

PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE MEDICINA SOBRE SÍNDROME COMPARTIMENTAL: UM OLHAR CLÍNICO

Adriano Kerles de Deus Monteiro¹, Patricia Noemí Cuenca Llamosa²,
Ana Maria da Costa Teixeira Carneiro³

Este artigo tem como objetivo fazer um mapeamento de percepções de acadêmicos do quinto ano de Medicina sobre Síndrome Compartimental (SC), bem como do conhecimento acadêmico-clínico dos mesmos diante da referida fisiopatologia. Em prol disso foram utilizados vários autores que versam acerca do referido assunto, buscando compreender o viés de pensamento dos mesmos a respeito do assunto proposto. Do ponto de vista metodológico, este trabalho é um estudo de caso documental, pois entende-se que as falas que constituem o corpus dessa pesquisa documentam e semiotizam comportamentos sociais dos estudantes entrevistados. Tais percepções constituem o saber clínico dos referidos estudantes. A abordagem é de caráter qualitativo, tendo em vista que os dados foram analisados sob uma perspectiva interpretativista. Os dados revelam conhecimentos clínicos ainda bastante incipientes no que concerne aos saberes dos acadêmicos, com algumas exceções bastante pontuais.

Palavras-Chave: Medicina. Saberes Clínicos. Síndrome Compartimental.

This paper aims to map the perceptions of fifth-year students of Medicine on Compartment Syndrome (CS), as well as their academic clinical knowledge relating this physiopathology. For this reason, we used several authors who discuss such subject and we also tried to understand the bias of their thinking about the proposed subject. From a methodological viewpoint, this research is a documentary case study, since it is understood that the statements that constitute its corpus document and semiotize the social behaviors of the students interviewed. Such perceptions constitute the clinical knowledge of these students. The approach is qualitative, considering that the data were analyzed from an interpretative perspective. The data reveal academics' clinical knowledge is still very incipient, with some quite particular exceptions.

Keywords: Medicine. Clinical Knowledge. Compartment Syndrome.

¹ Acadêmico de Medicina da UMAX; Mestrando em Ciências da Educação pela UES; Bacharel em Enfermagem pela FABIC e Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo INESPO. E-mail: adrianomonteiroreal@hotmail.com.

² Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela UNA Certificada pela Sociedade Paraguaia de Ortopedia e Traumatologia; Especialista em Didática da Educação Superior pela UMA; Bacharel em Medicina pela UNA. E-mail: dracuencallamosa@gmail.com.

³ Doutora em Saúde Pública pela UNINTER, Mestre em Ciências Ambientais pela UNITAU, Especialista em Docência do Ensino Superior pela FABIC e em Enfermagem do Trabalho pela UNIRG, Bacharel em Enfermagem pelo ITPAC. E-mail: ana.leka@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome compartimental (doravante SC) é um transtorno clínico secundário a um aumento da pressão de um compartimento muscular de duração significativa capaz causar um compromisso tissular que afeta terminações nervosas, vasos e músculos. Os compartimentos mais afetados são o anterior, o posterior da perna e o compartimento anterior do braço.

A SC tem uma incidência de 3,1 por cada 100.000 habitantes e 69% dos casos são decorrentes de fraturas (MENDES, 2014). Alves (2011) corrobora acrescentando que, em torno de 45% dos casos de SC são ocasionados por fraturas dos ossos da perna.

As causas da SC estão divididas em: 1. Aumento do volume compartimental (traumatismo, fraturas, edema, contusão e hemorragias). 2. Diminuição do tamanho do compartimento (gesso compressivo).

Nesse sentido, esta pesquisa versa sob a perspectiva do grau de conhecimento dos acadêmicos do curso de Medicina acerca do referido transtorno. O objetivo é conhecer o grau de conhecimento dos estudantes de Medicina do quinto ano sobre a síndrome compartimental, pois acredita-se que tais estudantes já devem ser detentores de saberes acadêmicos que os possibilitem explicar, exemplificar e esmiuçar o assunto em questão.

Dessa forma, espera-se que as falas dos acadêmicos que atuaram na condição de sujeitos de pesquisa possam vislumbrar novos rumos para as discussões científicas que versam sobre a SC de maneira mais pontual.

2. SÍNDROME COMPARTIMENTAL: BREVE EXPLANAÇÃO

A SC é definida por um aumento da pressão intersticial dentro de um compartimento osteofacial fechado, podendo levar ao compromisso de vasos, músculos e nervos com possível comprometimento tissular (ALVES, et. al, 2011).

A pressão compartimental normal é abaixo de 10 mmHg nesses casos. Quando há um aumento superior com duração e intensidade significativos, surge a possibilidade de ocasionar um compromisso isquêmico e neurológico do

segmento. Os compartimentos acometidos com mais frequência são o anterior e posterior profundo da perna e compartimento anterior do braço. (MENDES, 2014)

Pitta (2014, p. 88) assevera que “o grau de lesão dependerá da rapidez com que o aumento de pressão se estabelece e por quanto tempo perdura”. A resolução do problema deve ser iniciada o mais breve possível, tendo em vista que quanto maior a demora do tratamento, mais grave a SC pode se tornar. A evolução do quadro é gradativa, havendo uma diminuição no aporte sanguíneo nos tecidos. Dessa forma, quanto maior for o tempo para identificação e/ou resolução do transtorno, maior será o compromisso tissular, ocasionando como primeiras manifestações alterações sensitivas.

Do ponto de vista fisiopatológico, existem 3 teorias para o mecanismo de produção de SC: 1. Teoria da pressão crítica de encerramento arteriolar – pressão intersticial crescente supera a pressão de perfusão das arteríolas, colapsando-as e interrompendo a perfusão local. 2. Teoria do gradiente arteriovenoso – a perfusão local de um compartimento é proporcional ao gradiente arteriovenoso (a diferença entre a pressão arteriolar e venosa locais). A pressão intersticial crescente causa um aumento progressivo da pressão venosa, havendo interrupção da perfusão local quando a pressão venosa se aproxima da pressão arterial (gradiente arteriovenoso = zero). 3, Teoria da oclusão microvascular – pressão intersticial crescente supera a pressão intracapilar, interrompendo a perfusão capilar local (VERTIZ, 2010).

3. QUADRO CLÍNICO E MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Conforme Mendes (2014, p. 131), “o quadro clínico clássico é representado pelos 4 “P’s”: *pain* (dor desproporcionada à lesão), *paresthesias* (parestesias), *pallor* (palidez) e *pulseless* (ausência de pulso)”. As manifestações clínicas são marcadas por evidências compressivas, onde ao comprimir, vai haver parestesias, palidez por diminuição do aporte sanguíneo, a dor que é um sinal clássico e o pulso que ficará ausente/diminuído por compressão dos vasos ao aumentar a pressão compartimental.

Pitta (2014, p. 88) endossa esse estudo ao afirmar que nessas circunstâncias “o achado clínico mais importante é o endurecimento, a tensão do segmento afetado, se acompanhado de dor, inchaço, diminuição de sensibilidade e dificuldade de movimentação do membro”. Ao se deparar com o membro afetado pela SC, pode-se perceber um enrijecimento local, decorrente do edema, característico de aumento de volume intracompartimental.

O diagnóstico é clínico, porém, alguns meios auxiliares de diagnósticos podem ajudar a chegar a uma conclusão mais concreta. Para medir a pressão intracompartimental, pode-se utilizar algumas técnicas, dentre elas: técnica de Whitesides, Stryker, catéter de Wick, catéter de Slit. Além da mensuração da pressão, pode-se utilizar como meio, a obtenção de creatina-quinase (CK) em um valor de 1000-5000 U / mL por meio laboratorial, demonstrando uma mioglobínúria, podendo sugerir ao diagnóstico (ALVES, 2011).

4. TRATAMENTO

O tratamento é cirúrgico. Realiza-se a Fasciotomia por meio da qual vai haver a liberação dos músculos através da abertura da fascia no compartimento acometido. Em caso de falha terapêutica, pode-se fazer a fasciectomia, que seria a retirada da fascia. Com a realização da fasciotomia, realiza-se também a dermatomia, uma vez que a pele pode atuar como torniquete, impedindo a expansão dos tecidos. Entretanto, mesmo após a realização da cirurgia (fasciotomia), se realizada tardiamente, pode surgir resposta inflamatória local ou sistêmica, coagulação intravascular disseminada e falência multiorgânica decorrente da liberação na corrente sanguínea de grande quantidade de produtos de necrose muscular (MENDES, 2014).

Pitta (2014, p. 88) corrobora tais concepções supracitadas e propõe que as indicações absolutas para o tratamento cirúrgico são fraturas expostas e fraturas associadas à SC ou a lesão vascular. Nessas situações, portanto, o tratamento deve ser conduzido em caráter de emergência.

Os principais motivos para indicação cirúrgica são os relacionados ao aumento do volume intracompartimental, sendo o mais

comum entre eles as fraturas, hemorragias e edemas; ficando as outras causas em segundo lugar (ALVES, et. al, 2011).

Após a fasciotomia, deve-se fazer o controle do paciente, incluindo a correção da hipoperfusão com soro fisiológico. O manitol pode ser utilizado no pós-cirúrgico a fim de reduzir a pressão compartimental e melhorar a reperfusão (VERTIZ, 2010).

Se a intervenção cirúrgica for tardia e o processo isquêmico passar de 6 horas, pode ocorrer necrose tecidual (rabdomiólise), com entrada de mioglobina na circulação. A mioglobina, por sua vez, é uma proteína que ao chegar nos rins, pode levar à necrose tubular e posteriormente provocar insuficiência renal aguda (MENDES, 2014).

5. METODOLOGIA

A construção do percurso metodológico deste trabalho é condizente com o perfil da fenomenologia da pesquisa, partindo do princípio de que os dados foram coletados a partir da ótica de investigação clínico-social, o que permite a leitura e interpretação ora delineada.

Diante disso, concorda-se com Triviños (1987), quando o autor afirma que o caráter fenomenológico das investigações modernas entende que o corpus é gerado ou coletado a partir de inquietações sociais, que viabilizam a esquematização dos olhares acadêmico-científicos.

A *priori*, é válido ressaltar que a fenomenologia se aplica à área da saúde, uma vez que é compreendida como um arrazoado de subáreas com as quais é possível manter uma posição analógica. Assim, o perfil clínico delineado nesse artigo é condizente com a perspectiva de investigação ora proposta.

Esta pesquisa é um estudo de caso, tendo em vista que foram entrevistados 05 (cinco) universitários devidamente matriculados no curso de Medicina da UMAX, em Assunção (Paraguai). É pertinente lembrar que tais acadêmicos ajudam a compor uma única turma do referido bacharelado, o que caracteriza o tipo de investigação proposta.

De acordo com Yin (2005), o estudo de caso reverbera constructos suficientes para a elaboração de um parecer, de modo que este sirva

como uma espécie de modelo aplicável a uma outra realidade semelhante.

Nesse sentido, o olhar do filósofo é condizente com a maneira com a qual os dados foram coletados. As entrevistas realizadas com os estudantes de Medicina (todos brasileiros, com exceção de um deles) por intermédio de gravação de áudio, permitiram capturar indícios suficientes para um tratamento de dados mais próximo da natureza verossimilhante.

A título de identificação, os participantes da pesquisa serão nomeados da seguinte maneira: Acadêmico 1, Acadêmico 2, Acadêmico 3, Acadêmico 4 e Acadêmico 5 na seção de análise desse artigo.

Nesse sentido, ainda conforme Yin (2005), por se tratar de um estudo de caso, é necessário reunir a maior parte possível de dados distintos, para que a triangulação possa ser efetivada, a posteriori.

Já abordagem de pesquisa é qualitativa tendo em vista o perfil interpretativista assumido nessa investigação (FLICK, 2009; LAKATOS, MARCONI, 2013).

Severino (2007) destaca que a pesquisa qualitativa é, por excelência, interdisciplinar, pois independe de área ou disciplina para ser aplicada. Assim, pensar a respeito das peculiaridades médicas é, sobretudo, lidar com conjecturas que estruturam e delineiam um pensamento condizente com a modernidade.

Flick (2009), Lakatos e Marconi (2013) coadunam com a ideia de que a abordagem qualitativa é, a princípio, uma possibilidade de se fazer um aparato metodológico eficaz no que se refere aos subsídios necessários para o tratamento do *corpus*.

Tendo definido as condições de coleta dos dados, passa-se, agora, ao tratamento e discussão sobre *corpus* da pesquisa.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A geração do *corpus* da investigação provém de entrevistas realizadas com os acadêmicos de Medicina do décimo semestre de uma instituição privada a respeito de SC. Para preservar a identidade dos participantes, utilizamos o código "Acad", seguido de um numeral, para designar o autor da fala.

Ao serem questionados sobre como definiam a patologia em estudo, obteve-se as seguintes respostas:

- "Bom... eu entendo síndrome compartimental como sendo assim... não sei se to certo ne?"
- O aumento de uma pressão assim... intersticial, dos tecidos assim por extravasamento de líquido, algo assim." (Acad, 1)
- "Éééé... são todas aquelas, aqueles... comprometimento da fascia interna ou da região externa de um membro, pode ser por... algum trauma ou algum ééé, por fora ne? Interna e externa, que é de origem traumática, pode ser... traumática devido a um acidente ou automobilístico ou agressão de alguma força, alguma coisa assim." (acad. 2)
- "Síndrome compartimental é a... é o acúmulo de líquido numa certa área do corpo." (acad. 3)
- "É o aumento da pressão acima de 15 milímetros de mercúrio, nos espaços compartimentais" (acad. 04)
- "É o aumento da pressão dentro do espaço ou dentro do compartimento dos membros." (acad. 05) traduzido do castelhano).

Por meio da observação das falas supracitadas, nota-se que os acadêmicos entrevistados não apresentam esclarecimentos precisos sobre locais onde aumentam a pressão intersticial, deixando notório que estes não sabem definir a patologia devidamente. Entretanto, há de se ponderar como exceção os acadêmicos 01, 04 e 05, tendo em vista que estes demonstraram um conhecimento mais técnico referente à patologia. Isso, de alguma forma, mostra-se como ponto positivo, uma vez que é de competência médica apresentar conhecimento científico a respeito de quaisquer doenças e/ou transtornos.

De acordo com os pressupostos de Pitta (2014, p. 88), "a SC se define como o aumento da pressão dentro do compartimento fechado por fâscias e que afeta a viabilidade dos tecidos."

A pressão intersticial é aumentada dentro de um espaço, e fica situada nos compartimentos recobertos por fascia. Quando o membro é afetado, pode-se haver aumento da pressão intracompartimental.

A pressão compartimental considerada normal é de menor a 10 mmHg, quando há um aumento superior com duração e intensidade significativos, pode levar com um compromisso

isquêmico e neurológico do membro (MENDES 2014).

Observa-se na fala do acadêmico 02 a falta de precisão na sua resposta. Esta imprecisão caracteriza uma ausência de direcionamento específico por parte do acadêmico, tendo em vista que não sabia definir corretamente o referido transtorno. Somada a isso, embora não sabendo a definição correta, procurou expor algumas informações aleatórias. Estas, por sua vez, não parecem agregar conhecimentos substanciais sobre a SC.

O acadêmico 03 mencionou também uma definição indireta sobre o assunto, o que o faz não ser preciso na sua resposta. Percebe-se que a fisiopatologia está mais evidente em seus conhecimentos antes mesmo da própria definição.

Tendo em vista as respostas apresentadas acima, percebe-se que nenhum dos entrevistados mencionou o valor normal e alterado do compartimento, tendo em vista que essa deveria ser uma das primeiras informações fornecidas quando o assunto é aumento da pressão intersticial. Além disso, observa-se que a maioria dos entrevistados não foram pontuais na definição, deixando abstrato o conceito da mesma.

Para melhor mensurar o grau de conhecimento dos acadêmicos sobre SC, foi perguntado sobre a etiologia da mesma, obtendo os seguintes relatos:

- *“Traumatismos” (acad. 1)*
- *“Acidentes automobilístico, é.. caída da própria altura, é..pode ser por choque de algum... objeto, é...enfermidade vasculares” (acad. 2)*
- *“Pancada, compressão, alta energia, baixa, hum... queda de alturas, queda de esportes, e queda da própria altura.” (acad. 3)*
- *“Fratura... tem dois tipos ne? Uma que é por diminuição do espaço que se dá por gesso e por vendagem e a outra que se dá por fratura, hemorragias, edema... isso...” (acad. 4)*
- *“É pelo aumento do conteúdo dentro do compartimento ou pela compressão. O aumento do conteúdo pode ser fratura, hemorragia e a compressão do compartimento pode ser por vendagem e gesso.” (acad. 5) (traduzido do castelhano).*

Observa-se que os entrevistados são conhecedores dos mecanismos causadores do aumento da pressão intracompartimental. Alguns

entrevistados (acad. 04 e 05) foram mais específicos, apresentando descrição mais técnica sobre o tema. Entretanto, os outros entrevistados foram mais generalistas, não deixando de frisar a relevância do sentido etiológico da SC.

A SC pode ocorrer por fraturas, lesão grave de tecidos moles, lesão vascular, ou seja, que leve a um extravasamento sanguíneo e conseqüentemente ao aumento do volume intracompartimental. Além desse mecanismo, pode haver também, por redução do volume do compartimento: queimaduras, imobilização gessada fechada, onde há compressão tecidual. (MENDES, 2014)

Na fala do acadêmico 02, na qual o mesmo menciona “enfermidades vasculares” como sendo causa da SC. Evidencia-se uma confusão de etiologia com conseqüência/complicações. Vasculopatias podem ser conseqüência da SC. como pode-se observar em um estudo realizado por Almeida (2016), onde descreve um estudo de caso sobre aprisionamento poplíteo associado a SC crônica. Entretanto, as lesões vasculares são indicações cirúrgicas, pois elevam a pressão intracompartimental (PITTA, 2014).

A SC também pode ser evidenciada por excesso de exercício físico, no qual atletas, quando são expostos a períodos exaustivos de treinos, podem estar sujeitos a desenvolver a síndrome. A incidência é baixa, e quando ocorre, a resolução deve ser imediata (BAUMFELD *et al.*, 2018).

Com base nisso, observa-se na fala do acadêmico 03, na qual ele menciona “queda de esportes”; um possível trauma por atividades físicas. Ele deixa, subjetivamente exposta, a prática exaustiva de atletas que também é causadora da SC; a falta do mesmo é pouco esclarecedora. Entretanto, conseguiu responder a seu modo.

Outra etiologia da SC são acidentes por envenenamento com ofídico. Segundo Andrade (2001), citado por Graciano (2017), no Brasil, são notificados aproximadamente 20.000 casos de envenenamentos por acidentes ofídicos e mais de 100 mortes por ano.

Com base nisso, pode-se pressupor que, devido ao elevado índice de acidentes, associado ao mecanismo patogênico do efeito do veneno, as pessoas que sofreram esse tipo de acidente podem

ser acometidas em grande escala pela SC (GRACIANO, 2017)

Entre as falas, observa-se que nenhum dos acadêmicos entrevistados, mencionaram especificamente acidentes com ofídico. Entretanto os acadêmicos 4 e 5 citaram a hemorragia, sendo essa ocasionada tanto por acidentes, lesão, traumatismos e inclusive pelo mecanismo do veneno de ofídico.

Os acadêmicos 4 e 5 descreveram os 2 mecanismos que levam à SC; 1. Por aumento do volume intra-compartimental e 2. Por diminuição do espaço do compartimento e são exemplos desses, hemorragia e compressão por gesso respectivamente (VERTIZ, 2010).

Portanto, no modo geral, os acadêmicos entrevistados são conhecedores dos mecanismos etiológicos da síndrome compartimental. Com isso, pressupõe-se que outras características da patologia sejam menos abstratas, no que se refere à clínica, diagnóstico e tratamento, facilitando, assim, seu reconhecimento.

Além das questões apresentadas anteriormente, os acadêmicos foram investigados sobre as manifestações clínicas da síndrome compartimental, obtendo-se os seguintes depoimentos:

- *“Edema, dor, rubor, esse pra mim que são os principais, porque se teve um extravasamento de líquido vai ficar com edema, a pessoa consequentemente vai sentir dor, e... pode ter o rubor também né?” (acad. 01)*
- *“Dor, rubor, ééé... dificuldade em...locomoção, ééé... tumoração” (acad. 02)*
- *“Dor, calor edema, disfunção de membro, e...hematoma” (acad. 03)*
- *“Parestesia, ausência de pulsos periféricos, hãã... não lembro mais...” (acad. 04)*
- *“Ééé...dor, edema, poder ter ...ééé... não sei... parestesia...contratura musculares, é...” (acad. 05) (traduzido do castelhano)*

Observa-se que a maioria dos entrevistados mencionaram muito a dor e o rubor como composição da clínica da SC. Embora esses sinais e sintomas também façam parte do quadro, eles não são colocados em evidência na descrição do quadro patológico.

Ao entender a fisiopatologia da SC é possível descrever e entender suas manifestações

clínicas, sendo que, após a compressão devido ao aumento da pressão, vai haver depois de alguns minutos, dor, parestesia e hipoestesia, ausência ou diminuição de pulso distal e se não revertida, poderá ter necrose tecidual (VERTIZ, 2010)

A clínica de SC é dor importante, edema, onde mais tardiamente pode ocorrer diminuição ou ausência do pulso distal, parestesias de extremidade, e hipoestesia. (ALVES, 2011)

Entre os entrevistados, apenas os acadêmicos 04 e 05 mencionaram sobre a parestesia e o acadêmico 04 foi o único que mencionou sobre a ausência de pulso distal (periférico).

O aumento da pressão intracompartimental por um tempo razoável pode levar a sintomas sensoriais progressivos, tais como parestesia, hipoestesia (PITTA, 2014).

Contudo, pode-se dizer que os acadêmicos têm domínio sobre as manifestações clínicas, entretanto, deixaram a desejar na clínica evolutiva da mesma. Poucos entrevistados mencionaram a parestesia, e esse aspecto é de grande relevância na compreensão evolutiva das manifestações clínicas da SC.

Quando questionados sobre os métodos de diagnóstico da SC, obteve-se as seguintes respostas:

- *“Bom... é... a clínica né? Da pessoa... a clínica e o histórico anterior de traumatismo... esses que eu conheço” (acad. 01)*
- *“Diagnóstico por tomografia, é... ultrassom,” (acad. 02)*
- *“Clínico... clínico, ecografia, uma ressonância, pq é em tecidos moles,” (acad. 03)*
- *“Os... seria pela medição da pressão e... miografia?” (acad. 04)*
- *“História clínica, exame físico, também se pode fazer uma...ééé...radiografia (RISOS)” (acad. 05) (traduzido do castelhano)*

É sabido que, para todo e qualquer diagnóstico médico, a clínica é soberana. Elementos como Anamnese e exame físico são primordiais no diagnóstico da SC., entretanto, alguns meios de diagnóstico podem ser utilizados para auxiliar nessa tarefa.

A mensuração da pressão intracompartimental se dá por algumas técnicas, são elas: técnica de Whitesides, Stryker, catéter de

Wick, catéter de Slit. Além disso pode-se utilizar a obtenção de creatina-quinase (CK) em um valor de 1000-5000 U / mL por meio laboratorial, demonstrando uma mioglobínúria, podendo sugerir ao diagnóstico. (ALVES, 2011)

Apenas o acadêmico 04 foi certo, mencionando a mensuração da pressão intracompartimental. Entretanto, outros métodos diagnósticos foram mencionados, sendo que alguns deles são desnecessários. Contudo, o conjunto de elementos diagnósticos propõe chegar ao maior êxito no desfecho do caso.

Quando os acadêmicos foram questionados acerca do tratamento da SC, obteve-se as seguintes respostas:

- “Ah o tratamento eu sei, é... fasciotomia.” (acad. 01)
- “Cirurgia ne! pra tirar a descompressão do membro e só.” (acad. 02)
- “tentar fazer a descompressão com um incisão no local e antibiótico.” (acad. 03)
- “fasciotomia, abertura do musculo e liberação da pressão e fasciectomia que é a retirada das fâscias.” (acad. 04)
- “o tratamento cirúrgico sempre...uma fasciectomia ou uma fasciotomia” (acad. 05) (traduzido do castelhano)

Diante das respostas, observa-se que todos os entrevistados são conhecedores do tratamento da SC, o que se mostra como algo positivo no que concerne à construção das percepções dos acadêmicos sobre a SC. O tratamento é sempre cirúrgico, por meio da descompressão cirúrgica da área afetada. Realiza-se uma abertura na fâscia. O procedimento cirúrgico chama-se Fasciotomia (YOSHIDA et al., 2004).

Após a fasciotomia, deve-se fazer o controle do paciente, incluindo a correção da hipoperfusão com soro fisiológico. O manitol pode ser utilizado no pós-cirúrgico a fim de reduzir a pressão compartimental e melhorar a reperfusão (ALVES, 2011).

Se a Fasciotomia for realizada tardiamente, pode causar resposta inflamatória local ou sistêmica, coagulação intravascular disseminada e falência multiorgânica decorrente da liberação na corrente sanguínea de mioglobina. (MENDES, 2014)

De modo geral, os acadêmicos entrevistados conhecem o método de tratamento

utilizado, sendo a cirurgia o único meio para a correção do caso. Entretanto, percebe-se na fala dos acadêmicos 04 e 05 a fasciectomia na mesma ordem de preferência da fasciotomia. Com isso, observa-se o desconhecimento da preferência inicial da fasciotomia frente à fasciectomia, na qual primeiro faz-se a descompressão e se houver falha ou remissão dos sintomas, pode-se optar pela remoção da fâscia (fasciectomia) (ALVES, 2011).

Quando foram questionados sobre a relevância da obtenção do conhecimento a respeito do tema para a vida acadêmica e futura profissional, obteve-se as seguintes respostas:

- “é justamente por isso ne?, pq aparece com uma certa, com uma alta frequencia, uma alta incidencia nos casos de traumatismo, então, acaba sendo uma coisa comum, corriqueira, frequente.” (acad. 01)
- “ééé... por ela ser oriunda de vários tipos de trauma, ééé... eu tenho que ter o conhecimento para saber as condutas a ser levadas diante ao próprio dia a dia no ambiente hospitalar, pq ocorre vários tipos de acidentes diariamente.” (acad. 02)
- “me preparar para se um dia acontecer e receber um paciente com uma patologia dessas saber o que fazer.” (acad. 03)
- “ããã.. pra minha vida acadêmica e profissional é de grande importância pq é uma das complicações que passam quase ou totalmente despercebidas por um diagnóstico apressurado e rápido e um tratamento semmm se vê bem o que se ta tratando.” (acad. 04)
- “é importante porque se não fizer um bom tratamento pode é é dar a perda de um membro e estrutura afetada eee...vai afetar a vida do paciente.” (acad. 05) (traduzido do castelhano)

Conforme as respostas acima apresentadas, nota-se que os entrevistados são preocupados com a conduta que o médico deve ter mediante a SC, o que soa como ponto positivo, tendo em vista que a relação com o paciente é fator basilar na construção de um médico mais eficiente e eficaz na profissão que escolhera.

Segundo Pitta (2014, p. 88), “é necessária a feitura do seu diagnóstico diferencial a partir do reconhecimento precoce dos sinais e dos sintomas da síndrome para a instituição de terapêutica adequada, o que melhora o prognóstico e diminui o índice de morbidade”.

Com base nisso, é possível dizer que os acadêmicos entrevistados são preocupados com o

reconhecimento precoce para poder tomar a conduta certa e a *posteriori*, obter melhor prognóstico do paciente.

Observa-se que apenas o acadêmico 05 referiu a perda do membro como consequência da SC, seja pela não realização do diagnóstico precoce, da cirurgia ou pela demora em realizá-la. A Amputação é a principal consequência da SC e todos os olhares são voltados a evitar esse corolário (VERTIZ, 2010).

De acordo com a análise do *corpus* de pesquisa, percebe-se que todos os acadêmicos entrevistados acreditam ser relevante a obtenção do conhecimento a respeito do tema por se tratar de um evento frequente no ambiente hospitalar. A obtenção do conhecimento é o primeiro passo para isso, e é de responsabilidade do profissional/estudante estar sempre aprimorando seus conhecimentos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SC é uma patologia que deve ser identificada tão logo possível, devido a suas complicações posteriores e o seu conhecimento é de grande relevância para a melhoria da qualidade de vida e resolutividade dos casos, bem como na preparação de um médico mais atento e completo face à complexidade dos dias atuais.

Os estudantes de medicina que foram entrevistados mostraram que são detentores um conhecimento satisfatório, devendo ser melhorado em outras oportunidades.

Após a realização da pesquisa, observou-se que o objetivo inicial foi alcançado, sendo que foi possível perceber o grau de conhecimento de alguns estudantes do 5º ano do curso medicina.

Entre os pontos estudados, foi constatado que há dificuldade em definir a patologia, bem como há desconhecimento dos valores estabelecidos da pressão elevada na atuação da mesma. Além disso, foi possível traçar um perfil de cada acadêmico entrevistado com base nos conhecimentos acerca do tema. O acad. 01 obtém conhecimento satisfatório, porém é inseguro em suas respostas. O acad. 02 tem pouco conhecimento sobre o tema, sendo um associador de informações para postular outras. O acad. 03 obtém conhecimento expressivo e suas respostas são mais diretas, com a utilização de linguagem

técnica médica abaixo do esperado. Os acadêmicos 04 e 05 obtêm um grau de conhecimento mais satisfatório em comparação aos demais. Com linguagem e respostas mais técnicas a respeito do tema.

Com essa pesquisa, pretende-se incentivar pesquisas vindouras acerca da SC para que o tema, bem como a disciplina de Ortopedia e Traumatologia, seja posto com mais destaque, pois se trata de uma disciplina de grande relevância na área médica e que, infelizmente, no desenho curricular de centenas de universidades consta apenas como uma disciplina da área.

Além disso, com essa pesquisa, foi possível conhecer o grau de conhecimento dos acadêmicos a respeito do tema e isso reflete o grau de estudo de temas semelhantes além de mostrar o nível de informações que estes estão adquirindo.

A partir dessa pesquisa, podem surgir outras novas investigações para avaliar se há ou não melhoria no nível de conhecimentos. Além disso, pode-se despertar a realização de estudos de casos em pacientes que são acometidos por SC.

Portanto, para que haja uma melhora no nível de conhecimento dos acadêmicos a respeito do tema, é necessário que se tenha um olhar especial para a disciplina de ortopedia e traumatologia, tanto pelo acadêmico como pela Universidade e professor, uma vez que o acadêmico é o elemento principal na obtenção de conhecimentos, sem deixar de evidenciar a importância do professor como mediador e motivador no processo ensino-aprendizagem mostrando a real importância de conhecer, identificar e tratar.

8. REFERÊNCIAS

ALVES, Thiago Fidélis. MARTINS, Rafael Olívio. COAN, Maria Fernanda. SAKAE, Thiago Mamôru. Síndrome Compartimental Aguda: série de sete casos no Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão Acute Compartment Syndrome: Report of seven cases in a Hospital in South Brazil. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 40, no. 2, de 2011.

ANDRADE FILHO, A, Campolina D, Dias MB. Toxicologia prática clínica. Belo Horizonte: 2001.

BAUMFELD, D. PEREIRA A. L., LAGE C. F. G., MIURA, G. M., GOMES, Y. V. T., NERY. C. Segmental decompressive fasciotomy for acute non-traumatic compartment syndrome in a professional soccer player: case report. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2018.

FLICK, U. *Qualidade na Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GRACIANO. A. CARVALHO R. , K. C. N. de. Síndrome Compartimental Associada A Acidente Ofídico Por Serpente Do Gênero Bothrops: Relato De Caso. *Rev Pesq Saúde*, 18(1): 54-56, jan-abr, 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos da Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MENDES, R.; PEDRO, Inês; SOUSA António R. Síndrome Compartimental Do Antebraço. *Rev Port Ortop Traum* 22(1): 127-134, 2014.

PITTA, G. B. B.; SANTOS, Thays F. A.; SANTOS, Fernanda Thaysa A.; FILHO, Edelson M. C. Síndrome compartimental pós-fratura de platô tibial. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2014;49(1):86-88.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VERTIZ, A. J. R. *Compendia de Traumatologia y ortopedia*. 1 ed. La reimp. Atlante Argentina. Buenos Aires, 2010.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YOSHIDA, W. B. BRANDÃO, G. M. S.; LASTÓRIA, S.; ROLLO, H. A.; ALMEIDA, M. J.; MAFFEL, F. H. A. Síndrome compartimental crônica de membros inferiores. *J Vasc Br* 2004;3(2):155-60.