnia inguinal recidivada

De acordo com Karthikesalingam (2010, p.89), o tratamento de hérnias recidivadas ocupa cerca de 12% da cirurgia da hérnia inguinal e a escolha da melhor técnica cirúrgica é atualmente um dos temas de maior controvérsia nesta área cirúrgica.

Uma meta-análise recente de estudos controlados randomizados foi realizada a fim de definir qual a melhor abordagem cirúrgica. Os resultados deste estudo mostram que a laparoscopia apresenta menor dor no pós-operatório, menos infecção das incisões e recuperação mais rápida, enquanto que o método aberto apresenta menor tempo operatório; não foram encontradas diferenças em termos de incidência de seroma e hematoma, dor crônica ou recidiva. Os autores concluíram que a seleção cuidadosa dos doentes e a experiência do cirurgião são os fatores mais importantes a ter em conta na escolha da técnica cirúrgica (idem, p.91)

Para Skandalakis (2004, p.393) Apesar de não haver consenso, os protocolos da Sociedade Europeia da Hérnia defendem que a opção cirúrgica na recidiva da hérnia inguinal deve ser diferente da realizada inicialmente, ou seja, se a primeira cirurgia tiver sido uma abordagem anterior deve-se escolher um método aberto posterior ou técnica endoscópica, porém, se a técnica inicial tiver sido posterior deve-se escolher uma abordagem anterior (Litchenstein).

Por fim os protocolos do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomendam a cirurgia laparoscópica em todas as hérnias inguinais recidivadas, não havendo consenso na escolha do método (TAPP vs TEP).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

Para esta pesquisa usou-se o método hipotético-dedutivo. Para Karl R. Popper citado por Lakatos (2003, p.95), o método científico parte de um problema, ao qual se oferece uma espécie de solução provisória, uma teoria-tentativa, passando-se depois a criticar a solução, com vista à eliminação do erro e, tal como no caso da dialéctica, esse processo se renovaria a si mesmo, dando surgimento a novos problemas.

3.1. Tipos de pesquisa

Quanto ao tipo, esta é uma pesquisa Descritiva. A pesquisa irá apresentar os detalhes sobre a conduta usada durante o processo cirúrgico da hérnia inguinal, de modo a se ter uma percepção profunda dos factos.

Segundo Gil (2002, p.42) “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática”.

3.1.1. Pesquisa quanto aos objectivos

Quanto aos objectivos, trata-se de uma pesquisa Exploratória. Segundo Lakatos (2003, p.188) – São estudos exploratórios que têm por objectivo descrever completamente determinado fenómeno, como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante. Dá-se precedência ao carácter representativo sistemático e, em consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis.

3.1.2. Pesquisa quanto a abordagem

Quanto a abordagem, é uma pesquisa Qualitativa. Esta pesquisa apresenta dados estatísticos para análise e interpretação, facultando assim a elaboração posterior de relatórios finais.

Para Lakatos, et all, (1991), pesquisas qualitativas são: elaboração de um relatório, levantamento de dados de empresa, formulação de dados, elaboração de um questionário, observação dados e a descrição, porque o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenómenos que estuda – acções dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação.

3.2.1. Pesquisa quanto aos procedimentos

Quanto aos procedimentos da pesquisa é estudo de caso, e será utilizada a pesquisa bibliográfica que segundo Vergara (1997), é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

3.2. Técnicas e instrumentos de colecta de dados

Segundo Oliveira (1996, p.296), entende-se por técnicas ao conjunto de processos operativos ou operações simples, que nos permitem pesquisar algo, enquanto por método ao processo de selecção de técnicas de pesquisa adequadas ao trabalho que se pretende fazer, o controlo da sua utilização e integração dos resultados.

Para a presente pesquisa, recorreu-se, o questionário e a observação, como instrumento de colecta de dados devido a natureza da pesquisa tratar-se de um estudo de caso.

3.2.1. Questionário

O questionário segundo Gil (1999, p.128), pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

Neste caso, para o questionário desta pesquisa, previu-se a utilização de um guião redigido, constituído de uma série ordenada de perguntas que deverão ser respondidas pelos integrantes da pesquisa preenchidos e posteriormente devolvidos ao pesquisador.

3.2.2. Observação

Segundo Alarcão e Tavares (1987, p.62) cit por Dias etal (2008), “a observação é o conjunto de actividades destinadas a obter informações sobre o que se passa (...) com a finalidade de, mais tarde, proceder a uma análise do processo”.

Foi uma observação participativa com um bloco de notas, um lápis e uma esferográfica para registar toda a informação da observação. Para auxiliar a observação, elaborou se uma grelha de observação que se encontra em anexo neste projecto.

3.3. Universo da pesquisa

De acordo com Gil (2002, p.41) Universo ou população é um “conjunto de elementos que possuem determinada característica”.

Para a presente pesquisa, constituiu universo, os 22 funcionários do sector de Medicina e Bloco operatório.

3.4. Amostra

Ainda Gil (2002, p.88) afirma que amostra é a “parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

Assim, a pesquisa teve uma amostra de 17 funcionários, sendo 1 cirurgião, 7 enfermeiros, 3 anestesistas, 3 instrumentalistas, 3 clínicos gerais.

Esta amostra foi obtida usando a seguinte fórmula:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} * \sigma}{E} \right)^2$$

Onde:

n = Número de individuos na amostra;

$Z_{\alpha/2}$ = Grau de confiança desejada = 90% → 1.645

σ = Desvio padrão populacional da variavel estudada = 2;

E = Margem de erro = 0.8.

Assim: $n = \left(\frac{1,645 * 2}{0,8} \right)^2 = 17$.

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p.224), neste tipo de amostragem cada membro da população tem a mesma probabilidade de ser escolhido.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos ao longo desta pesquisa, que resultaram de uma observação e questionário e foram compreendidos como acontecem na realidade, e confrontados com as teorias existentes a respeito do assunto investigado.

Para Gil (1999, p.168) a interpretação tem como objectivo a procura de sentido mais amplo das respostas, o que foi mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

Segundo Teixeira (2003) defende que a análise e interpretação de dados são processos intrínsecos, isto é, estão intimamente vinculados um do outro.

Para a compilação dos dados colhidos, o autor faz-se apoiar por softwares como o Ms Office Excel para efeitos de cálculos estatísticos, moldagem das tabelas e dos respectivos gráficos.

Em seguida são apresentados em pontos pertinentes relacionados com as variáveis e hipóteses levantadas na pesquisa, iniciando com as questões colocadas ao médico cirurgião, seguida das perguntas feitas aos enfermeiros, clínicos e anestesistas.

4.1. Parte I

As questões feitas ao cirurgião são apresentadas em grupos ou melhor categorias de acordo com tipo de informação.

Categoria I

Neste ponto a autora procura entender a disposição e as qualificações do entrevistado e para tal foram lançadas as seguintes questões:

Como avalia o seu trabalho?

A quantos anos está trabalhando nesta área?

Quanto ao trabalho, o médico cirurgião afirma ser uma tarefa satisfatória. Isto mostra que ele exerce com toda vontade e profissionalismo. Ao passo que a sua experiência é de mais de 5 anos fazendo entender que reúne uma vasta experiência nesta área.

Categoria II

Nesta, pretende-se apurar informações sobre a ocorrência das hérnias naquele Hospital sobre tudo nas manifestações. Assim, foram as perguntas:

Qual das hérnias é mais frequentes?

Em relação a frequência da ocorrência da hérnia é mais notório a encarcerada. Assim afirma o inquirido.

Qual das hérnias inguinais é frequente?

Para o cirurgião, o HDM tem recebido mais hérnia inguinal do tipo oblíqua externa.

Qual das hérnias tem merecido uma cirurgia emergencial?

Emergências são situações de pacientes que apresentam um quadro clínico grave e delicado. Portanto, quantos as vítimas de que dão entrada no HDM são na sua maioria de hérnia inguinal estrangulada, afirma assim o médico.

Que causas originam mais as HI nos tais pacientes?

Todas hérnias têm sempre uma causa originária desde as congénitas e externas. Para o caso em estudo, o inquirido aponta o aumento da pressão intra-abdominal, tosse prolongada e longas distâncias percorrida pelos doentes no seu dia-a-dia. Esta resposta faz perceber que se trata de hérnias causadas por um esforço físico exercido pelas vítimas.

Em que estado de saúde o paciente de hérnia inguinal tem chegado a consulta?

Foi possível perceber-se que os doentes sofrendo de hérnias tem se feito ao hospital ainda no estado normal, o que muitas vezes contribui para uma intervenção sem complicações e com bons resultados.

Tem-se feito um diagnostico prévio para aferir o real estado de saúde do paciente?

O diagnostico das hérnias consiste em anamnese e principalmente pelo exame físico local, permitindo assim encontrar o local exacto da sua manifestação e das reais causas, este procedimento faz parte da conduta durante a intervenção cirúrgica das hérnias. Para o caso do HDM este procedimento é feito sempre que se pretende intervir em alguma hérnia e para todos os casos, disse o cirurgião.

Categoria III

O objectivo das questões deste ponto visa compreender o nível de sensibilização dos pacientes em relação aos critérios cirúrgicos na intervenção nas hérnias, deixando assim este a saber. Fazem leque das perguntas colocadas a seguintes:

Quanto ao custo-benefício, tem-se feito uma relação com a técnica cirúrgica a se usar?

Se sim, tem-se explicado ao doente?

Ao que se apurou com estas questões é de que, os doentes de hérnias inguinais têm tido explicações sobre o custo de cada tipo de intervenção, seu beneficio sobretudo as técnicas a serem adoptadas. Desta forma os doentes ficam cientes de tudo que envolve o seu tratamento.

Categoria III

Para se compreender a disponibilidade dos instrumentos (material cirúrgico) no HDM foram feitas questões como:

O hospital possui todo material necessário para a realização de cirurgia em hérnias inguinais?

Se existe o material, este é suficiente para atender a todo doente?

De princípios foi possível, aferir que o HDM possui os materiais necessários para o tratamento dos casos de hérnias inguinais, mas este não é suficiente para atender a todos os casos. Esta insuficiência pode ter alguma repercussão nos casos em que o numero de doentes a atender for maior.

Categoria IV

Quais das técnicas tem se recorrido mais nas intervenções das HI?

Quanto as técnicas cirúrgicas usadas no HDM destacam-se mais a de Bassini, e Mac Vay segundo o médico cirurgião, não se usando neste Hospital as técnicas de Lichtenstein e Laparoscópica sendo estas recentes técnicas que usam telas.

Que complicações os pacientes apresentam no pós-operatório?

Colocada esta pergunta, o inquirido afirma ter-se verificadas complicações como infecções de feridas e dor pós-operatória. Em relação a este posicionamento pode-se perceber inferir uma fraca assepsia nas feridas cirúrgicas que suas origens podem partir da esterilização dos instrumentos até aos processos curativos nas enfermarias. Por tanto, esta tese carece de um estudo aprofundado.

4.2. Parte II

Foi um total de 5 questões colocadas aos enfermeiros e clínicos que desde já são apresentados os dados colhidos. Assim foram as perguntas:

Como avalia o seu trabalho?

A quantos anos está trabalhando nesta área?

Feita esta questão aos entrevistados, pretendia-se perceber como avaliam o trabalho de cuidar no dia-a-dia de doentes. E o que se apurou é de que todos avaliam como um trabalho satisfatório, e com uma experiência que varia de 2 anos a 5 anos.

Tem assistido casos de hérnias inguinais?

Tanto os enfermeiros e clínicos questionados, estes fazem a assistência dos casos de hérnias inguinais no HDM, fazendo acompanhamentos em todos momentos de tratamento dos pacientes.

O hospital possui todo material necessário para a realização de cirurgia em hérnias inguinais?

Se existe o material, este é suficiente para atender a todo doente?

Segundo os inquiridos o HDM possui material necessário para a cirurgia dos pacientes com hérnia inguinal assim como afirmou o médico cirurgião, mas este não é suficiente para fazer a cobertura em todos casos.

4.3. Parte III

São apresentados aqui dados colhidos dos anestesistas e instrumentistas uma vez que fazem parte dos envolvidos nesta pesquisa. Assim foram feitas as questões que se seguem:

Qual é o seu nível académico ou formação profissional?

Foram no todo 6 inquiridos entre anestesistas e instrumentistas com objectivo de se saber o nível académico de acordo com as suas posições. Aos entrevistados todos eles são do nível médio.

Tens participado dos tratamentos dos casos de hérnia inguinal?

Aos inquiridos afirmam estarem participando dos tratamentos dos casos de hérnias inguinais no HDM de acordo com as tarefas que são incumbidas.

A aplicação de anestesia ao paciente de HI é Regional ou Local?

A aplicação da anestesia local e regional combinada com a técnica cirúrgica tem seus benefícios. Por isso colocou-se esta questão apenas aos anestesistas com objectivo de entender como é aplicada a anestesia às pacientes no HDM. Sendo assim foi possível perceber que é administrada uma anestesia regional.

Já teve complicações anestésicas?

Lançada esta pergunta os inquiridos afirmam terem tido em alguns casos complicações relacionadas a anestesia. Assim, todos relatam que tiveram complicações como raqui alta (anestesia acima do nível aceitável) e complicações precoces (Hipotensão bradicárdicos).

4.4. Parte IV

Observação

Durante a pesquisa também foram levantados dados por meio de uma observação. Esta baseou-se em registos dos pacientes ali tratados, com objectivo de perceber-se a incidência das hérnias e as técnicas cirúrgicas usadas. Deste modo são aqui apresentados.

Pacientes

No total foram observados 74 registos de pacientes que deram entrada no HDM com problema de hérnia inguinal no período em estudo sendo estes 82% do sexo masculino e 18% sexo feminino.

Tipo de Hérnia Inguinal

Tipos	Incidência	Porcentagem
HI Estr Direita	48	64,9%
HU Direita	2	2,7%
HI Incisional	2	2,7%
HI Direita	8	10,8%
HI Incisional Recidival	1	1,4%
HI Enc	3	4,1%
HI Escrotal Esquerda	5	6,8%
HO Externa	1	1,4%
H Femural Direita	4	5,4%
TOTAL	74	100,0%

Tabela 2: Tipo de Hérnia Inguinal

Fonte: A Autora 2021.

Quanto ao tipo de HI, verificou-se que são vários tipos de HI que ocorrem no HDM desde a hérnia estrangulada com 64.9%, hérnia umbilical com 2.7%, hérnia inguinal direita com 10.8% entre outras como ilustra o gráfico abaixo.

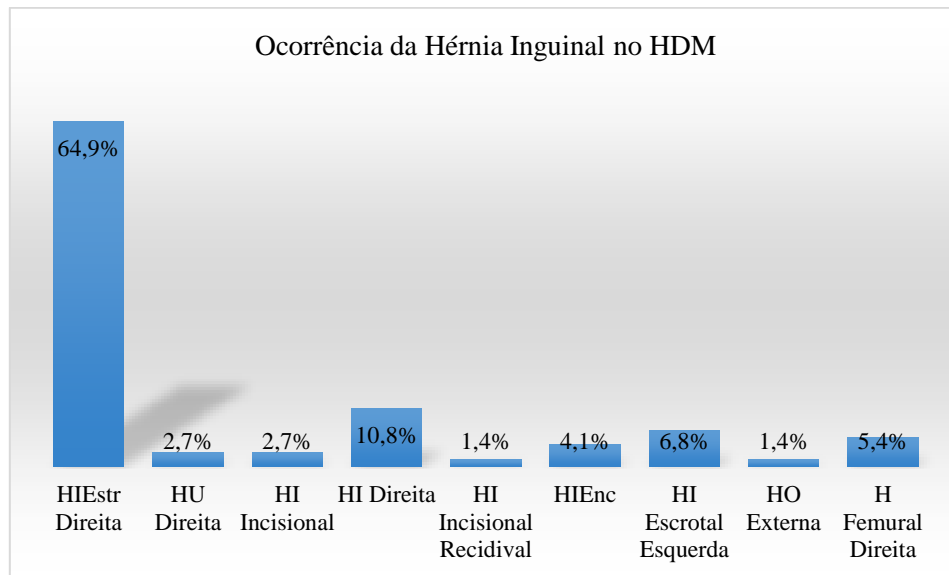


Gráfico 1: Incidência de Hérnia Inguinal

Fonte: A Autora 2021.

Observando gráfico percebe-se que a maior incidência é em hérnia inguinal estrangulada, seguida da hérnia inguinal direita e escrotal esquerda, e com menos enfoque nas hérnias incisional recidival com baixa incidência assim como da hérnia oblíqua externa e da umbilical.

Técnicas cirúrgicas

Em relação as técnicas usadas no tratamento das HI no HDM destacam-se as seguintes: técnica de Bassini, Mac Vay, Mayo, Gorderich e Farguans sendo estas simples apesar da sua anticuidade, não sendo usadas as de Lichtenstein e Laparoscópica. Estas são recentes técnicas e a sua implantação exige custos elevados uma vez que estas usam uma tela.

Técnica cirúrgica	Ocorrência	Percentagem
Excisão de lepono	2	2,7%
Farguans	4	5,4%
Mayo	6	8,1%
Bassini	39	52,7%
Mac Vay	19	25,7%
Gorderich	4	5,4%
TOTAL	74	100,0%

Tabela 3: Técnicas Cirúrgicas no HDM.

Fonte: A Autora 2021.

Dentre estas técnicas, tem mais enfoque a técnica de Bassini usada em 52.7% dos casos, seguida de Mac Vay com 25.7%, Mayo com 8.1% e outras como mostra o gráfico que se segue.

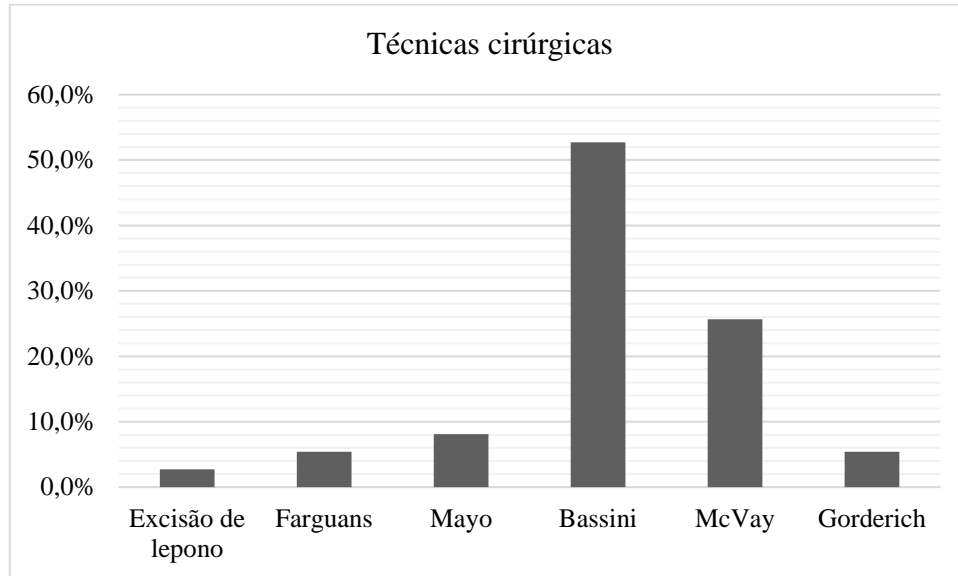


Gráfico 2: Técnicas Cirúrgicas

Fonte: A Autora 2021.

4.5. Discussão de resultados

No tratamento das hérnias inguinais pela intervenção cirúrgica, para além da eliminação da hérnia no paciente, está também a prevenção da ocorrência de recidivas a posterior garantindo assim ao não regresso do doente à unidade sanitária para um reparo. Este evitar da ocorrência de recidivas em hérnias inguinais é garantida pela escolha da melhor técnica cirúrgica, da execução por um profissional experiente e de bons cuidados pós-operatórios que garantam a não infecção das feridas.

Fazendo uma análise profunda dos dados do gráfico 1, pode-se notar que a hérnia inguinal estrangulada ocorre em grande proporção com uma percentagem de 64.7% em relação as outras e que as hérnias recidivas estão com uma baixa prevalência de apenas 1.4%. Relacionando este facto com as técnicas cirúrgicas utilizadas no HDM na intervenção às HI, verifica-se que na sua maioria é recorrida a técnica de Bassini 52.7% e McVay 25.7% (gráfico 2).

Ora, de acordo com Barbier cit. por Mittelstaedt, Wem et al. (1999 p.109) o método de McVay é de execução técnica mais difícil e trabalhosa, principalmente em obesos. O ligamento de Cooper situa-se mais distante e profundo, o que acaba determinando suturas mais tensas. Ainda Barbier relata que no primeiro ano de herniorrafia por esta técnica, de um total de 1.040 pacientes operados

entre 1970 e 1978, chegou a ter 47,37% de recidivas. Atribuindo este elevado índice de insucesso à falta de experiência dos cirurgiões com o método e a não utilização de incisões de relaxamento.

Partindo deste posicionamento do autor pode-se concluir que as técnicas cirúrgicas estão directamente ligadas com o índice de recidivas principalmente as técnicas de Bassini e McVay. Apesar de a técnica de Bassini vier a tornar-se o tratamento padrão e mais utilizado no mundo inteiro até recentemente como afirma Mittelstaedt, Wem et al. (1999 p.105) este conclui que o método de Bassini trouxe os piores resultados tardios. Esta conclusão baseia-se na análise dos resultados tardios das operações de hérnia, em que esbarra sempre numa dificuldade universal que é o tempo de seguimento. Só 25% das recidivas se manifestam durante o primeiro ano de pós-operatório e 50% só aparecem após mais de cinco anos.

Rutledge (1988 p.10) informa que o tempo médio de aparecimento das recidivas é de 11,8 anos após a cirurgia original e que recidivas avaliadas com seguimento inferior a 10 anos são incuráveis segundo alguns. Este autor suscita a ideia de que, no caso do HDM haverá tendência de subida do número de HI recidivais ao longo dos anos, uma vez que os casos em estudo datam de 2019 a 2020.

De facto, chegado a este ponto é valido afirmar que, *Falhas na escolha da técnica cirúrgica apropriada para a correcção pode contribuir para a não eliminação definitiva da Hérnia Inguinal* [**Hipótese 2**].

Quando questionado o médico cirurgião, enfermeiro, clínicos e anestesistas sobre a cobertura do material cirúrgico a todos casos que dão entrada, estes afirmaram que há insuficiência deste material para atender a todos pacientes (Parte I Categoria IV e Parte II). Assim fica valida a **Hipótese 3**: *Falta de material cirúrgico estará ocasionando dificuldades no tratamento das hérnias inguinais no HDM.*

Segundo o cirurgião do HDM a quando o tratamento das HI é feito um diagnostico prévio, é feita uma avaliação custo-benefício da técnica escolhida e explica-se ao paciente na preparação pré-operatória (Parte I Categoria III). Assim fica nula a **Hipótese 1**, segundo a qual *Os casos de recidivo de hérnia inguinal pode ser originado pela não observância da conduta.*

Conclusão

Com a variedade de métodos operatórios para correcção de hérnias inguinais à disposição dos cirurgiões nos dias de hoje, fica difícil indicar directrizes normativas. O princípio das técnicas atensionais “tension-free”, pelo qual se evitam suturas aproximativas de tecidos, colocando-se uma tela como anteparo e reforço, seja por via anterior ou por via posterior, veio revolucionar o tratamento das hérnias inguinais nos últimos anos. O menor desconforto pós-operatório e a mais rápida recuperação destes pacientes é um facto de fácil evidência.

Após a pesquisa conclui-se que o HDM tem recebido muitos casos de HI na sua maioria estranguladas causadas por um esforço físico exercido pelos pacientes, devido a trabalhos pesados, longas distancias percorridas, tosses prolongadas e aumento de pressão intra-abdominal. Estas hérnias passam por um tratamento a base de cirurgia com bastante uso da técnica de Bassini e McVay e Mayo. Com a utilização destas técnicas procura-se apenas remover a hérnia do local de manifestação, mas não se faz uma análise dos possíveis eventos após alguns anos. Este facto ocasiona recidivas bastante associadas as técnicas aplicadas.

Apesar da insuficiência de material cirúrgico, há uma observância da conduta cirúrgica no tratamento das hérnias inguinais. Por último ficam aqui recomendações a todos intervenientes:

Ao MISAU

- Criação de estratégias de implementação de técnicas cirúrgicas mais eficientes, que garantam menos complicações pós-operatórias como a de Lichtenstein.

Ao HDM:

- Criar condições de aquisição de mais material cirúrgico de modo a responder a demanda dos casos;
- Fazer uma relação da técnica cirúrgica utilizada e da taxa de recidividade;
- Conscientizar a comunidade local sobre a prevenção das hérnias inguinais.

A Sociedade

- Tomar atenção sobre a evolução das feridas cirúrgicas das hérnias ao longo dos anos e voltar a unidade sanitária assim que alguma manifestação de dor no local;
- Prevenir-se das hérnias inguinais exercendo menos pressão abdominal.

Referencias bibliográficas

- Barbier J, Caretier JP. (1989). Cooper ligament repair: an update. *World J Surg*.
- Bastos, E. S. (1962). Simpósio sobre tratamento das hérnias abdominais. *Rev. paul*.
- Brandt-Kerkhof, A, (2011). Follow-up period of 13 years after endoscopic total extraperitoneal repair of inguinal hernias: a cohort study. *Surg Endosc*.
- Ettinger, Jemtm (2007). Técnica de Lichtenstein sob anestesia local em herniorrafias inguinais. *ABCD Arq Bras Cir Dig*.
- Fortelny, RH (2014). Assessment of Pain and Quality of Life in Lichtenstein Hernia Repair Using a New Monofilament PTFE Mesh: Comparison of Suture vs. Fibrin-Sealant Mesh Fixation. *Front Surg*.
- Gil, C. António (2002). Como elaborar projectos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo.
- Glassow, F. (1986). The Shouldice Hospital technique. *Int Surg*.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas, São Paulo*.
- Goulart, A Martins S. (2015). Hérnia Inguinal: anatomia, patofisiologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Port Cirur*.
- Guerreiro, W. (1997). Hérnias do sulco lateral do abdome. *Med. Cir. Farm*.
- Karthikesalingam, A (2010). Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. *Br J Surg*.
- Kirschner, M. (1943). *Tratado de Técnica Operatória General y Especial*. Labor, Barcelona.
- Lex, Ary (1986). Hérnias em geral - Revisão Didática 3ª Ed. S. Paulo.
- Maciel GSB, (2013). Results of the simultaneous bilateral inguinal hernia repair by the Lichtenstein technique. *Rev Col Bras Cir*.
- Marconi, A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2003). *Fundamentos de Metodologia científica - 5ª ed*, São Paulo.
- Marconi. A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2001) *Técnicas de pesquisas*. São Paulo.

- McVay, C. B. Anson, B. J. (1992). A fundamental error in current methods of inguinal herniorrhaphy. *Surg. Gynec. Obstet.*
- Meyer A, (2013). Delacoste F, et al. Herniorrafia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal. Vinte e sete complicações graves após 4565 operações consecutivas. *Rev Col Bras Cir.*
- Mittelstaedt, Wem et al. (1999). Tratamento das hérnias inguinais: Bassani ainda atual? Estudo randomizado, prospectivo e comparativo entre três técnicas operatórias: Bassini, Shouldice, McVay, São Paulo, SP.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014). Laparoscopic Surgery for Inguinal Hernia Repair.
- Netto, Alípio- Coreia (1985). *Clinica cirúrgica: 2ª Ed.* S. Paulo.
- Ravitch, M. M. Hitzrot, J. M. (1960). The operations for inguinal hernia. *Surgery.*
- Rutledge RH. (1988). Cooper's ligament repair: a 25-year experience with a single technique for all groin hernias in adults. *Surgery.*
- Skandalakis, PN (2004). *The Embryologic and Anatomic Basis of Modern Surgery: Paschalidis Medical Publications.*
- Teixeira, Filipe Mateus Costa (2017). Estudo de revisão da cirurgia de hernioplastia inguinal: técnica de Lichtenstein versus laparoscópica *Rev Med Minas Gerais.*
- Vogt, DM (1995). Preliminary results of a prospective randomized trial of laparoscopic onlay versus conventional inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg.*
- Wysocki A, (2014). Shortand long-term outcomes of incarcerated inguinal hernias repaired by Lichtenstein technique. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.*

ANEXOS

A - Credencial

B C D ,- Fotos do Hospital Distrital de Memba

APÊNDICE

A – Questionário dirigido ao Cirurgião

C – Questionário dirigido aos Instrumentistas

D – Questionário dirigido aos Anestesistas

E – Questionário dirigido aos Enfermeiros e Clínicos

F – Quadro de levantamento de dados (observação)

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AO CIRURGIÃO

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____ no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento:** caso Hospital Distrital de Memba - 2019-2020.

Agradeça a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

O questionário é anónimo e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

Responda as questões marcando X na opção que acha correcta ou escreva assim que necessário.

1. Como avalia o seu trabalho?

Bom Estressante Satisfatório

2. A quantos anos está trabalhando nesta área?

1 ano 2 anos 3 anos Mais que 5 anos

3. Qual das hérnias é mais frequente?

Redutível Encarcerada Estrangulada

4. Qual das hérnias inguiniais é frequente?

Obliqua externa Directa Obliqua interna

5. Qual das hérnias tem merecido uma cirurgia emergencial?

Redutível Encarcerada Estrangulada

6. Que causas originam mais as HI nos tais pacientes?

7. Em que estado de saúde o paciente de hérnia inguinal tem chegado a consulta?

Normal Grave

8. Tem-se feito um diagnostico prévio para aferir o real estado de saúde do paciente?

Não Às vezes Não para todos casos Sim para todos casos

9. Quanto ao custo-benefício, tem-se feito uma relação com a técnica cirúrgica a se usar?

Sim Não

a) Se não, Porque?

b) Se sim, tem-se explicado ao doente?

Sim Não

10. O hospital possui todo material necessário para a realização de cirurgia em hérnias inguinais?

Sim Não

11. Se existe o material, este é suficiente para atender a todo doente?

Sim Não

12. Quais das técnicas tem se recorrido mais nas intervenções das HI?

Técnica de Lichtenstein	<input type="checkbox"/>
Técnica laparoscópica	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>

Se outra, como se denomina?

13. Que complicações os pacientes apresentam no pós-operatório?

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS INSTRUMENTISTAS

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____ no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento:** caso Hospital Distrital de Memba - 2019-2020.

Agradecia a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

O questionário é anónimo e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

Responda as questões marcando X na opção que acha correcta ou escreva assim que necessário.

1. Qual é o seu nível académico ou formação profissional?

2. Tem assistido casos de hérnias inguinais?

Sim

Não

3. Quais são as tarefas aquando do atendimento?

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ANESTESIANTE

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____ no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento:** caso Hospital Distrital de Memba - 2019-2020.

Agradecia a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

O questionário é anónimo e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

Responda as questões marcando X na opção que acha correcta ou escreva assim que necessário.

1. Qual é o seu nível académico ou formação profissional?

2. Tens participado dos tratamentos dos casos de hérnia inguinal?

Sim Não

3. A aplicação de anestesia ao paciente de HI é

Regional Geral

4. Já teve complicações anestésicas?

Sim Não

a. Se sim, quais foram?

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS E CLÍNICOS

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____ no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Hérnia inguinal: abordagem cirúrgica no processo de tratamento:** caso Hospital Distrital de Memba - 2019-2020.

Agradecia a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

O questionário é anónimo e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

1. Como avalia o seu trabalho?

Bom Estressante Satisfatório

2. A quantos anos está trabalhando nesta área?

1 ano 2 anos 3 anos Mais que 5 anos

3. Tem assistido casos de hérnias inguinais?

Sim Não

4. O hospital possui todo material necessário para a realização de cirurgia em hérnias inguinais?

Sim Não

5. Se existe o material, este é suficiente para atender a todo doente?

Sim Não

Quadro de levantamento de dados (observação)

Paciente	Tipo de Hérnia Inguinal	Tipo de tratamento	Técnica cirúrgica	Desfecho
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				