ISSN 1679-6209

Revista do Médico RESIDENTE

REV MED RES Vol. 10 nº 4 p. 133-180 Outubro/Dezembro 2008

CRMPR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

ERMEPAR
Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná

Janeiro 2009

Revista do Médico
RESIDENTE

Conselho Regional de Medicina do Paraná
Diretoria outubro de 2008 a maio de 2010

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Presidente

Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente

Marília Cristina Milano Campos
Secretária-Geral

José Clemente Linhares
1.º Secretário

Sérgio Maciel Molteni
2.º Secretário

Roseni Teresinha Florencio
1.ª Tesoureira

Lutero Marques de Oliveira
2.º Tesoureiro

Alexandre Gustavo Bley
Corregedor-Geral

Raquele Rotta Burkiewicz
1.ª Corregedora

Alceu Fontana Pacheco Júnior
2.º Corregedor

Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná
(CERMEPAR) 2008 - 2010

João Carlos Simões
Presidente

Allan Cezar Faria Araujo (UNIOESTE - Cascavel)
Vice-Presidente

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
(Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)
1º Secretária

Mauro Porcu (UEM - Maringá)
2º Secretário

Alvo Orlando Vizzotto Júnior (Hospital Santa Rita - Maringá)
3º Secretário

Adriano Keijiro Maeda (Hospital Cajuru - Curitiba)
1º Tesoureiro

Gleden Teixeira Prates (Hospital Santa Brígida - Curitiba)
2º Tesoureiro

Hélio Teive (Hospital de Clínicas da UFPR)
Diretor Científico-Cultural

Conselho Fiscal:
Luiz Sallim Emed
Joel T. Totsugui

Conselho Regional de Medicina do Paraná
Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre
80810-340 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-4049
www.crmpr.org.br
e-mail: cermepar@crmpr.org.br

Associação dos Médicos Residentes do Paraná
AMEREPAR
Presidente: Hugo Manoel Paz Morales
e-mail: amerepar@crmpr.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Conselho Regional de Medicina do Paraná / Biblioteca

Revista do Médico Residente / Conselho Regional de Medicina do Paraná ; Comissão Estadual de Residência Médica. - v. 10, n4 (out./dez. 2008). - Curitiba: CRMPR, 1999-
p. 133-180 : il., 28cm

Trimestral
ISSN 1679-6209

1. Medicina. I. Título.

CDD 610
CDU 61

Ciência e Caridade. Pintura de Pablo Picasso, 1897.

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

Volume 10 Nº 4 OUT/DEZ 2008

ISSN 1679-6209

Sumário

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTIONS 135

EDITORIAL / EDITORIAL

RESIDÊNCIA MÉDICA COM ÉTICA, AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE
Medical Residency with ethic, autonomy and responsability
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho 136

HUMANIZAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA
Humanization in Medical Residency
João Carlos Simões 137

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA ATENDIDOS NO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS
Epidemologic profile of the patients with peptic ulcer served in the surgical center of Hospital Florianópolis.
Armando José d'Acampora, Denise Aparecida Nogueira de Lima, Monique Viana de Sousa, Andrezza Carminatti de Aquino, Ricardo Fantazzini Russi, Jairo Vieira, Aldemar Lopes 138

DISTÚRBIOS DE HUMOR EM PACIENTES COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO
Humor disturbances in patients suffering from systemic lupus erythematosus
Thelma L Skare, Caroline Meneguelli Biondo, Daniel Enzo Nishiura Outi, Ellen Balielo Manfrim, Lucas Eduardo Pedri, Melina Pedroso Kuroda 144

INDUÇÃO DE REMISSÃO COM MICOFENOLATO MOFETIL NA NEFRITE LÚPICA
Remission' induction by Mycophenolate Mofetil in Lupus Nephritis.
Luis Alberto Batista Peres, Márcio Augusto Nogueira, Everaldo Roberto de Araújo Junior, Karina Miura da Costa, Gislaine Teresinha de Queiroz 149

POR QUE QUERO SER MÉDICO?
Why do I want to be a doctor?
Guilherme Piovezani Ramos, Gustavo Yuzo Gaspki Yamamoto, Henrique Lasari Melo 154

ARTIGO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE

GERONTOLOGIA
Gerontology
Alcino Lázaro da Silva 159

RELATO DE CASO / CASE REPORT

SÍNDROME DE BARTTER - RELATO DE CASO
Bartter's syndrome - Case report
Erika Bastos Lima, Davi Sousa Garcia, Danielle Pessoa Lima, Caio César Furtado Freire, Fernanda Freire Castelo, Elizabeth Véscia Rego Dias Lima 164

LOBECTOMIA ESQUERDA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CAROLI: RELATO DE CASO
Left lobectomy in the treatment of Caroli's disease: case report
Jorge Wolmer Chamon do Carmo, Calipson Tadeu Nogueira da Gama, Mozart Rosa Abelha, Adorísio Bonadiman 168

CISTOSSARCOMA FILODES MALIGNO - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO
Malignant Cystossarcoma Phyllodes - Literature Review and Case Report
João Carlos Simões, Marina Rodi Carvalho Barros, Michélle Christhine Diniz 172

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA / MEDICINE HISTORY MUSEUM

Ehrenfried Othmar Wittig 177

NOTAS 178

A Revista do Médico Residente (ISSN 1679-6209) é uma publicação trimestral do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, com apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná. Cartas e artigos devem ser enviados para: Revista do Médico Residente - Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba (PR) - CEP 80810-340 - Fone(41) 3240-4049/ Fax: (41) 3240- 4001 - E-mail: drjcs@uol.com.br ou cermepar@crmpr.org.br .

A REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE ESTÁ EM PROCESSO DE INDEXAÇÃO NA BASE DE DADOS DO LILACS. É enviada trimestralmente aos Médicos Residentes, Comissões de Residências Médicas, Entidades Médicas, Bibliotecas, Centros de Estudos e Publicações com as quais mantém permuta.

Fundador e Editor Científico
João Carlos Simões - Curitiba (PR)

Editores Associados

Alcino Lázaro da Silva(UFMG)	Belo Horizonte	(MG)
Edevard José de Araújo (CFM)	São Paulo	(SP)
Zacarias Alves de Souza Filho (CRM-PR)	Curitiba	(PR)

Conselho Editorial

Ademar Lopes (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Fábio Biscegli Jatene (USP)	São Paulo	(SP)
Allan Cezar Faria Araújo (UNIOESTE)	Cascavel	(PR)	Marcos Desidério Ricci (USP)	São Paulo	(SP)
Andy Petroainu (UFMG)	Belo Horizonte	(MG)	Marcus Vinicius Henriques Brito (UEPA)	Belém	(PA)
Antonio Carlos Lopes (UNIFESP)	São Paulo	(SP)	Maria do Patrocínio Tenório Nunes(USP)	São Paulo	(SP)
Antonio Nocchi Kalil (Santa Casa)	Porto Alegre	(RS)	Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho (UFPR)	Curitiba	(PR)
Armando d'Acampora (UFSC)	Florianópolis	(SC)	Nicolau Kruel (UFSC)	Florianópolis	(SC)
Carlos Edmundo Rodrigues Fontes (UEM)	Maringá	(PR)	Olavo Franco Ferreira Filho (UEL)	Londrina	(PR)
Carlos Teixeira Brandt (UFPE)	Recife	(PE)	Orlando Martins Torres (UFMA)	São Luis	(MA)
Ivan Tramujas da Costa e Silva (UFAM)	Manaus	(AM)	Reginaldo Ceneviva (USP)	Ribeirão Preto	(SP)
Ivo Pitanguy (UFRJ)	Rio de Janeiro	(RJ)	Roberto Gomes (Sociedade Bras. Cancerologia)	Vitória	(ES)
João Gualberto Scheffer (Academia Paranaense de Medicina)	Curitiba	(PR)	Saul Goldemberg (UNIFESP)	São Paulo	(SP)
José Eduardo de Siqueira (UEL)	Londrina	(PR)	William Saad Hossne (UNESP)	Botucatu	(SP)
Luiz Alberto Sobral Vieira Jr(HUCAMoraes – UFES)	Vitória	(ES)			

Conselho de Revisores

Antonio Sérgio Brenner (UFPR)	Curitiba	(PR)	Manoel R M Trindade (UFRGS)	Porto Alegre	(RS)
César Alfredo Pusch Kubiak (UNICENP)	Curitiba	(PR)	Marcelo Thiele (UNICAMP)	Campinas	(SP)
Elias Kallas (UNIVAS)	Pouso Alegre	(MG)	Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL)	Maceió	(AL)
Flávio Daniel Tomasich (UFPR)	Curitiba	(PR)	Martha Helena Zappolá Borges (Hospital de Base)	Brasília	(DF)
Gilmar Amorim de Sousa (HC da UFRN)	Natal	(RN)	Neila Falcone da Silva Bomfim (HU Adriano Jorge)	Manaus	(AM)
Gustavo Cardoso Guimarães (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Nilton Ghiotti de Siqueira (UFAC)	Rio Branco	(AC)
Hamilton Petry de Souza (PUC)	Porto Alegre	(RS)	Orlando Costa e Silva Jr (FMRP)	Ribeirão Preto	(SP)
Hêmerson Paul Viera Marques (Hosp. Mater Dei)	Belo Horizonte	(MG)	Paola Pedruzzi (Hosp. Erasto Gaertner)	Curitiba	(PR)
Humberto Oliveira Serra (HUUFMA)	São Luis	(MA)	Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM)	Cuiabá	(MT)
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPR)	Teresina	(PI)	Renato Araújo Bonardi (UFPR)	Curitiba	(PR)
Jean Alexandre Furtado Correa Francisco (FEPAR)	Curitiba	(PR)	Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB)	João Pessoa	(PB)
João Eduardo Nicoluzzi (Hosp. Angelina Caron)	Curitiba	(PR)	Ricardo Lemos (UNIVILE)	Joinville	(SC)
Joel Takashi Totsugui (PUC)	Curitiba	(PR)	Ricardo Ribeiro Gama (FEPAR)	Curitiba	(PR)
José Carlos de Souza Lima (HU Pedro Ernesto)	Rio de Janeiro	(RJ)	Robson Freitas de Moura (Escola Baiana de Medicina)	Salvador	(BA)
José Eduardo Aguilar do Nascimento (UFMT)	Cuiabá	(MT)	Rogério Saad Hossne (UNESP)	Botucatu	(SP)
José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian	UFMS) C. Grande	(MS)	Salustiano Gomes de Pinho Pessoa (UFC)	Fortaleza	(CE)
Jurandir Marcondes Ribas Filho (FEPAR)	Curitiba	(PR)	Sérgio Adam Mendonça (U. Estadual de Blumenau)	Blumenau	(SC)
Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno Infantil)	Goiânia	(GO)	Sérgio Luiz Rocha (PUC)	Curitiba	(PR)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE)	Cascavel	(PR)	Simone Maria de Oliveira (UFSER)	Aracaju	(SE)
Luiz Carlos Von Bahten (PUC)	Curitiba	(PR)	Thelma Larocca Skare (FEPAR)	Curitiba	(PR)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Valdecira Lilioso de Lucena (FCM)	Recife	(PE)

Revisão Língua Inglesa
Roberto Smolka

Normalização Bibliográfica
Maria Isabel Schiavon Kinsz (CRB9-626)

Jornalista Responsável
Hernani Vieira (MTE 993/06/98v - Sindijor 816)

Consultores Internacionais

Jatin P. Shah	Memorial Hospital – NY	EUA
Júlio César Fernandes	Montreal	Canadá
Milena Braga	Baltimore	EUA
Ricardo Lopez	FAESS	Argentina
Roger H. Kallal	North Wewstern Memorial – Chicago	EUA
Luiz Alencar Borba	Universidade de Arkansas	EUA

Autorizada a republicação de artigos com a citação da fonte

Expediente: Tiragem: 3.000 exemplares – Distribuição dirigida – Diagramação: Artes & Textos (41) 3352-6670.

Revista do Médico RESIDENTE

INSTRUÇÕES AOS AUTORES
Authors Instructions

ISSN 1679-6209

A Revista do Médico Residente (ISSN 1679-6209), órgão oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e com o apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná, é publicada trimestralmente e tem por finalidade a divulgação de artigos científicos das áreas biomédicas que contribuam para o ensino e desenvolvimento da Residência Médica do Paraná e do Brasil.

A Revista do Médico Residente segue o "Uniform Requirementes for Manuscripts Submitted do Biomedical Periodical Journals", elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org), conhecido como "Convenção de Vancouver".

A Revista do Médico Residente tem os artigos avaliados pelos pares ("peer-review"). Os artigos anônimos são encaminhados para dois membros também anônimos do Conselho dos Revisores que, por meio de um roteiro de análise, procedem a aprovação ou não. A critério do Editor Científico, poderá o artigo ser submetido a revisores externos. Artigos rejeitados serão devolvidos aos autores anexados com as sugestões dos revisores.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Os originais devem ser apresentados em papel e em meio reversível, escrito em português, espaço duplo, folhas A4, em páginas separadas, devidamente numeradas, digitadas no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, corpo de letra Arial ou Times New Roman tamanho 12.

O(s) autor(es) deverá(ão) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao Editor responsável pela Revista acompanhado de carta assinada pelo autor, em nome dos co-autores se houver, responsabilizando-se pelo conteúdo e originalidade do trabalho e autorizando a publicação para:

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE
Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná
Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre
80810-340 - Curitiba – PR
Fone/Fax: (41) 3240-4049
e-mail: drjcs@uol.com.br / cermepar@crmpr.org.br

Incluir também:

1. **Declaração de conflito de interesse (de acordo com resolução do CFM nº 1595/2000)**
2. **Indicar fontes de financiamento do trabalho, se houver, e o nº do processo.**
3. **Ofício da aprovação do trabalho pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição.**

Somente serão enviados ao Conselho Redatorial os trabalhos que estiverem dentro das Normas de Publicação.

A Revista do Médico Residente analisa para publicação os seguintes tipos de artigos: editoriais, artigos originais, artigos de revisão, relatos de casos, artigos de história, artigos especiais, notas prévias e cartas ao editor.

Editorial: é o artigo inicial da revista. Geralmente escrito pelo editor principal ou solicitado por ele para algum editor ou nome de relevância na área da saúde.

Artigo original: é o resultado completo de um trabalho clínico ou experimental, prospectivo ou retrospectivo, randomizado e às vezes duplo cego, constituído de resumo, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, abstract e referências. As referências devem ser limitadas a cerca de trinta (30), citando todos os autores até 6.

Artigos de revisão: o estilo é livre, devendo ser conciso, completo e atual, acompanhado de uma análise crítica do autor. É necessário resumo e abstract. As referências são limitadas a cinqüenta (50).

Relato de caso: descrição de casos clínicos peculiares, geralmente raros e de interesse. Necessita resumo e abstract não estruturado. Número de autores, até seis (6).

Artigos de história: constituem relatos históricos sobre instituições, pessoas ilustres, técnicas e fatos da Medicina e da área da Saúde. Necessita resumo e abstract. Só é permitido 1 (um) autor.

Artigo especial: são conferências, análises críticas. Discursos escritos ou discussão de temas especiais dirigidos para a área da saúde e da residência médica. Necessita resumo e abstract.

Nota prévia: representa uma contribuição original clínica ou técnica apresentada de maneira resumida, não excedendo quinhentas (500) palavras e no máximo cinco (5) referências.

Carta ao editor: são comentários sobre temas ou artigos publicados na Revista do Médico Residente, podendo ou não conter referências.

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIGINAIS

Página de rosto: o título do artigo deve ser conciso e explicativo representando o conteúdo do artigo e redigido em português e em inglês. Nome completo do(s) autor(es) e seus títulos profissionais e nome da instituição onde o trabalho foi realizado. Incluir, ainda, o endereço completo do autor responsável.

Resumo: deve ser estruturado e não exceder 350 palavras, com limite de outras 100 para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve conter ainda o objetivo, com justificativa e propósito do trabalho.

Métodos: descrição do material, dos pacientes ou animais, descrição dos procedimentos.

Resultado: descrição das observações com dados estatísticos e sua significância.

Conclusão: resposta da pergunta ou objetivo inicial.

Descritores (antes unitermos): utilizar até cinco (5), recomendados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): http://decs.bvs.br

PREPARAÇÃO DO TEXTO

Título: deve ser preciso e explicativo representando o conteúdo do artigo.

Introdução: deve salientar o motivo do trabalho e a hipótese formulada com citação pertinente porém sem fazer revisão extensa da literatura. No final da introdução deve ser referido o(s) objetivo(s) do trabalho. Referir o nome da Instituição onde foi realizado o trabalho e os títulos acadêmicos de todos os autores (negrito) por ordem

Ética: toda matéria relacionada à investigação humana e à pesquisa animal deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, cumprindo resolução n. 196/96 do CNS e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA).

Métodos: Identificar a amostragem, aparelhos, material, as drogas e substâncias químicas utilizadas. Inclusive os nomes genéricos, dosagens e formas de administração. Não utilizar nomes comerciais ou de empresas. Não usar nomes dos pacientes, iniciais ou registros de hospital. Explicar qual método estatístico foi empregado e o grau de significância.

Resultados: devem ser apresentados em seqüência e de maneira concisa, sem comentários e fazendo quando pertinente, referências às tabelas e ou figuras. Utilizar abreviaturas aprovadas e padronizadas. As figuras devem ser as referidas no texto e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos e colocadas dentro de um envelope. As legendas devem ser colocadas abaixo das figuras, descritas em folha separada e colocadas após as referências e tabelas. Quando se tratar de tabelas e gráficos, as legendas ficarão acima delas. Deve ser identificada no verso, através de etiqueta, com o nome do autor, número e orientação espacial com setas. Os números das fotos para artigos originais devem ser limitados a seis (6) e para relato de caso a quatro (4). Exceções serão julgadas pelo Editor Científico.

Discussão: deve comparar os principais achados e significados com os anteriormente publicados na literatura. Salientar os novos e interessantes aspectos do estudo. Não repetir os dados dos resultados.

Conclusão: deve ser clara e precisa e responder aos objetivos do estudo. Evitar informações que não sejam baseadas em seus próprios resultados.

Abstract: deve conter até 350 palavras e ser estruturado como no resumo: Background, Methods, Results, Conclusion and Key Words.

Referências: a revista segue, como já referido, as normas de Vancouver. As referências devem ser restritas aos últimos cinco anos e numeradas consecutivamente na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto.

Até 6 autores, todos devem ser referidos. Acima de 6 autores, referem-se os 6 primeiros e a expressão et. al.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos devem ser conforme àquelas usadas no Index Medicus.

Endereço para correspondência: Informar o endereço completo e eventual e-mail do autor principal ou chefe do serviço.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Revista: Daniel RK, Farkas LG. Rhinoplasty: image and reality. Clin Plast Surg 1988;151:1-10

Livro: Simões JC. Câncer: estadiamento e tratamento. Curitiba. NETSUL; 1997.

Capítulo de Livro: Módena JLP, Pereira LCC. Carcinoma gástrico precoce: In: SOBED, Endoscopia Digestiva. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI:2000. p. 402-27.

Tese e Monografia: Wu FC. Estudo da ação de aderências sobre anastomose cólica: trabalho experimental em ratos (Dissertação – Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2000.

Em Material Eletrônico: Dickering K, SCherer R, Lefebvre C. Systematic Reviews: Identifying relevant studies for systematic reviews. BMJ [serial online] 1994, 309:1286-91. (cited 2002 Apr20); Available from: http://bmj.com/cgi/content/full/309/6964/1286

REV. MED. RES.

VOL. 10 - Nº 4:136 OUT/DEZ 2008

RESIDÊNCIA MÉDICA COM ÉTICA, AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE

Medical Residency with ethic, autonomy and responsability

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho [1]

Neste início de ano, encerra-se uma etapa e de imediato começa outra. Começa a etapa da inclusão no mercado de trabalho para alguns e, para outros, o desafio de frequentar um programa de residência médica.

A aceitação do profissional no ambiente onde deseja trabalhar depende de sua postura e de seu comprometimento com as pessoas, com os profissionais e com a Instituição. A inclusão, o respeito e, principalmente, o prestígio por parte dos colegas e da comunidade são conquistas que só chegam por meio do tempo. E mais do que competência, é necessária muita sensibilidade.

"O médico já não é o profissional de grande destaque na sociedade, com perspectiva de independência financeira em curto prazo. Isto porque a chamada livre escolha foi implodida com novas formas de intermediação, onde a ética sofreu derrota para uma equação puramente econômico-financeira. E a intermediação institucional, gerencial, estatal ou privada, entre médicos e pacientes, é que dá as cartas. E prejudica o vínculo, a confiança e a responsabilidade entre quem presta e quem recebe o atendimento. O jovem médico transforma-se, pois, no assalariado mal remunerado e, por isso, com múltiplos empregos. Fica mais cansado e sem tempo, não se atualiza e se desespera com sua qualidade de vida. Não raro, desiludido, escapa por caminhos tortuosos. Então, se enfraquece a grande peculiaridade da profissão que se estriba no idealismo de não trair a confiança, de buscar o melhor para o seu paciente. Sabemos que quando a ética sofre, reduz-se a solidariedade". A sábia citação é do Professor Adib Jatene (USP), cujas palavras compartilhamos integralmente.

Se no mercado de trabalho impera a regra da intermediação, como profissionais e cidadãos a ética não deve se enfraquecer no pensamento, nas atitudes e no compromisso que assumimos com a sociedade.

O Professor-Educador Paulo Freire, em seus ensinamentos, dizia que ensinar exige estética e ética. Decência e beleza de mãos dadas. A prática educativa tem de ser, em si, um testemunho rigoroso de decência e pureza. Mulheres e homens, somos seres históricos sociais. Tornamo-nos capazes de comparar, de valorar, de intervir, de escolher, de decidir, de romper... Por tudo isso nos fizemos seres éticos.

Não é possível pensar os seres humanos longe sequer da ética, quanto mais fora dela. Se formos éticos, somos autônomos para escolher e para agir. Serão opções que, mesmo assim, estarão expostas a situações que podem se conflitar com a ética.

Quando insistimos em falar de ética, não o fazemos com hipocrisia ou falso moralismo. Falamos acreditando na ética universal enquanto marca da natureza humana, enquanto algo absolutamente indispensável à convivência humana.

Aqueles que iniciam seu processo educativo em um programa de residência médica precisam ser respeitados em sua autonomia, estimulados a se aprimorar como pessoa e a adquirir cultura. Precisam aprender a aprender, devem refletir de forma crítica sobre sua prática e precisam ter consciência do inacabável. São necessários, também, bom senso, tolerância, observância de seus direitos e cumprimento dos deveres, pois serão convidados a tomar decisões conscientes, precisam de disposição para amadurecer e precisam libertar a criatividade e o ideal de cada um para buscarem o caminho desejado.

Que o recomeço que marca o início deste novo ano seja venturoso, feliz, com saúde, paz e dedicação.

1 - Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

VOL. 10 - Nº 4:137 OUT/DEZ 2008

REV. MED. RES.

HUMANIZAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Humanization in Medical Residency

João Carlos Simões [1]

"First the patient, second the patient, third the patient, fourth the patient, fifth the patient, and then maybe comes science."
Bela Schick (1877 - 1967)
Aphorisms Facetiae of Bela Schick

A preocupação com a humanização da Medicina e especialmente com a prática da residência médica está sempre presente nos hospitais e nos cursos de Medicina. Pragmaticamente o que se discute é como conduzir este processo de uma forma natural e sistemática.

A interação entre o residente e o paciente tem que extrapolar o aspecto formal, técnico ou puramente acadêmico. É seminal entender que essa relação humana deve ser respeitosa, com vínculo e responsabilidade. Os residentes não devem esquecer que a Medicina é fundamentalmente uma ciência humana.

O médico residente vocacional deve gostar das pessoas e ser especialista em gente. A Medicina se utiliza dos progressos tecnológicos das ciências biológicas para atingir este fim humanista. O médico com formação humanista não só é um médico melhor como também uma pessoa melhor.

O humanismo é uma das grandes virtudes do ser humano e uma ferramenta de trabalho das profissões que lidam com a dor e o sofrimento humano. O humanismo precisa ser ensinado, na prática, da mesma maneira que se ensina uma anamnese e um exame físico completo. Ele começa na maneira de acolher o paciente pela primeira vez, no toque das mãos ao cumprimentá-lo, na afetividade do olhar e na serenidade das palavras. Na compreensão da fragilidade do doente. No respeito ao pudor. Saber transmitir segurança é uma arte, no reconhecimento que as palavras podem ferir mais que um bisturi. Na paciência das explicações necessárias e se despir completamente de reconhecimento ou de favorecimento pecuniários extraordinários.

Um médico residente competente é sempre aquele que é atencioso e que valoriza as queixas dos pacientes, sem subestimá-las. Reputo como absolutamente necessário que preceptores e professores do curso de Medicina devem ensinar compaixão como o remédio mais barato e eficiente. Ela é a base do humanismo da Medicina contemporânea.

1 - Editor Científico da Revista do Médico Residente

REV. MED. RES.

VOL. 10 - Nº 4:138 OUT/DEZ 2008

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA ATENDIDOS NO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS

Epidemologic profile of the patients holders of peptic ulcer served in the surgical center of Hospital Florianopolis.

Armando José d'Acampora[1]
Denise Aparecida Nogueira de Lima[2]
Monique Viana de Sousa[2]
Andrezza Carminatti de Aquino[2]
Ricardo Fantazzini Russi[3]
Jairo Vieira[3]
Aldemar Lopes[4]

D'Acampora JA, Lima DAN, Sousa MV, Aquino AC, Russi RF, Vieira J, Lopes A. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de úlcera péptica perfurada atendidos no centro cirúrgico do Hospital Florianópolis. Rev Med Res 2008; 10(4):141-146.

RESUMO

Introdução: A perfuração da úlcera péptica está presente em 1 a 6% dos casos e aparece em segundo lugar como causa de abdome agudo inflamatório. No Brasil, apesar de a úlcera péptica ser uma doença freqüente, não se conhece sua real incidência. O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de úlcera péptica submetidos à laparotomia exploradora no Centro Cirúrgico do Hospital Florianópolis no período de 1979 a 2005. **Métodos:** Foram analisados 186 casos dentre uma amostra de 1754 prontuários de pacientes submetidos à Laparotomia Exploradora no Centro Cirúrgico do Hospital Florianópolis entre 1979 e 2005, sendo excluídos os pacientes não portadores da referida doença. Os parâmetros avaliados foram idade, sexo, data da operação, tipo de cirurgia, complicações pós-operatórias e tempo de permanência hospitalar. **Resultados:** Observou-se uma redução de 30% no número total de cirurgias para úlcera péptica no período estudado. Houve um acometimento maior do sexo masculino (86,56%), com alta incidência entre a terceira e a sexta década de vida em ambos os sexos. A lesão duodenal pôde ser encontrada em 62,68% dos casos. Em 114 cirurgias (56,78%) optou-se pela rafia simples da lesão. A taxa de complicação foi de 47,22%. A maioria dos pacientes (61,82%) recebeu alta com até uma semana de internação. **Conclusão:** Homens adultos jovens são mais acometidos pela doença ulcerosa, que apresenta uma alta prevalência na topografia duodenal. A infecção pode ser considerada uma complicação comum neste tipo de cirurgia.

Descritores: Úlcera péptica; Laparotomia; Urgência.

INTRODUÇÃO

Úlcera é definida como uma abertura na mucosa do sistema digestório que se estende através da musculatura da mucosa à submucosa ou mais profundamente.[1]

Úlceras pépticas são lesões agudas ou crônicas que ocorrem em qualquer local do trato gastrintestinal exposto à ação agressiva dos sucos pépticos ácidos. As lesões são geralmente únicas, com menos de quatro centímetros, localizadas mais freqüentemente na primeira parte do duodeno e no antro gástrico.[1]

Por sua vez, a presença da úlcera, manifesta o quadro de doença ulcerosa péptica, caracterizada por queixas típicas de dor epigástrica pós-prandial, também ocorrendo à noite, com despertar noturno. O alívio dá-se pela ingestão de alimentos e/ou antiácidos. Todavia, em alguns pacientes, a doença pode apresentar-se com dor atípica, sintomas dispépticos ou mesmo sem sintoma algum, tendo como primeira manifestação da doença uma de suas complicações.[2]

Foi atribuído a Hipócrates, em 460 a.C., o relato

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

1 - Cirurgião Geral do Hospital Florianópolis, Professor de Técnica Operatória da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

2 - Acadêmicas de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

3 - Cirurgiões Gerais do Hospital Florianópolis, Professores da Disciplina de Bases da Clínica Cirúrgica da Universidade do Sul Catarinense (UNISUL), Mestres e, Ciências Médicas pela UFSC.

4 - Cirurgião Geral do Hospital Florianópolis.

de um caso cujo diagnóstico foi posteriormente confirmado como sendo úlcera péptica (UP).[3]

No século XVIII, os clínicos, reconhecidos pela eficácia da observação e emprego de uma semiologia mais detalhada, dificilmente deixavam de descrever o quadro clínico da UP perfurada, quase invariavelmente fatal naquela época. Compêndio de medicina legal, como o de Albertus, de 1725, já menciona a úlcera perfurada como causa rara de morte, devendo ser diferenciada dos envenenamentos.[3]

A incidência mundial de doença ulcerosa péptica é estimada em 1.500 a 3.000 por 100.000 habitantes por ano.[4]

A prevalência de hemorragia, perfuração e obstrução em pacientes com úlcera péptica foi estimada em 15-20%, 5% e 2% respectivamente.[4] Tais complicações implicam, em uma população de 100.000 habitantes, intervenção cirúrgica em 3-4 habitantes em decorrência de sangramento, 3-10 por perfuração de úlcera péptica e 1-3 em decorrência de obstrução no período de 1 ano.[4]

A perfuração de uma úlcera péptica se apresenta em 1 a 6% dos pacientes ulcerosos durante o curso da doença e, apesar da tendência à diminuição da enfermidade ulcerosa nos últimos anos, esta complicação se mantém constante.[6] A úlcera péptica perfurada aparece em segundo lugar em ordem de ocorrência como causa de abdome agudo inflamatório, sendo precedida somente pelo diagnóstico de apendicite aguda.[7]

No Brasil, apesar de ser uma doença extremamente freqüente, não se conhece de modo preciso sua real incidência. Nas diferentes estatísticas, a incidência de ulcera péptica no Brasil varia de 1 a 20%, o que reflete tão somente diferenças na coleta dos dados, nos critérios de diagnóstico e na variação das populações estudadas.[12,13]

A maioria dos estudos epidemiológicos baseia-se em estatísticas obtidas a partir de atendimentos médicos, hospitalizações, cirurgias e óbitos, dados estes sujeitos a críticas, como uma amostra não-representativa do espectro da doença ulcerosa.[13]

Baseado nas estatísticas e no fato de o Hospital Florianópolis atender a um grande número de municípios do Estado, propõe-se analisar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de úlcera péptica atendidos no Centro Cirúrgico deste hospital.

O trabalho tem por objetivo geral traçar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de úlcera péptica submetidos à laparotomia exploradora no Centro Cirúrgico do Hospital Florianópolis, em Florianópolis, Santa Catarina, no período de 1979 a 2005, os quais incluem tais critérios: correlacionar idade e sexo, a faixa etária mais acometida por estas doenças, assim como o gênero, apontar a incidência de internações e óbitos, constatar o tipo de procedimento realizado, a ocorrência de complicações pós-operatórias durante as internações, o tempo de internação e a antibioticoterapia usada.

MÉTODOS

O estudo é transversal e descritivo. A amostra foi levantada dos prontuários de pacientes com diagnóstico de Úlcera Péptica Perfurada, operados no Centro Cirúrgico do Hospital Florianópolis (HF), em Florianópolis, Santa Catarina (SC), no período compreendido entre julho de 1979 e agosto de 2005. Foram incluídos, na análise, apenas os prontuários de pacientes cuja descrição operatória era decorrente de úlcera péptica perfurada. Como critérios de exclusão foram retirados da amostra todos os pacientes submetidos a procedimento operatório outro, constante no banco de dados ou no prontuário, que não em decorrência da afecção em estudo, além dos prontuários não encontrados, não localizados no arquivo informatizado do SAME do HF, ou não devidamente preenchidos, e também os prontuários arquivados em microfilmes não plausíveis de visualização.

O primeiro passo foi a elaboração de um protocolo para laparotomia exploradora para a coleta dos dados, de acordo com as variáveis encontradas na literatura: idade, sexo, raça, naturalidade e procedência, data da operação, nome do cirurgião, caráter de internação, diagnóstico pré-operatório, diagnóstico anátomo-patológico, achados trans-operatórios, indicação e tipo de cirurgia, complicações pós-operatórias e tempo de permanência hospitalar.

Em seguida, utilizou-se o banco de dados de 11.000 operações do Serviço Geral de Cirurgia do Hospital Florianópolis, com todos os registros das cirurgias para identificação dos prontuários dos pacientes submetidos à Laparotomia Exploradora, sendo encontrado um total de 1754 prontuários.

Das cirurgias encontradas, somente foram selecionadas as realizadas por diagnóstico de úlcera péptica perfurada. Já em análise ativa dos prontuários, aplicaram-se os critérios de inclusão e de exclusão acima citados.

Por fim, no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do Hospital Florianópolis obteve-se a análise

de 186 prontuários com 201 cirurgias por úlcera péptica perfurada, dados estes que foram separados, tabulados, arquivados e posteriormente confrontados com a literatura vigente específica.

RESULTADOS

A distribuição quanto ao sexo, encontrada neste trabalho, foi de 86,56% para população masculina e de 13,44% para a população feminina, com uma proporção de 6,44 homens para uma mulher quando do diagnóstico de úlcera péptica perfurada (figura 1).

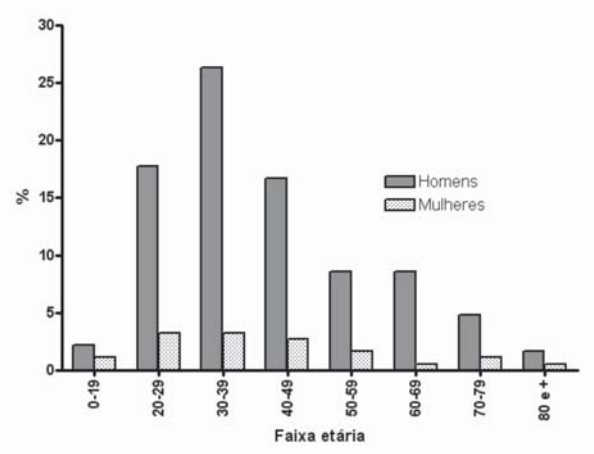


FIGURA 1 - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS: DISTRIBUIÇÃO POR IDADE E SEXO

O tempo de permanência hospitalar (figura 2) variou conforme a cirurgia realizada, ao aparecimento de complicações pós-operatórias e ao uso ou não de antibioticoterapia profilática. A maioria dos pacientes (61,82%) recebeu alta com até uma semana de internação, sendo que 14,51% dos pacientes permaneceram em ambiente hospitalar por até 15 dias. Cerca de 10% dos pacientes permaneceram no Hospital por mais de 25 dias, em decorrência de complicações pós-operatórias e a necessidade de vários dias de antibioticoterapia. O mínimo de permanência foi de quatro dias e o máximo foi de 62 dias de internação.

No que concerne ao diagnóstico trans/pós-operatório (figura 3), a localização da úlcera se fez presente mais freqüentemente no leito duodenal (62,68%). Lesões gástricas puderam ser encontradas em cerca de 30% dos casos.

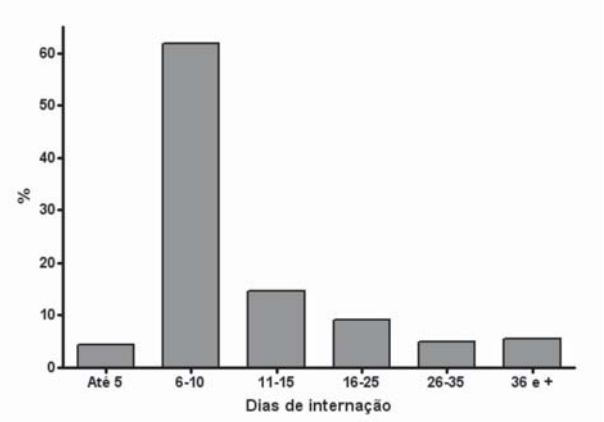


FIGURA 2 - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS: DIAS DE INTERNAÇÃO

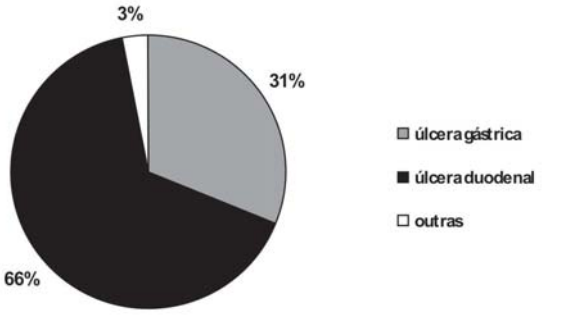


FIGURA 3 - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS: DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

No que concerne às complicações (tabela 1), as infecções tiveram grande destaque, somando 18,40% do total de 95 complicações.

TABELA 1 - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS: COMPLICAÇÕES

Complicação	Número de casos	%
Infecção	37	18,40
Peritonite	12	5,97
Pulmonar	08	3,98
Hérnia Incisional	07	3,48
Hemorragia Digestiva Alta	05	2,48
Sepse	05	2,48
Insuficiência Renal Aguda	04	1,99
Deiscência de Sutura	04	1,99
Fístulas	03	1,49
Abcesso de Parede	03	1,49
Abcesso Subfrênico	02	0,99
Óbitos	05	2,48
Total	**95**	**47,22**

As cirurgias concomitantes apresentaram pequena significância, num total de seis cirurgias, num universo de 201 intervenções (figura 4).

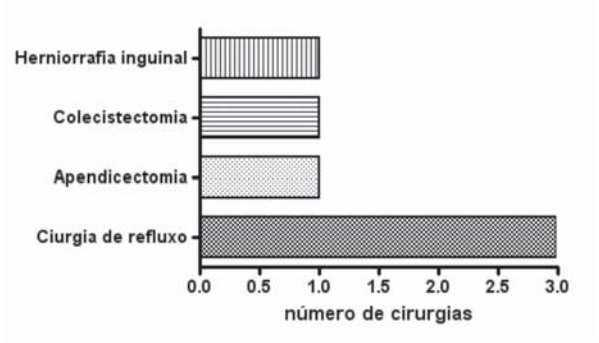


FIGURA 4 - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS: CIRURGIAS CONCOMITANTES

Em se tratando de técnica cirúrgica, a rafia simples da perfuração, método descrito por Grahan em 1937, pôde ser contemplada em 114 casos, perfazendo 56,71% das cirurgias realizadas (tabela 2).

TABELA 2 - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS: TIPO DE CIRURGIA

Tipo de cirurgia	Número de cirurgias	%
Ráfia duodenal (RD)	80	39,80
Ráfia gástrica (RG)	34	16,91
RD + vagotomia superseletiva (VS)	27	13,44
Vagotomia troncular (VT) + piloroplastia	16	7,97
VS	12	5,97
Gastrectomias (BI, BII, total)	12	5,97
RG + VT e piloroplastia	05	2,49
RG + VS	04	1,99
RG + VT	04	1,99
Antrectomia + Vagotomia	02	0,99
Outras	06	2,48
Total	**201**	**100**

DISCUSSÃO

Do ponto de vista epidemiológico, a úlcera gastroduodenal é uma doença extremamente dinâmica. Sua prevalência é difícil de ser estimada, devido à subjetividade dos sintomas e à semelhança do quadro clínico com os vários tipos de dispepsia .[12]

Foi realizado, neste trabalho, um total de 1754 Laparotomias Exploradoras no período estudado, sendo que 11,45% destas correspondem à Úlcera Péptica Perfurada.

A doença é característica de adulto jovem com maior incidência, em ambos os sexos, nas diversas faixas etárias compreendidas entre a terceira e a sexta década de vida, perfazendo 80,10% de todas as úlceras pépticas perfuradas, dado este reportado por outros autores.[7,24,29,30]

Na literatura encontramos a mesma relação, ou seja, um predomínio da população do sexo masculino sobre o feminino.[6,7,15,16,28]. A relação homem/mulher observada atualmente é de 21:1[6,10], cifra muito superior à descrita na década de 80, que era 8,6:1[22] . Não existe, todavia, uma explicação clara para essa característica da doença.

Ainda em relação à idade, existe uma tendência de apresentar maior mortalidade no grupo acima de 60 anos.[6,23,27,29]

Em 1800, o diagnóstico de úlcera duodenal era considerado raro, todavia, tornou-se muito mais corriqueiro que o de úlcera gástrica durante a primeira metade do século vinte.[4,16]

Por sua vez, Silva et al, referem que incidência de úlcera duodenal tem diminuído gradativamente, enquanto a de úlcera gástrica tem se mantido constante ou aumentada nos últimos 20 anos, fato esse que foi o oposto ao de nossa casuística.[2] Se, por outro lado, analisarmos a localização das perfurações de úlcera péptica que culminam em tratamento cirúrgico, temos como principal localização a primeira parte do duodeno (35-65%), discretamente seguida pela localização gástrica (5-25%).(figura 5).[4]

Este dado concorda com a literatura vigente[6,7,10,17], e com a fisiopatologia da doença, devido ao grande número de cirurgias de urgência por perfuração de úlcera péptica e conseqüente contaminação da cavidade abdominal. A peritonite pós-operatória pôde ser observada em 5,97% de todas as complicações. Boey[24] e Steven[28] encontraram em suas casuísticas uma porcentagem de 10% para complicações pulmonares pós-operatórias. Em nosso estudo, estas afecções apareceram como terceira causa de complicações pós-operatórias (3,98%), indo de encontro à literatura[6,29]. Ainda com relação a esta análise, ocorreram sete hérnias incisionais (3,48%) e cinco casos de sepse (2,48%) em nossa amostra.

A doença ulcerosa constitui sempre uma entidade grave, não isenta de mortalidade, sendo esta secundária ao fenômeno séptico na maioria dos enfermos.[6] A taxa de mortalidade atribuída à perfuração de úlcera gastro-duodenal é elevada e estimada entre 5 a 10% na literatura.[11] Na Europa, as

úlceras pépticas são responsáveis por aproximadamente 20 a 30.000 mortes por ano,[4] principalmente por perfuração e hemorragia em pacientes acima de 65 anos, fato este observado na Dinamarca e na Finlândia, onde a mortalidade por complicações da úlcera é quatro vezes maior se comparada com pacientes com menos de 65 anos. Nossa casuística manteve-se abaixo da média, alcançando um percentual de 2,48%, fato explicado possivelmente pelo rápido diagnóstico nas emergências e pela precocidade da intervenção cirúrgica no momento do diagnóstico.

Isto se deve ao fato de na maioria das vezes a úlcera péptica aparecer como doença isolada e ao fato de a maioria das cirurgias serem realizadas em caráter de urgência, não havendo, portanto, segurança para outros tipos de cirurgias[8,16]. A cirurgia de refluxo foi realizada em três pacientes, os mesmos, porém, foram submetidos à cirurgia eletiva, o que propicia garantia para uma cirurgia de maior espectro[10].

Consoante o local da lesão/perfuração, classificou-se a rafia em gástrica ou duodenal, que corresponderam a 16,92 e 39,8% do total de cirurgias, respectivamente. É considerado o método mais prático e aceito por sua real facilidade de execução e menor necessidade de tempo operatório, características importantes no âmbito das cirurgias de urgência.

A vagotomia troncular (VT), outro procedimento altamente difundido no tratamento cirúrgico da UP, foi introduzida na prática clínica por Dragstedt e Owen, em 1943, após o maior conhecimento acerca da fisiologia gástrica propiciado pelos estudos de Pavlov acerca do papel do vago na secreção gástrica.[5,10,17] Em nossa amostra, foram realizadas 27 VT (14,93%), onde 19 estavam associadas à piloroplastia e 2 à antrectomia. A vagotomia combinada com antrectomia, *gold standard* na cirurgia para úlcera por mais de 30 anos,[5,10,18] visa eliminar 95% da produção ácida e tem uma taxa de recorrência a longo prazo de menos de 1%[10, 17.] Em nosso estudo, todavia, não foram avaliadas recidivas.

Ainda com relação a vagotomias, a vagotomia superseletiva, associada ou não à rafia duodenal ou gástrica, foi executada em 43 casos (29,44%). Optou-se pela realização da VS em 5,97% do total de cirurgias, destacando-se o fato de ter se revelado o método mais utilizado (27,5%) nas cirurgias eletivas em nossa casuística. Este procedimento tem por objetivo preservar os ramos gástricos que controlam a esvaziamento gástrico, ao mesmo tempo em que promove a desnervação das células parietais, responsáveis pela secreção ácida.[5,10,18,19,27] . É uma técnica extremamente apurada e exige a perfeição em sua execução para o sucesso pós-operatório.[5,27]

Interessante ressaltar que a gastrectomia, pôde ser observada em apenas 2,49% das cirurgias, revelando a tendência de cirurgias mais conservadoras desde o século passado. Tal fato vai ao encontro da literatura, onde podemos encontrar a necessidade de ressecção gástrica em menos de 10% dos casos, em nosso meio.[4]

CONCLUSÃO

Homens adultos jovens são mais acometidos pela doença ulcerosa perfurada que apresenta uma alta prevalência na topografia duodenal. A infecção pode ser considerada uma complicação comum neste tipo de cirurgia.

ABSTRACT

Background: Peptic Ulcer Perforation is present in 1 to 6% of cases and is in second place as cause of inflammatory acute abdomen. In Brazil, although it is a common disease, its real incidence is unknown. The objective of this study was to analyse the Epidemologic profile of patients with peptic ulcer treated with exploratory laparotomy in the surgical center of Hospital Florianopolis between 1979 and 2005 **Methods**: We analysed 186 cases from a sample of 1,754 registers of patients submitted to Exploratory Laparotomy at the surgical center of Hospital Florianopolis between 1979 and 2005, with the exclusion of patients not suffering from the related illness. Evaluating parameters were age, sex, date of operation, type of surgery, postoperative complications and length of stay in hospital. **Results:** A reduction of 30% in the total number of surgeries for peptic ulcer in the studied period was observed. It was more common in men (86.56%) with high incidence between the third and sixth decades of patients'lives in both sexes. The duodenal lesion was found in 62.68% of cases In 114 of the surgeries (56.78%) there was an option for simple raphe of the lesion. Rate of complications was 47.22%. Most patients were discharged after up to one week internment. **Conclusion:** young adult men are more commonly affected by this disease which presents high incidence in the duodenal topography. Infection can be considered a common complication in this type of surgery.

Key words: Peptic ulcer: Laparotomy; Emergency.

REFERÊNCIAS

1 - Crawford JM. O Trato Gastrintestinal. In: Robbins, SL, Cotran, RS, Kumar V, Collins T. Patologia estrutural e funcional. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.713.

2 - Silva EP, Silva DFS, Ludvig JC, Nogara MAS. Úlcera Péptica. Revista Brasileira de Medicina 1999; 54:83-96.

3 - Bittencourt PFS, Rocha GA, Penna FJ, Queiroz MM. Úlcera péptica gastroduodenal e infecção pelo Helicobacter pylori na criança e adolescente. J. Pediatr. [periódico na Internet] 2006;82(5):325-34. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572006000600004&lng=pt&nrm=iso.

4 - Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. Surgical management of peptic ulcer disease today – indication, technique and outcome. Langenbeck's Arch Surg 2000; 385:84-96.

5 - Lipof T, David S, Kozol R. Surgical perspectives in peptic ulcer disease and gastritis. World Journal of Surgery 2006; 12(20):3248-52.

6 - Butte JM, Dagnino B, Tapia A, Llanos J. Estado actual del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica perforada en el Hospital Regional de Talca. Rev. Chilena de Cirurgia 2007;59(1):16-21.

7 - d'Acampora AJ, Pinto AP, Russi RF, Lopes A, Vieira J. Avaliação do tratamento cirúrgico da úlcera péptica perfurada.

8 - Sarosi GA, Jaiswal KR, Nwariaku FE, Asolati M, Fleming JB, Anthony T. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21 st century: more common than you think. The American Journal of Surgery 2005;190:775-9.

9 - Weil PH, Buchberger R. From Billroth to PCV: A century of gastric surgery. World Journal of Surgery 1999; 23: 736-42.

10 - Songne B, Jean F, Foulatier O, Khalil H, Scotté M. Traitement non opératoire des perforations d'ulcère gastroduodénal. Résultats d'une etude prospective. Annales de chirurgie 2004; 129:578-82.

11 - Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Proclin – Programa de Atualização em Clínica Médica. São Paulo: Editora Médica Panamericana; 2004.

12 - Lotufo PA, Benseñor IJM, Lolio CA. Tendência da mortalidade por úlcera péptica no estado de São Paulo (Brasil), 1970-1989. Arq. Gastroenterol 1994; 31(4):130-4.

13 - Janik J, Chwirot P. Peptic ulcer disease before and after introduction of new drugs – a comparison from surgeon's pont of view. Med Sci Monit 2000; 6(2):365-8.

14 - Behrman SW. Management of complicated peptic ulcer disease. Arch Surg 2005; 140:201-8.

15 - Donahue PE, Griffith C, Richter HM. A 50-Year prospective upon selective gastric vagotomy. The American Journal of Surgery 1996; 172: 9-12.

16 - Wilkinson JM, Hosie KB, Johnson AG. Long-term results of highly selective vagotomy: a prospective study with implications for future laparoscopic surgery. British Journal of Surgery 1994; 81:1469-71.

17 - Donavan AJ, Berne TV, Donavan JA. Perforated duodenal ulcer: an alternative therapeutic plan. American Medical Association 1998; 133(11): 1166-71.

18 - Llanos J, Valdés E, Cofre C, Gómez M. Úlcera péptica perforada, resultados inmediatos y tardíos. Rev Med Chile 1987; 115:323-6.

19 - Donahue P. Ulcer Sugery and Highly Selective Vagotomy – Y2K. Arch Surgery 1999; 134 (12):1373-7.

20 - Rodriguez I, Lopez GA. Operaciones Conservadoras de órganos em la úlcera péptica duodenal. Revista Cubana Cir 2004; 41(1):16-22.

21 - Feliciano DV. Do perforated duodenal ulcers need an acid decreasing surgical procedure now that omeprazole is available. Surg. Clin. N. Am. 1992; 72 (2): 369-81.

22 - Rabinovici R, Manny J. Perforated duodenal ulcer in the eldely. European Journal Surgery 1991; 157 (11): 121-5.

23 - Agrez MV, Henry DA, Senthiselvan S, Mitchell A, Dugan JM. Changing trends in perforated peptic ulcer during the past 45 years. Aust. N. Z. J. Surg. 1992; 62 (9) 729-32.

24 - Boey J, Wong J. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. Ann. Surg 1982; 82 (3): 265-69.

25 - Amdrup E. Johnston D, Walker BE. Clinical Results of Parietal Cell Vagotomy (Highly Selective Vagotomy) Two to four after operation. Ann. Surg. 1997; 9: 279-84.

26- Matsuda M, Nishiyama M, Hanai T, Saeki S, Watanabe T. Laparoscopic Omental Patch Repair for Perforated Peptic Ulcer. Ann Sug. 1995; 221 (3) 236-40.

27 - Altaca G, Sayek I, Onat D, Cakmakçi M, Kamiloglu S. Risk factors in perforated peptic ulcer disease: comparison of a news score system with the Mannheim peritonitis index. European Journal Surgery 1992; 158 217-21.

28 - Steven F, Mathiasen RA, Khoubian JF, Margulies DR. Peptic ulcers in the elderly is a surgical disease. The American Journal of Surgery 2001; 182: 733–7.

29 - Hermansson C, Von Holstein S, Zilling T. Peptic ulcer perforated before and after the introduction of H2-receptor blockers and proton pump inhibition. First search news 1997 (2): 523-29.

30 - Dragsted L. Vagotomy for gastroduodenal ulcer. Annals of Surgery 1945; 122 (6): 973-89.

Recebido em: 10/09/2008
Aprovado em: 15/10/2008
Conflito de interesse: nenhum
Fonte de fianciamento: nenhuma

Endereço para correspondência:
Armando José d'Acampora
Condomínio San Diego, casa 9
Parque São Jorge - Itacorubi
88034-420 Florianópolis - SC

REV. MED. RES.

VOL. 10 - Nº 4:144 OUT/DEZ 2008

DISTÚRBIOS DE HUMOR EM PACIENTES COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Humor disturbances in patients suffering from systemic lupus erythematosus

Thelma L Skare [1]
Caroline Meneguelli Biondo [2]
Daniel Enzo Nishiura Outi [2]
Ellen Balielo Manfrim [2]
Lucas Eduardo Pedri [2]
Melina Pedroso Kuroda [2]

Skare TL, Biondo CM, Outi DEN, Manfrim EB, Pedri LE, Kuroda MP. Distúrbios de humor em pacientes com Lupus Erimatoso Sistêmico. Rev Med Res 2008;10(4):147-151.

RESUMO

Introdução: Pacientes com Lupus Eritematoso Sistemico (LES) estão sujeitos a distúrbios de humor causados tanto pela própria enfermidade como pelas repercussões psicológicas causadas pela percepção de uma doença crônica e grave. O Objetivo deste trabalho foi estudar a prevalência de alterações de humor em pacientes com LES procurando relacioná-las com a percepção global de saúde. **Métodos:** Estudaram-se 84 pacientes com LES e 84 pessoas saudáveis para depressão pela escala de Beck e ansiedade pela escala de Hamilton. No grupo com LES, obtiveram-se a percepção global da própria saúde por escala visual analógica. **Resultados:** Pacientes com LES obtiveram maiores resultados na escala de ansiedade (p=0,05); mas não na de depressão (p=0,65). O grau de ansiedade era maior naqueles pacientes com mais idade (p= 0,015) mas não nos com maior tempo de doença (p=0,73). Não se encontrou associação do grau de ansiedade com estado civil ou escolaridade do paciente. Todavia, o grau de ansiedade se correlacionou de maneira negativa com a percepção global da saúde (p=0,0023). **Conclusão:** Pacientes com LES sofrem mais de ansiedade do que a população normal. Este achado é mais comum nos pacientes mais idosos e naqueles que percebem a sua saúde como pior.

Descritores: Lúpus eritematoso sistêmico; Depressão; Ansiedade.

INTRODUÇÃO

Não é raro que pacientes com doença crônica sejam afetados por distúrbios de humor como ansiedade e depressão. Muitos desses distúrbios são causados pelo sofrimento e a incerteza gerados pela constatação de uma enfermidade grave.

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma enfermidade crônica e potencialmente séria que afeta principalmente mulheres jovens, na fase reprodutiva da vida[1]. O seu diagnóstico é, com certeza, perturbador e gera alterações psicológicas que contribuem para diminuição na qualidade de vida nesses pacientes.

Por outro lado, modificações psíquicas também fazem parte das manifestações neurológicas do lúpus e alguns autores têm constatado associação de determinados auto-anticorpos com a sua presença[2]. O anticorpo anti-ribossomal P tem sido ligado a alterações psicóticas e o anticorpo contra o receptor NMDA (N-metil D-aspartato) com disfunção cognitiva. Este último tem sido associado com apoptose de células neuronais. Também os níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias (como a IL-6 cujo nível pode ser elevado no líquor dos pacientes com LES) e de enzimas como a gelatinase têm sido implicadas neste contexto. Esses mediadores inflamatórios, por aumentarem a permeabilidade da barreira hemato-encefálica, permitem um maior afluxo de linfócitos aos tecidos cerebrais[3]. Um outro grupo de anticorpos implicado em alterações cognitivas são os anticorpos antifosfolípides como as anticardiolipinas IgG e IgM e o lupus anticoagulante[1].

Por último, a intervenção terapêutica, como por exemplo, o uso de corticóides pode estar implicado na etiopatogenia de distúrbios psiquiátricos no lúpus[1].

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA - HUEC

1 - Prof Titular da Disciplina de Reumatologia da Faculdade Evangélica de Medicina do PR – Currículo Lattes

2 - Acadêmicos do 4º ano do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica de Medicina do PR

Hanly e cols, ao estudarem as manifestações neuropsiquiátricas do LES, concluíram que só a metade dos casos pode ser atribuída à própria doença. Estes mesmos autores, ao compararem a qualidade de vida de pacientes com manifestações neuropsiquiátricas e renais, chegaram à conclusão que as primeiras, muito mais que as segundas, contribuíam para redução de qualidade de vida do seu portador.

Os critérios de classificação para o LES, propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR)-1997, consideram como manifestações neuropsiquiátricas da doença os quadros psicóticos e as crises convulsivas[4]. Entretanto, a gama de manifestações clínicas encontradas nessa doença é muito maior. Em 1999, um subcomitê do ACR listou as síndromes neuropsiquiátricas relacionadas ao LES e, incluiu, como entidades psiquiátricas relacionadas ao comprometimento do SNC, os estados confusionais, disfunções cognitivas, transtornos de humor, de ansiedade além das psicoses[4].

O presente estudo foi feito com o intuito de conhecer a prevalência de depressão e ansiedade em uma população local de LES, procurando eventuais associações com variáveis demográficas, duração da doença e percepção do estado global de saúde pelo paciente.

MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas local e todos os participantes assinaram consentimento livre e esclarecido.

Foram estudados 84 pacientes com LES e 84 controles saudáveis (acompanhantes de pacientes) pareados para idade e sexo. Este número de pacientes de LES representa a amostra que freqüentou o ambulatório de reumatologia de abril a agosto de 2007 e que concordou em participar do estudo. Todos os pacientes de LES preenchiam 4 critérios classificatórios do ACR para esta enfermidade[5]. Nenhum deles tinha doença neurológica ou alterações metabólicas que pudesse interferir com os resultados.

Os pacientes e controles foram submetidos a questionários com dados demográficos (idade, sexo, estado civil e tempo de doença) e medidas de estado de humor para depressão e ansiedade através de questionários aplicados pelo examinador. Para medida de depressão usou-se a escala de Beck[6] e para a medida de ansiedade usou-se a escala de Hamilton[7]. A escala de Beck para depressão é composta por 21 itens, sendo possível em cada um deles uma resposta cujo escore varia de 0 a 4 (ausente, leve, moderada e grave), permitindo quantificar a intensidade do sintoma. Essa escala avalia os diversos sintomas ou atitudes que usualmente estão presentes na depressão, independentemente da sua causa. Dentre essas questões, existem itens relacionados com humor, pessimismo, insatisfação, autocrítica, irritabilidade, alterações de peso, dificuldades para o trabalho, fadiga, preocupações com a saúde, alterações de libido, entre outras. A escala de ansiedade de Hamilton consta de 14 itens graduados de 0 a 4, indo, portanto de 0 a 56 e é usada para avaliar o grau de intensidade de ansiedade generalizada (somática e psíquica).

Além disso, solicitou-se aos pacientes que preenchessem uma escala visual analógica para a percepção própria sobre seu estado global de saúde sendo a nota 0 atribuída ao pior estado de saúde e a 10 ao melhor.

Os dados obtidos foram estudados por tabelas de freqüência e contingência utilizando-se os testes de qui-quadrado, Fischer (para estudos de associação de variáveis nominais) e teste t e ANOVA (para estudo de associação de variáveis numéricas), e teste de Spearmann (para estudos de correlação) com auxilio do software *Graph Pad Prism* 4.0. Significância adotada de 5%.

RESULTADOS

O resultado da análise dos dados obtidos para pareamento das amostras encontra-se na tabela 1.

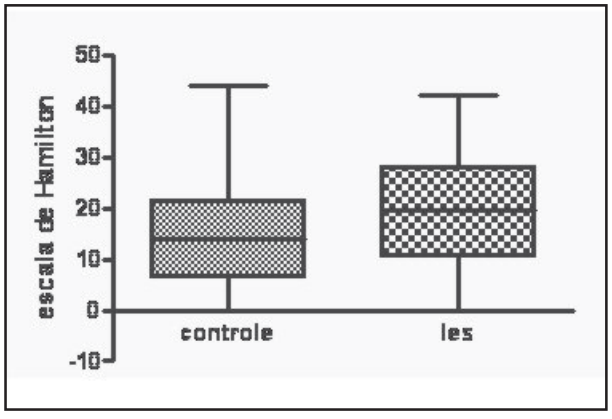
Cerca de 18 (21,4%) pacientes com LES pontuaram acima de 18 na escala de depressão de Beck. O mesmo aconteceu com 15 (17,8%) pessoas do grupo controle. Ainda na escala de depressão de Beck[6], os pacientes com LES apresentaram valores médios de 13,4±10,4 e os controles, 12,7 ± 9,9, não existindo diferença estatisticamente significante entre os grupos (p=0,65; teste t).

No que se refere à escala de ansiedade de Hamilton[7], 37 (44,06%) pacientes com LES apresentaram níveis acima de 20 enquanto isto aconteceu com 22 (26,17%) dos controles. Ainda na escala de Hamilton para ansiedade encontrou-se que o valor médio para os pacientes com LES de 19,02 ±10,6; para o grupo controle de 15,8±11.17 (p=0,05; teste t). FIGURA 1.

TABELA 1 - DADOS DEMOGRÁFICOS DAS AMOSTRAS DE PACIENTES COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E CONTROLE

VARIÁVEL	LES (n=84)	CONTROLE (n=84)	p	TESTE
Sexo	84M	83m:1H	1,0	Fisher
Idade	16 a 53 anos 35,43±9,94	15 a 73 36,51±10,96	0,79	Teste t
Etnia	Brancos-51; Negros-7; Pardos-10; Asiáticos-4 Sem dados-12	Brancos-43, Negros-6; Pardos-7; Asiáticos-2 Sem dados-26	0,92	Qui quadrado
Estado civil	Solteiro-21 Casado-47 Divorciado-6 Viúvo-1 Sem dados-9	Solteiro-11 Casado-47 Divorciado-5 Viúvo-6 Sem dados-15	0,08	Qui quadrado
Escolaridade	Até 1º grau-43 Até 2º grau-30 Até 3º grau-5 Sem dados-6	Até 1º grau-60 Até 2º grau-17 Até 3º grau-3 Sem dados-4	0,03 (*)	Qui quadrado
Tempo de doença (anos)	1 a 20 anos Média de 6,1± 4,5	-	-	-

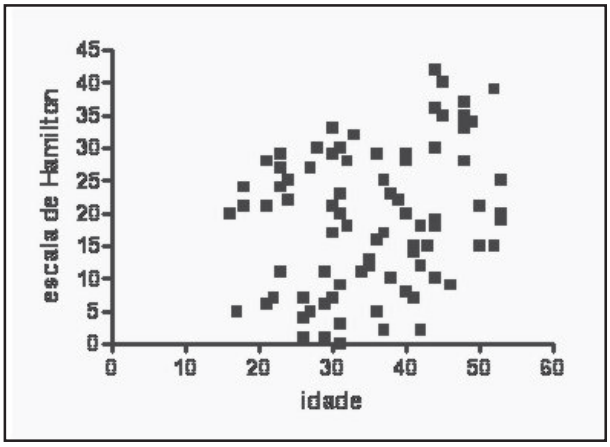
n=número da amostra
(*)- único dado significante mostrando que a população com LES tem maior escolaridade que a população controle.



p= 0,05
n= número de amostras

FIGURA 1 - VALORES DA ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDADE EM PACIENTES CONTROLES (n=84) E COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (n=84)

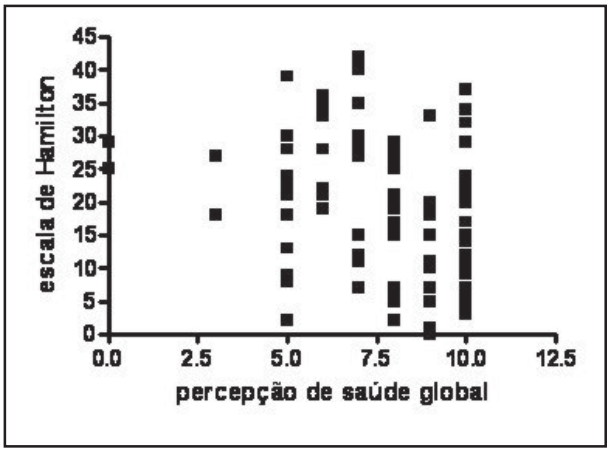
Ao se estudar a possível correlação entre ansiedade, idade do paciente e tempo de doença encontrou-se que a mesma aumentava com a idade do paciente (p=0,015; Spearman) mas não com a duração da doença (p=0,73, Spearman). FIGURA 2.



p= 0,015
n= número de amostras

FIGURA 2 - CORRELAÇÃO ENTRE IDADE DO PACIENTE E ANSIEDADE MEDIDA PELA ESCALA DE HAMILTON (n=84)

No que se refere aos resultados da escala visual analógica sobre a percepção do estado global de saúde observou-se que os pacientes com LES mostraram valores entre 0 e 10 com média de 7,5±2,21. O estudo da possível correlação entre ansiedade e percepção global de saúde mostrou que existe uma correlação negativa entre ambos (p=0,0023; Spearmann). FIGURA 3.



p=0,0023

FIGURA 3 - CORRELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE SAÚDE GLOBAL E ANSIEDADE (ESCALA DE HAMILTON) EM 84 PACIENTES COM LUPUS

Ainda, estudando-se o grau de ansiedade em relação à escolaridade do pacientes com LES (dado disponível em 78 pacientes) encontrou-se que os com até 1º grau completo tinham uma pontuação média na escala de Hamilton de 21,3± 9,5; os com até 2º grau tinham pontuação média de 16,4±11,4; os com até 3º grau tinham pontuação média de 17,6±13,3. Não se encontrou associação entre grau de escolaridade e ansiedade (p= 0.12 ; Kurskall Wallis). FIGURA 4.

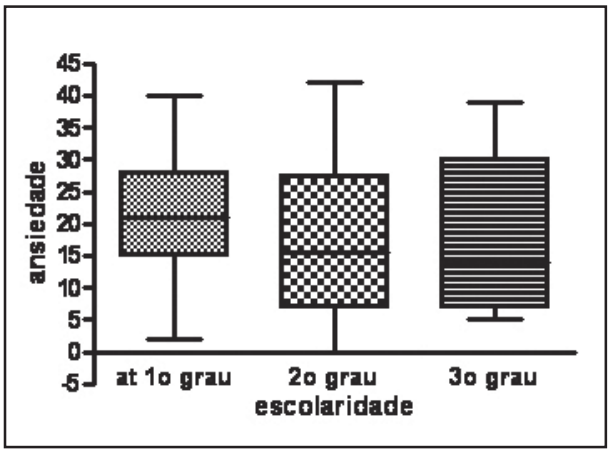


FIGURA 4 - Grau de ansiedade de acordo com a escolaridade do paciente.

Por último, o estudo da ansiedade em relação ao estado civil (dado disponível em 75 pacientes) encontrou-se que o nível de ansiedade médio nos pacientes casados era de 19,9±9,9 e o dos pacientes sozinhos (solteiros, divorciados e viúvos) era de 17.6±11.2, não existindo diferença estatisticamente significante (p=0,38; Mann Whitney).

DISCUSSÃO

Com o advento da moderna terapêutica, o perfil de mortalidade de muitas doenças, antigamente fatais, vem mudando. Muitas delas, como o LES, vem se transformando em entidades crônicas afetando aspectos sociais, emocionais e mentais da população atingida. O LES não é uma doença muito comum. Estudos europeus mostram uma prevalência de 40 casos por 100.000 habitantes embora saiba-se que existem diferenças raciais importantes[8]. No Brasil este dado não é conhecido. Apesar de ser uma doença relativamente rara, o impacto do LES na população geral pode ser pior do que muitas outras doenças mais prevalentes, uma vez que, atinge mulheres em idade reprodutiva. Jolly, ao comparar a qualidade de vida de pacientes lúpicos com outros pacientes com doenças crônicas como insuficiência cardíaca, hipertensão e diabetes observou que a qualidade dos primeiros era muito pior do que as dos demais a despeito de um nível semelhante de comprometimento físico[9].

A qualidade de vida relacionada à saúde de um paciente está composta por componentes tanto de seu bem estar físico como mental. Assim sendo, é necessário que médicos, pacientes e cuidadores atentem não só para os aspectos somáticos do LES, mas também para as repercussões psicológicas e mentais da mesma, independentemente do fato de serem, ou não, causadas por distúrbios imunológicos.

Depressão e ansiedade são sintomas verificados comumente em pacientes com lúpus e contribuem para a perda de qualidade de vida. De acordo com a literatura, a prevalência desses achados oscila entre 24 e 57% .

A amostra da população estudada – com um bom conceito de sua própria saúde (EVA médio de saúde global de 7,5) - demonstrou que apresenta os mesmos níveis de depressão que a população normal, porém níveis mais altos de ansiedade, que guardam correlação com a idade do paciente, mas não com ao tempo de duração da doença, estado civil ou escolaridade. Além disso, os pacientes que percebiam a si próprios como mais doentes tinham níveis mais altos de ansiedade.

CONCLUSÃO

Este estudo não permite conclusões a respeito de quaisquer relações entre causa e efeito. Todavia mostra que pacientes com LES sofrem mais ansiedade que a população normal e que o médico que os atende deve dedicar atenção a esse aspecto no sentido de atender tanto às dimensões físicas como às emocionais da doença.

ABSTRACT

Background: Patients with systemic lupus erythematosus (SLE) are subject to humor disturbances caused either by the own disease and by the psychological distress caused by having a chronic and severe disease. The objetive of this study the prevalence of humor disturbances in patients with SLE trying to correlate them with the global perception of health. **Methods:** We studied 84 patients with SLE and 84 controls for depression scale of Beck and anxiety scale of Hamilton. In the SLE group we obtained the global perception of health through an

analogical visual scale. **Results:** Patients with SLE obtained higher scores in anxiety scale (p=0.05) but not in depression scale (p=0.65). The anxiety degree correlated with patient's age but not with disease duration, degree of formal education or civil estate. However the degree of anxiety correlated in a negative way with global perception of health (p=0.0023). **Conclusion:** Patients with SLE suffer more from anxiety than the normal population. This finding is more common in older patients and in those with perception of poorer health.

Key words: Lupus erythematosus; Systemic; Depression; Anxiety.

REFERÊNCIAS

1 - West SG. The nervous system. In: Wallace J, Hahn BH (eds). Dubois' Lupus erythematosus. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins; 2007. p.707-46.

2 - Hanly JG, McCurdy G, Fougere L, Douglas JA, Thompson K. Neuropsychiatric events in systemic lupus erythematosus: attribution and clinical significance. J Rheumatol 2004; 31:2156-62.

3 - Hanly JG. Neuropsychiatric lupus. Rheum Dis Clin N Am 2005; 31: 273-98.

4 - Ayache DCG; Costa IP. Alterações da personalidade no lupus eritematoso sistêmico. Rev Bras Reumatol 2005; 45: 313-8.

5 - Skare TL. Lupus Eritematoso sistêmico. In: Skare TL. Reumatologia: princípios e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.110-23.

6 - Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-71.

7 - Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-5.

8 - Rus V, Maury E, Hochberg M. The epidemiology of systemic lupus erythematosus. In: Wallace J, Hahn BH (eds). Dubois' Lupus erythematosus. Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins; 2007. p.34-44.

9 - Jolly M. - How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosys compared with that of other common chronic ilness? J Rheumatol 2005; 32: 1706-8.

Recebido em: 06/11/2008
Aprovado: 05/12/2008
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de Financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:
Thelma L Skare
Rua João Alencar Guimarães, 796
80310-420 Curitiba - PR
E mail: tskare@onda.com.br

VOL. 10 - Nº 4:149 OUT/DEZ 2008

REV. MED. RES.

INDUÇÃO DE REMISSÃO COM MICOFENOLATO MOFETIL NA NEFRITE LÚPICA

Remission' induction by Mycophenolate Mofetil in Lupus Nephritis.

Luis Alberto Batista Peres [1]
Márcio Augusto Nogueira [2]
Everaldo Roberto de Araújo Junior [3]
Karina Miura da Costa [3]
Gislaine Teresinha de Queiroz [3]

Peres LAB, Nogueira MA, Araújo Junior ER, Costa KM, Queiroz GT. Indução de remissão com micofenolato mofetil na nefrite lúpica. Rev Med Res 2008;10(4):152-156.

RESUMO

Introdução: O micofenolato mofetil (MMF), uma droga com eficácia comprovada no transplante de órgãos sólidos, é um imunossupressor recentemente adicionado ao arsenal terapêutico disponível para o tratamento de doenças auto-imunes, incluindo o lúpus eritematoso sistêmico. Apesar da ainda escassa literatura sobre o tema, é uma opção interessante nos casos de nefrite lúpica refratária à terapia convencional com corticosteróides, ciclofosfamida, azatioprina ou ciclosporina. **Métodos:** Foi realizado o levantamento de prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, no período de fevereiro de 2003 a janeiro de 2008, com diagnóstico de nefrite lúpica e que utilizaram o MMF após resposta insatisfatória ao uso de corticóide. A dose de MMF utilizada foi de 2 g/dia. Foram analisados os resultados laboratoriais da creatinina e da proteinúria de 24 horas, comparando-se os dados evolutivos do início da utilização do MMF até o seu término ou à última consulta. **Resultados:** Foram atendidos sete pacientes portadores de nefrite lúpica que receberam o MMF, todos da raça branca, sendo dois do sexo masculino (28,6%) e cinco do feminino (71,4%), com idade média de 23,8 + 10,2 anos. O tempo de tratamento foi de 19,3 ± 17,6 meses e o tempo de seguimento foi de 34 ± 19,5 meses. A creatinina inicial média era de 1,2 ± 0,8 mg/dL e a proteinúria de 3.681 ± 2.296 mg/ 24 horas. Após o uso do MMF a média da creatinina caiu para 0,9 ± 0,4 e a proteinúria para 1.082 ± 840mg. **Conclusões:** Houve redução da creatinina e da proteinúria após a utilização do MMF em todos pacientes com nefrite lúpica abordados no presente estudo. Contudo, novos estudos serão necessários para comprovar sua eficácia em um número maior de pacientes.

Descritores: Nefrite lúpica; Micofenolato mofetil (MMF); Imunossupressão.

INTRODUÇÃO

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma desordem inflamatória autoimune multissistêmica caracterizada por anormalidades nas células T e B e frequente comprometimento renal[1]. Afeta principalmente mulheres jovens. As manifestações clínicas incluem fadiga, mal estar, emagrecimento, artrite, artralgias, fotossensibilidade, acometimento muco-cutâneo, trombocitopenia, anemia hemolítica, nefrite, vasculite, miocardite, miosite, dentre outras[2].

A nefrite lúpica é uma das mais importantes manifestações do LES afetando clinicamente cerca de metade dos pacientes, podendo evoluir para doença renal crônica em 45% dos casos[3, 4]. A microscopia de luz, segundo a Organização Mundial de Saúde classifica as lesões renais em: tipo I= normal, tipo II: proliferativa mesangial, tipo III: proliferativa focal, tipo IV: proliferativa difusa, tipo V: membranosa e tipo VI: esclerosante[5]. A severidade das lesões renais diminui a sobrevida destes pacientes[6, 7].

O tratamento da nefrite lúpica envolve corticosteróides, ciclofosfamida e outros imunossupressores. Pulsoterapia mensal com ciclofosfamida tem sido considerada tratamento de escolha após resposta inadequada aos

TRABALHO REALIZADO NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE

1 - Disciplina de Nefrologia do Curso de Medicina

2 - Disciplina de Reumatologia do Curso de Medicina

3 - Curso de Medicina

corticosteróides, e este esquema tem se mostrado efetivo na maioria dos pacientes[8, 9]. Entretanto a ciclofosfamida pode causar supressão medular, infertilidade, infecções, malignidades, dentre outros efeitos adversos[10].

O micofenolato mofetil (MMF) é um imunossupressor utilizado inicialmente no transplante de órgãos sólidos, inclusive de rins[11]. Há aproximadamente uma década foi testado em modelos animais de nefrite lúpica[12, 13]. Passou-se a utilizá-lo em nefrite lúpica em humanos inicialmente em pequenas séries não controladas, mostrando-se tão potente quanto a ciclofosfamida[14]. MMF e o uso seqüencial de ciclofosfamida seguida por azatioprina demonstraram eficácia similar em curto prazo no tratamento da nefrite lúpica proliferativa difusa, mas o MMF é associado com menor toxicidade[15].

Os objetivos deste trabalho foram avaliar a resposta terapêutica ao MMF em sete pacientes com nefrite lúpica atendidos no Ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, após resposta insatisfatória ao corticóide isolado.

MÉTODOS

Foram levantados os prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, no período de fevereiro de 2003 a janeiro de 2008, com diagnóstico de nefrite lúpica que utilizaram o MMF após resposta insatisfatória ao corticóide isolado. A dose de MMF utilizada foi de 2 g/dia. Foram analisados os resultados laboratoriais da creatinina e da proteinúria de 24 horas, comparando-se os dados evolutivos do início da utilização do MMF até o seu término ou à última consulta, bem como os dados de biópsia renal naqueles que se submeteram ao procedimento. Os métodos laboratoriais utilizados foram: para a creatinina o método do picrato alcalino (valores referenciais: 0,7 a 1,2 mg/dL) e para a proteinúria de 24 horas o método de ácido sulfossalicílico a 3% (valores referenciais: < 150 mg/dia). Foram coletadas as datas de início e término do tratamento e do seguimento. Os dados foram armazenados em planilha do Microsoft Excel e foram expressos como média e desvio-padrão. Foram construídos gráficos com os valores médios de creatinina e proteinúria antes e após o tratamento com o MMF.

RESULTADOS

Foram atendidos sete pacientes portadores de nefrite lúpica que receberam o MMF, todos da raça branca, sendo dois do sexo masculino (28,6%) e cinco do feminino (71,4%), com idade média de 23,8 + 10,2 anos. O tempo de tratamento foi de 19,3 + 17,6 meses e o tempo de seguimento foi de 34 + 19,5 meses. Não foram registrados eventos adversos relacionados ao uso do MMF. Foram realizadas três biópsias renais em duas pacientes, sendo que uma apresentou à primeira biópsia nefrite Classe III (glomerulonefrite proliferativa focal) que evoluiu para Classe IV (glomerulonefrite proliferativa difusa) na segunda biópsia e outra paciente com Classe IV. A creatinina inicial média era de 1,2 + 0,8 e a proteinúria de 24 horas de 3.681 + 2.296 mg. Após o uso do MMF a média da creatinina caiu para 0,9 + 0,4 e da proteinúria para 1.082 + 840mg. Estes dados estão representados nas Figuras 1 e 2.

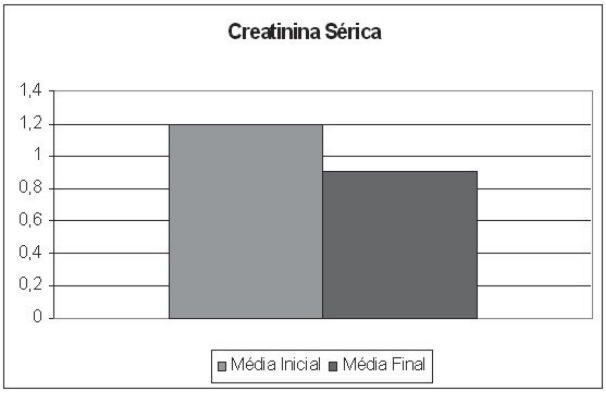


FIGURA 1 - Creatinina sérica média antes e após o tratamento com o MMF.

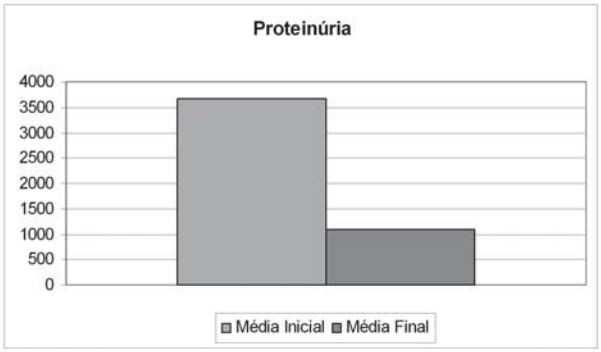


FIGURA 2 - Proteinúria média de 24 horas antes e após o tratamento com o MMF.

VOL. 10 - Nº 4:151 OUT/DEZ 2008
REV. MED. RES.

DISCUSSÃO

Relatamos a resposta terapêutica de sete pacientes portadores de nefrite lúpica refratária aos corticosteróides. Observamos redução da creatinina e da proteinúria após a utilização do MMF.

A nefrite lúpica é evidente, clínica ou laboratorialmente, em pelo menos 75% dos pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico, mas histologicamente está presente em praticamente 100% dos casos. O tratamento convencional da nefrite lúpica envolve corticóides, frequentemente associados a drogas imunossupressoras[1]

O micofenolato mofetil (MMF) é um imunossupressor que foi inicialmente usado em pacientes transplantados, nos quais mostrou eficácia superior à da azatioprina. Em vista disso, começou a ser também empregado no tratamento de doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico[2]. Apesar disso, experiência clínica relativa ao uso do MMF no tratamento da nefrite lúpica a longo prazo ainda é bastante escassa[3].

Os primeiros estudos descritos utilizando o MMF em humanos com nefrite lúpica foram em pequenas séries e não controladas. Em 1999, Dooley e cols[1] relataram uma série de 12 pacientes com resistência à ciclofosfamida, observando melhora da função renal e redução da proteinúria na maioria. Em 1999, Li e cols[16] relataram uma série de 23 pacientes com nefrite lúpica grau IV documentada por biópsia, resistente à associação de corticóide com ciclofosfamida, que receberam MMF por nove meses, observando redução da proteinúria (3,8 para 0,75 g) e redução da creatinina (2,1 para 1,1 mg/dL). Vários estudos posteriores não controlados mostraram os mesmos resultados[17, 18, 19, 20, 21, 22, 23].

O primeiro estudo prospectivo controlado comparando a toxicidade do micofenolato com ciclofosfamida oral em pacientes com nefrite lúpica grau IV foi publicado por Chan e cols[14], descrevendo uma série de 42 pacientes, mostrando eficácia semelhante, porém mais segurança com o micofenolato. Em outro estudo publicado por Ye e cols[24], avaliando 90 pacientes, similar eficácia foi observada com os dois regimes, porém o micofenolato foi associado com menor incidência de efeitos adversos. Outros estudos randomizados mostraram eficácia e segurança do MMF igual ou superior à da ciclofosfamida[15, 25, 26, 27, 28].

O estudo de Hu e cols [25] foi o primeiro a concluir maior efetividade do MMF em relação à ciclofosfamida endovenosa na nefrite lúpica classe IV avaliando 46 pacientes, 23 em cada braço, num estudo aberto e prospectivo. A primeira grande série descrita, multicêntrica, recrutou 140 pacientes para MMF ou ciclofosfamida endovenosa em pacientes com classes III, IV ou V, observando maior incidência de remissão completa e parcial no grupo MMF quando comparado à ciclofosfamida endovenosa [27].

Contreras e cols [28] relataram o resultado de terapia seqüencial na nefrite lúpica em 59 pacientes com classes III, IV e V. Todos os pacientes receberam indução com ciclofosfamida endovenosa mensal e corticóides por sete meses, quando foram randomizados a receber ciclofosfamida endovenosa, azatioprina ou MMF durante um a três anos. A sobrevida livre de recidiva foi superior no grupo MMF e eventos adversos ocorreram menos frequentemente nos grupos azatioprina e MMF.

A primeira revisão sistemática avaliando o papel do MMF na nefrite lúpica publicada por Moore e cols mostrou maior efetividade quando comparado com a ciclofosfamida. Quanto aos efeitos adversos, infecção, leucopenia, amenorréia e alopécia ocorreram com mais freqüência no grupo ciclofosfamida e diarréia no grupo MMF.

Na metanálise de Walsh e cols [29] que avaliou 268 pacientes em quatro estudos, MMF foi considerado primeira linha na terapia de indução para o tratamento da nefrite lúpica em pacientes sem disfunção renal severa, diminuindo o risco de morte ou de doença renal crônica terminal quando comparado com a ciclofosfamida.

Na metanálise de Zhu e cols [30], que avaliou 307 pacientes, o risco de infecção foi significativamente menor na terapia de indução com MMF quando comparado com a ciclofosfamida. No entando, este estudo não mostrou superioridade do MMF no prognóstico, não reduzindo o risco de morte, recidiva e de dobrar a creatinina plasmática.

Recentemente Lu e colaboradores[31] avaliaram 213 pacientes em estudo multicêntrico combinando MMF e prednisolona como terapia de indução na nefrite lúpica ativa, observando boa tolerabilidade e efetividade do esquema para controlar a atividade da doença.

Está em andamento o estudo ALMS que vai arrolar mais de 350 pacientes para avaliar a efetividade e segurança do MMF como terapia de indução e manutenção na nefrite lúpica[32]. Os pacientes serão

randomizados a receber ciclofosfamida ou MMF associados a corticosteróide durante 24 semanas. Aguardamos mais este estudo, com um poder estatístico maior que os anteriores, para confirmar a efetividade e segurança do MMF no manejo da nefrite lúpica.

CONCLUSÃO

Estudos recentes vêm mostrando maior segurança quanto aos efeitos gastrointestinais da nova formulação denominada micofenolato sódico (360 mg equivalentes à 500 mg do MMF) em transplante renal[33, 34] e na nefrite lúpica[35].

Devido à toxicidade gonadal, que é uma limitação em utilizar ciclofosfamida em mulheres jovens com nefrite lúpica, optamos por utilizar o MMF após resposta insatisfatória ao corticóide como primeira linha na classe dos imunossupressores. Os sete pacientes do presente estudo apresentaram redução da proteinúria de 24 horas em relação ao valor no início do tratamento, e dois, inicialmente com aumento de creatinina, mostraram redução nos seus níveis, dados compatíveis com a literatura.

ABSTRACT

Background: Micofenolato mofetil (MMF), a drug with proven effectiveness in solid organs transplant, is an imunossupressor recently added to the available therapeutic arsenal for the treatment of autoimmune diseases, including the systemic lupus erythematosus. In spite of the scarce literature on the theme, MMF is an interesting option in cases of lupus nephritis refratary to the conventional therapy with corticosteroid, ciclofosfamid, azatioprin or ciclosporin. **Methods:** Files from patients from the Nephrology Clinic of Hospital Universitário do Oeste do Paraná, in the period of February of 2003 to January of 2008, with diagnosis of lupus nephritis and that used MMF after unsatisfactory answer to the use of corticoids. The dose of MMF was 2 g/day. We analyzed the laboratory results of the creatinine and 24-hour urine protein, comparing the evolutionary data of the beginning of the use of MMF to the end or to the last registered consultation. **Results:** There were seven patients with lupus nephritis that received MMF, all white, two male (28.6%) and five female (71.4%), with mean age of 23.8 ± 10.2 years. The time of treatment was of 19.3 ± 17.6 months and the following time was of 34 ± 19.5 months. The initial mean creatinine was 1.2 ± 0.8 and the 24-hour urine protein was 3,681 ± 2,296 mg. After the use of MMF the average of the creatinine decreased to 0.9 ± 0.4 mg/dL and the 24-hour urine protein to 1,082 ± 840mg. **Conclusions:** There was reduction of creatinine and 24-hour urine protein after the use of MMF in all patients with lupus nephritis in the present study. However, further studies are necessary to prove effectiveness in a larger number of patients.

Key words: Lupus nephritis, Mycofenolate mofetil (MMF); Immunosuppression.

REFERÊNCIAS

1 - Dooley MA, Cosio FG, Nachman PH, Falkenhain ME, Hogan SL, Falk RJ et al. Mycophenolate Mofetil therapy in Lupus Nephritis: Clinical Observations. J Am Soc Nephol 1999; 10: 833-9.

2 - Fong KY, Thumboo J, Koh ET, Chng HH, Leong KH, Koh WH et al. Systemic lupus erythematosus: initial manifestations and clinical features after 10 years of disease. Ann Acad Med Singapore 1997; 26: 278-80.

3 - Jacobsen S, Petersen J, Ullman S, Junker P, Voss A, Rasmussen JM et al. A multicentre study of 513 Danish patients with systemic lupus erythematosus. I. Disease manifestations and analyses of clinical subsets. Clin Rheumatol 1998; 17: 468-77.

4 - Cervera R, Khamashta MA, Font J, Sebastiani GD, Gil A, Lavilla P et al. Systemic lupus erythematosus: clinical and immunologic patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. The European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus. Medicine 1993; 72: 113-24.

5 - Chan TM. Histological reclassification of lupus nephritis. Curr Opin Nephrol Hypertens 2005: 14(6): 561-6.

6 - Cameron JS. Tubular and interstitial factors in the progression of glomerulonephritis. Pediatr Nephrol 1992; 6: 292-303.

7 - Esdaile JM, Levinton C, Federgreen W, Hayslett JP. The clinical and renal biopsy predictors of long-term outcome in lupus nephritis: a study of 87 patients and review of the literature. Q J Med 1989; 72: 382-91.

8 - Ioannidis JP, Boki KA, Katsorida ME, Drosos AA, Skopouli FN, Boletis JN et al. Remission, relapse, and re-remission of proliferative lupus nephritis treated with cyclophosphamide. Kidney Int 2000; 57: 258-64.

9 - Boumpas DT, Austin HA 3rd, Vaughn EM, Klippel JH, Steinberg AD, Yarboro CH et al. Controlled trial of pulse methylprednisolone versus two regimens of pulse cyclophosphamide in severe lupus nephritis. Lancet 1992; 340: 741-5.

10 - Katsifis GE, Tzioufas AG, Vlachoyiannopoulos PG, Voulgarelis M. Moutsopoulos HM, Ioannidis JP. Risk of myelotoxicity with intravenous cyclophosphamide in patiens with systemic lupus erythematosus. Rheumatology 2002; 41: 780-6.

11 - Mathew TH. For the Tricontinental Mycophenolate Mofetil Renal Transplantation Study Group. A blinded, long-term, randomized muilticenter study of mycophenolate mofetil in cadaveric renal transplantation. Results at three years. Transplantation 1998; 51: 1450-9.

12 - Corna D, Morigi M, Facchinetti D, Bertani T. Zoja C, Remuzzi G. Mycophenolate mofetil limits renal damage and prolong life in murine lupus autoimmune disease. Kidney Int 1997; 51:1583-9.

13 - Van Bruggen MC, Walgreen B, Rijge TP, Berden JH. Attenuation of murine lupus nephritis by Mycophenolate mofetil. J Am Soc Nephrol 1998; 9: 1407–15.

14 - Chan TM, Li FK, Tang CS, Wong RW, Fang GX, Ji YL et al. Efficacy of mycophenolate mofetil in patients with diffuse proliferative lupus nephritis. Hong Kong-Guangzhou Nephrology Study Group. N Engl J Med 2000; 343: 1156-62.

15 - Chan TM, Tse KC, Tang CSO, Mok MY, Li FK. Long-term study of Mycophenolate mofetil as continuous induction and maintenance treatment for diffuse proliferative lupus nephritis. J Am Soc Nephrol 2005; 16:1076-1084.

16 - Li L-S, Hu W-X, Zhou H, Liu Z-H. Clinico-pathological evaluation of mycophenolate mofetil (MMF) therapy in twentythree cases of diffuse proliferative lupus nephritis. J am Soc Nephrol 1999; 10: 172.

17 - Kingdon EJ, McLean AG, Psimenou E, Davenport A, Powis SH, Sweny P, Burns A. The safety and efficacy of MMF in lupus nephritis: a pilot study. Lupus 2001; 10: 606-11.

18 - Karim MY, Pisoni CN, Ferro L, Tungekar MF, Abbs IC, D'Cruz DP et al. Reduction of proteinuria with mycophenolate mofetil in predominantly membranous lupus nephropathy. Rheumatology. 2005; 44: 1317-21.

19 - Riskalla MM, Somers EC, Fatica RA, McCune WI. Tolerability of Mycophenolate mofetil in patients with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 2003; 30: 1508-12.

20 - Kapitsinou PP, Boletis JN, Skopouli FN, Boki KA, Moutsopoulos HM. Lupus nephritis: treatment with Mycophenolate mofetil. Rheumatology 2004; 43: 377-80.

21 - Pisoni CN, Sanchez FJ, Karim Y, Cuadrado MJ, D'Cruz DP, Abbs IC, Khamasta MA, Hughes GR. Mycophenolate mofetil in systemic lupus erythematosus: efficacy and tolerability in 86 patients. J Rheumatol. 2005; 32: 1047-52.

22 - Ferro ML, Karim MY, Abbs IC, D´Cruz DP, Khamashta M, Hughes GRV. Mycophenolate mofetil: a potencial treatment for reducing proteinuria associated with membranous lupus nephritis. Arthitis Rheum 2003; 48: S588.

23 - Bijn M, Horst G, Bootsma H, Limburg PC, Kallenberg CGM. Mycophenolate mofetil presents a clinical relapse in patient with systemic lupus erythematosus at risk. Ann Rheum Dis 2003; 62: 534-9.

24 - Ye Z, Tan YH, Hong XP, Feng XX, Xiao XL, MMF vs. CTX in treatment of severe SLE patients, Lupus 2001; 10: S99.

25 - Hu W, Liu Z, Chen H, Tang Z, Wang Q, Shen K et al. Mycophenolate mofetil vs cyclophosphamide therapy for patients with diffuse proliferative lupus nephritis. Clin Med J (Engl) 2002; 115: 705-9.

26 - Ong LM, Hooi LS, Lim TO, Goh BL, Ahmad G, Ghazalli R et al. Randomized controlled trial of pulse intravenous cyclophosphamide versus mycophenolate mofetil in the induction therapy of proliferative lupus nephritis. Nephrology. 2005; 10: 504-10.

27 - Ginzler EM, Dooley MA, Aranow C, Kim MY, Buyon J, Merrill JT et al. Mycophenolate Mofetil or Intravenous Cyclophosphamide for Lupus Nephritis. N Engl J Med 2005; 353: 2219-28.

28 - Contreras G, Sosnov J. Role of Mycophenolate Mofetil in the Treatment of Lupus Nephritis. Clin J Am Soc Nephrol 2007; 2: 879-82.

29 - Walsh M, James M, Jayne D, Tonelli M, Manns BJ, Hemmelgarn BR. Mycophenolate mofetil for induction therapy of Lupus Nephritis: A systematic Review and Meta-analysis. Clin J Am Soc Nephrol 2007; 2: 968-975.

30 - Zhu B, Chen N, Ren H, Zhang W, Wang W, Pan X et al. Mycophenolate mofetil in induction and maintenance therapy of severe nephritis: a meta–analysis of randomized controlled trials. Nephrol Dial Transplant 2007; 22: 1933-42.

31 - Lu F, Tu Y, Peng X, Wang L, Wang H, Sun Z et al. A prospective multicentre study of mycophenolate mofetil combined with prednisolone as induction therapyin 213 patients with active lupus nephritis. Lupus 2008; 17: 622–9.

32 - Sinclair A, Appel G, Dooley MA, Ginzler E, Isenberg D, Jayne D et al. Mycophenolate mofetil as induction and maintenance therapy for lupus nephritis: rationale and protocol for the randomized. Lupus 2007; 16: 972–80.

33 - Salvadori M, Holzer H, de Matos A. Enteric-coated mycophenolate sodium is therapeutically equivalent to mycophenolate mofetil in de novo renal transplant patientys. Am J Transplant 2004; 4: 231-6.

34 - Sumethkul V, Na-Bangchang K, Kantachuvesiri S, Jirasiritham S. Standard dose enteric-coated Mycophenolate sodium (myfortic) delivers rapid therapeutic mycophenolic acid exposure in kidney transplant recipients. Transplant Proc 2005; 37: 861-3.

35 - Traitanon O, Avihingsanon Y, Kittikovit V, Townamchai N, Kanjanabuch T , Praditpornsilpa K et al. Efficacy of enteric-coated mycophenolate sodium in patients with resistant-type lupus nephritis: a prospective study. Lupus 2008; 17: 744–51.

Recebido em: 12/09/2008
Aprovado em: 15/10/2008
Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de interesses: nenhum

Endereço para correspondência:
Luis Alberto Batista Peres
R. São Paulo, 769- Ap 901- Centro
85801-020 Cascavel – PR
Fax: 45 327 3413
e-mail: peres@certto.com.br

REV. MED. RES.

VOL. 10 - Nº 4:154 OUT/DEZ 2008

POR QUE QUERO SER MÉDICO?

Why do I want to be a doctor?

Guilherme Piovezani Ramos[1]
Gustavo Yuzo Gaspki Yamamoto[1]
Henrique Lasari Melo[1]
João Carlos Simões[2]

Ramos GP, Yamamoto GYG, Melo HL, Simões JC. Por que quero ser médico? Rev Med Res 2008;10(4)154-158.

RESUMO

Introdução: Sempre houve algo que motivasse a pratica médica, a necessidade de sobrevivência, a religião, a cultura, a solidariedade e mais adiante as ambições capitalistas. Analisamos os principais motivadores que levam a grande procura por parte dos jovens para a realização da profissão médica. **Métodos:** Para isso foi realizada uma pesquisa, utilizando-se um questionário padrão, com acadêmicos da Faculdade Evangélica do Paraná pertencentes ao primeiro, segundo, quinto e oitavo períodos do curso de Medicina. Foram entrevistados 100 estudantes entre 18 e 27 anos, sendo 53 do sexo masculino e 47 do feminino. **Resultados:** A maioria dos entrevistados (48%) disse ter vocação para prática médica, seguido pelo fator Altruísmo com 25% dos entrevistados. 17% não souberam dizer por que escolheram o curso e 10 entrevistados disseram ter sido motivado por questões econômicas. **Conclusão:** Apesar das mudanças proporcionadas pelo capitalismo global à prática médica, o fator altruísta ainda é o primeiro motivador dos jovens a escolherem a profissão.

Descritores: Profissão; Médicos; Acadêmicos.

INTRODUÇÃO

Na Pré-História apesar da ausência de conhecimento cientifico, iniciou-se a experimentação de atos curandeiros por razões diretamente relacionadas ao instinto de sobrevivência humana. Sendo, por exemplo, a caça um fator fundamental para sobrevivência nesse período, acidentes relacionados a ela eram extremamente comuns. Assim estes imprevistos iam, aos poucos, motivando o desenvolvimento de práticas para o tratamento dos feridos, como uma forma de manutenção da vida.

Já no Egito, a prática médica era bastante relacionada a fatores míticos. A mumificação, prática rotineira na sociedade egípcia, proporcionou grandes avanços no conhecimento anatômico do corpo humano, permitindo-se a realização de complexas operações cirúrgicas.

Com o passar do tempo, a medicina, que era mágica, religiosa e empírica, foi contraposta a uma medicina científica, caracterizada por uma atitude de compreender e explicar. Com a ajuda da observação e da experiência, todos os fenômenos presentes nos Seres Humanos e relacionados à saúde ou à doença eram estudados. Isto se iniciou na Grécia, que com a figura de Hipócrates, tornou-se o berço da medicina cientifica.

Hipócrates, o pai da medicina, iniciou, junto com outros gregos, o estudo sobre o tratamento e sintomas de doenças. Seu juramento mostra a verdadeira motivação inicial para realização da medicina: o altruísmo. “Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes” .

TRABALHO REALIZADO NA DISCIPLINA DE HISTÓRIA E HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA DA FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ - HUEC

1 - Acadêmicos do 2º período do Curso de Medicina da FEPAR.

2 - Professor Titular da disciplina de História e Humanização da Medicina da FEPAR

Com o passar dos tempos eventos como o Mercantilismo , as Revoluções burguesas e Industriais, alteraram o cenário economico-social mundial. Houve, de forma geral, uma capitalização do mundo , e a medicina nao escapou. A medicina começou a dividir seu aspecto social com o politico-economico.

Nos cenário mundial contemporâneo a Medicina vem, embalada pelo capitalismo global, conseguindo incríveis avanços, porém ao mesmo tempo vem perdendo seu caráter altruísta e tornando-se um empreendimento.

No Brasil a medicina é uma das profissões mais visadas. A alta concorrência nos vestibulares evidencia este dado. Surge então a pergunta: O que motiva tanto os jovens querer ingressar em um curso de medicina?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar as possíveis razões que levam a grande procura dos jovens pela profissão médica atualmente

Objetivo Específico

- Delimitar alguns dos motivos que levaram os acadêmicos de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná a escolherem a profissão.
- Estabelecer comparações significativas entre as respostas obtidas.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa no segundo semestre do ano de 2008, com perguntas dirigidas a 100 acadêmicos de medicina, entre 18 e 27 anos, da Faculdade Evangélica do Paraná, pertencentes ao primeiro, segundo, quinto e oitavo períodos. Dos entrevistados, 53 eram do sexo masculino e 47 do feminino; 21 do primeiro período, 39 do segundo, 24 do quinto e 16 do oitavo.

O estudo baseou-se na aplicação de um questionário elaborado para avaliar o motivo pela escolha da carreira médica e alguns dados relacionados que influenciaram diretamente nesta decisão.

O questionário padrão (Anexo 1), continha as seguintes perguntas e alternativas:

- Sexo:
- Idade:
- Período:

1 - Quantos anos de cursinho (incluindo "terceirão") "fiz" para ingressar na faculdade?

a - 1 ano
b - 2 anos
c - 3 anos
d - 4 ou mais

2 - Por que quero ser Médico?

a - Vocação
b - Altruísmo
c - Status
d - Questão Financeira
e - Não Sei
f - Outro

3 - Quando tomei esta decisão?

a - Cursinho
b - Infância
c - Adolescência
d - Enquanto cursava outro Curso
e - Outro:

4 - Quem, ou o quê, me influenciou?

a - Amigos
b - Pais
c - Parentes [Qual(s):]
d - Mídia
e - Escola
f - Outro:

RESULTADOS

A primeira pergunta,*" Quantos anos de cursinho(incluindo terceirão)'fiz' para ingressar na faculdade?",* indicou que 36% dos entrevistados cursaram 1 ano de cursinho, 27% cursaram 2 anos, 25% cursaram 3 anos e 12% demoraram 4 ou mais anos para ingressar na faculdade.

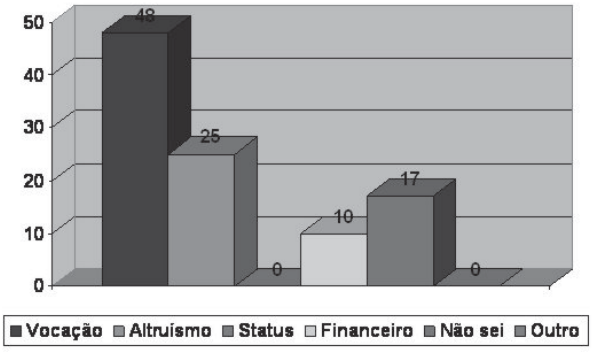
O segundo e mais relevante dos questionamentos (Tabela 1) , *" Por que quero ser médico?"*(Figura 1), mostrou que 48% relataram como o principal porquê a Vocação , sendo que entre homens(26) e mulheres(22) ; 25% escolheram o Altruísmo , destes, 15 mulheres e 10 homens ; 9% optaram pela questão financeira , sendo 8 homens e 2 mulheres; 17% não souberam dizer o que os motivou a ingressar na profissão, dividindo-se quase igualmente a porcentagem de homens e mulheres; as opções "Outro" e "Status" não foram escolhidas pelos participantes.

TABELA 1 - Porque quero ser médico?

	1ºPERÍODO		2ºPERÍODO		5ºPERÍODO		8ºPERÍODO		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
Vocação	5	6	12	9	7	5	2	2	*26*	*22*	*48*
Altruísmo	3	3	2	6	3	4	2	2	*10*	*15*	*25*
Status	0	0	0	0	0	0	0	0	*0*	*0*	*0*
Financeiro	0	0	4	2	0	0	4	0	*8*	*2*	*10*
Não sei	1	3	2	2	3	2	3	1	*9*	*8*	*17*
Outro	0	0	0	0	0	0	0	0	*0*	*0*	*0*
TOTAL	***9***	***12***	***20***	***19***	***13***	***11***	***11***	***5***	**53**	**47**	**100**

A terceira indagação diz respeito a quando foi tomada a decisão da questão anterior: 14 dos 100 entrevistados responderam ter se decidido durante o ano de cursinho; 25 têm a decisão tomada desde a infância; metade (50) decidiu-se na adolescência e 11 resolveram cursar medicina enquanto faziam outra graduação.

FIGURA 1 - Razões dos acadêmicos para escolha da profissão médica.



A ultima questão (Tabela 2) diz respeito as influencias sofridas pelos acadêmicos ao tomar essa decisão. 25% disseram-se influenciados por seus pais; 16 relataram influência de parentes, sendo os mais citados tios, irmãos e primos; 3% influenciaram-se por amigos; 4% disseram que a mídia interferiu em sua decisão; 5 % falaram que a escola teve grande papel na decisão; e, quase metade dos entrevistados, 47%, responderam a opção outros, sendo que a maioria disse não ter sido influenciada por ninguém, ou seja, tomou a decisão por conta própria.

TABELA 2 - Quem, ou o quê, me influenciou?

	1ºPERÍODO		2ºPERÍODO		5ºPERÍODO		8ºPERÍODO		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
Amigos	1	1	1	0	0	0	0	0	*2*	*1*	*3*
Pais	3	1	7	4	1	4	4	1	*15*	*10*	*25*
Parentes	0	2	2	4	4	1	3	0	*9*	*7*	*16*
Mídia	1	1	0	1	0	1	0	0	*1*	*3*	*4*
Escola	1	0	0	1	3	0	0	0	*4*	*1*	*5*
Outro	3	7	10	9	5	5	4	4	*22*	*25*	*47*
TOTAL	***9***	***12***	***20***	***19***	***13***	***11***	***11***	***5***	**53**	**47**	**100**

5.DISCUSSÃO

A primeira pergunta não se mostrou muito relevante ao trabalho, porem, pode-se estabelecer um padrão geral: a maioria é formada por estudantes com um ano de cursinho, uma quantidade equilibrada de alunos com dois e três anos de cursinho e um número menor de alunos com quatro anos ou mais de cursinho.

O segundo questionamento se mostrou o principal ao nosso trabalho. Dos dados obtidos pudemos estabelecer o principal fator motivador como a "vocação", com 48% das escolhas. 17% disseram não saber o porquê escolheram medicina, um dado bastante interessante visto a dificuldade de ingressar no curso.

Porém, os fatores mais intrigantes foram as relações entre os sexos na escolha das opções "altruísmo" e "questão financeira". A pesquisa mostrou uma maior relação entre a justificativa do altruísmo e o sexo feminino – 15 para 10 em relação ao masculino, talvez reflita a maior sensibilidade e predisposição à ajuda ao próximo. A outra relação foi entre a justificativa monetária com o sexo masculino – 8 para 2 em relação ao feminino, possivelmente relacionada à personalidade um pouco mais egoísta em relação as mulheres.

A relação entre "altruísmo" e a "questão financeira" demonstrou um numero representativamente maior daquela comparada a esta – 25 para 10. Contrariando as expectativas de que a medicina atual assumiu um caráter capitalista, os dados mostram que à primeira instância a decisão toma com base seus princípios mais antigos, o desejo de ajudar, procurar a cura, tendo o quesito financeiro como um fator secundário, porém não dispensável.

Quando comparando os períodos não pudemos estabelecer nenhuma característica relevante. Encontramos um padrão proporcional entre os períodos considerando o número amostral e as opções selecionadas. Mesmo que obtivéssemos alguma relação expressiva não poderíamos tomar como muito conclusiva devido ao baixo número amostral; apesar de, ainda, nos dar uma idéia geral sobre tal.

Em relação à época da decisão pelo curso obtivemos uma grande maioria efetuando a escolha num período pré-cursinho – 25 na infância e 50 na adolescência. Após o ingresso num cursinho, 14 decidiram-se durante o mesmo, e 11 enquanto cursavam um outro curso superior.

Tais dados se interelacionam com o questionamento seguinte sobre a influência sofrida pelo acadêmico na hora da escolha pois, o período, principalmente da infância, se caracteriza por uma época bastante vulnerável a influências externas.

Tais influências mostram sua principal fonte nos familiares, sendo que os pais representam 25%, enquanto parentes (tios, primos e irmãos foram mais citados) representam 16% - somando 41%. As influências de amigos, mídia e escola não mostraram-se muito expressivas, somando 12%. O mais interessante foi a constatação de que 47% dos acadêmicos disseram não ter sido influenciados, ou seja tomaram a decisão por conta própria. Este dado, assumindo-se que a opção se deu enquanto muito jovens, pode mostrar certa precipitação na decisão, porém ao mesmo tempo pode mostrar um resgate dos princípios altruístas utilizados por Hipócrates para construir as bases da medicina.

CONCLUSÃO

Utilizando-se com base os dados da pesquisa realizada na Faculdade Evangélica do Paraná, foi possível compreender os motivos básicos para a realização da escolha da profissão. As indicações da pesquisa proporcionam uma boa noção dos determinantes para a definição profissional dos jovens doutores, apesar de existirem fatores intrínsecos específicos de cada região.

A pesquisa mostra a prevalência do caráter social da medicina sobre a questão econômica. No entanto, é bom ressaltar que a questão financeira também é um quesito importante para conviver perante as diretrizes capitalistas impostas pelo sistema.

Portanto, o altruísmo, apesar da mercantilização da indústria médica, ainda mostra-se como principal motivador para escolha da Medicina. Isso implica numa visão otimista sobre o caráter humanista da medicina nas próximas gerações.

ABSTRACT

Background - There has always been a reason for wanting to embrace medical practice. The need to survive, religion, culture, solidarity, and more recently capitalist ambition**.** The objetive of this paper is to analyze the main motivation behind the choice of so many young people to become doctors. **Methods -** For this analysis

we used a standard questionnaire, applied to "Faculdade Evangélica do Paraná"'s college students of the first, second, fifth and eighth periods of the medicine course. The questionnaire was applied to 100 students, between 18 and 27 years old, 53 being male and 47 female. **Results -** The majority of students (48%) said they had a vocation for the medical practice. Followed by the altruism factor, with 25%; 17% did not know why they chose the course, and 10% said it was due to financial issues. **Conclusion -** Despite the changes caused in medicine by global capitalism, altruism is still the main motivation to choose this area

Key words: Medicine; Doctor; Profession.

REFERÊNCIAS

1 - Berquó ES, Sousa JMP, Gotlieb SLD. Bioestatística. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1981.
2 - Scliar M. Cenas médicas: pequena introdução à história da medicina. 2.ed. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 1996.
3 - Lima DRA, Smithfield, RW. Manual de História da Medicina. Rio de Janeiro: Medin; 1986.

Recebido em: 1/7/2008
Aprovado em: 23/8/2008
Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de interesse: nenhum

Endereço para correspondência:
João Carlos Simões
Rua Nicolau J. Gravina, 65
82010-020 Curitiba - PR

ALIANÇA SAÚDE FORMA NOVA TURMA DE RESIDENTES

Composição da mesa diretora: Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, do CRMPR; Dr. Adriano Keijiro Maeda, coordenador da Coreme do Hospital Universitário Cajuru; Irmão Frederico Unterberger, da ISCM; Dr. Claudio Enrique Lubascher, diretor-geral do Hospital Cajuru; Dr. Álvaro Lopes Quintas, diretor-geral da Aliança Saúde e diretor-geral da Santa Casa; José Fernando Macedo, presidente da AMP; Marcos Rainer Günther, coordenador da Coreme da Santa Casa; e Dr. João Carlos Simões, da CERMEPAR.

A Aliança Saúde PUCPR – Santa Casa realizou no dia 19 de janeiro, no TUCA, a solenidade de formatura dos residentes médicos dos hospitais Santa Casa de Curitiba, Hospital Nossa Senhora da Luz e Hospital Universitário Cajuru. Cerca de 100 formandos receberam as suas declarações. A saudação aos formandos foi feita pelo provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e vice-presidente da Associação Paranaense de Cultura (mantenedora da PUCPR e Aliança Saúde), Frederico Unterberger. Compuseram a mesa diretora, dentre outras autoridades, o presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, o presidente da Associação Médica do Paraná, José Fernando Macedo, e o presidente da Comisão Estadual de Residência Médica (Cermepar), João Carlos Simões

VOL. 10 - Nº 4:159 OUT/DEZ 2008

REV. MED. RES.

GERONTOLOGIA

Gerontology

Alcino Lázaro da Silva[1]

Silva AL. Gerontologia. Rev Med Res 2008; 10(4):159-163.

RESUMO

O autor discorre sobre o tema da gerontologia que é estudo dos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento. A média de vida aumentando a cada tempo vem preocupando os governantes, pois no velho há um binômio contraditório: produção em queda e consumo em alta. Nos países mais desenvolvidos o aumento crescente dos indivíduos com mais de 60 anos tem constituído problema social para o qual os governos procuram dar soluções de orientação diversa. Essas providências têm sido de três tipos: o primeiro apóia-se, fundamentalmente, na tentativa de recuperação do senescente como valor econômico levando-o, na medida de suas forças, a tornar-se útil, pelo menos reduzindo o déficit de seu sustento pela comunidade. O segundo, instituído nos países nórdicos, consiste em criar fundos para aumentar o número de centros, lares, pensões, clínicas e até cidades destinadas aos velhos. Embora apresentem, às vezes, estabelecimentos modelares não escondem entretanto o intento de segregar as pessoas idosas do resto da sociedade. O terceiro tipo de orientação consiste em, ao lado de instituições que são segregativas, criar condições para o cuidar bem, pois o exercício da cidadania é sagrado para a sociedade econômica.

Descritores: Envelhecimento; Gerontologia.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida aumenta, ao longo dos anos, em função de prevenir, orientar, cuidar, amparar e acompanhar um complexo corpo-alma-mente que tem as suas moléculas, tecidos e funções em regressão, por envelhecimento.

A média de vida aumentando a cada tempo vem preocupando os governantes, pois no velho há um binômio contraditório: produção em queda e consumo em alta.

Um outro fenômeno preocupante, sob o ponto de vista socioeconômico-familiar, é a segregação, o isolamento e até o abandono do velho, na época em que ele mais necessita de compartilhamento. O mundo contemporâneo está a exigir, cada vez mais, a participação dos cônjuges e familiares no trabalho externo, para atenderem às necessidades básicas de uma família e para participarem dos acréscimos e fascinações consumistas que a mídia nos obriga a buscá-las. Neste momento, o velho fica só ou é isolado, impedindo um cuidado mais estreito e contínuo, inevitável.

Surgem as clínicas especializadas, as casas de repouso, os asilos, centros, lares, as pensões, clínicas e até cidade para velhos.

Os problemas principais que o velho traz ao mundo contemporâneo são: aumento crescente da idade útil; maior reivindicação aumentada por parte do geronte e familiares; consumo elevado de medicamentos, próteses e órteses; maior solicitação de profissionais especializados, especialmente fisiatras e fisioterapeutas; ocupação crescente de pessoas cuidadoras de idosos; prioridades em atendimentos, competindo com os que ficam nas filas; pressão socioeconômica sobre os governos; choque com os planos de saúde que restringem exames e hospitalizações; restrição ou incompletude na aquisição de drogas terapêuticas; falta de espaço nas famílias em que todos trabalham fora; falta de fundos (municipal, estadual, federal, comunitário); ausência de projeto político em favor de uma comunidade que se corporifica na sobrevida; carência de preparo do médico jovem; especialidade que ainda se afirma no esclarecer a opinião pública; acréscimo de despesas, pois a terceira idade se preocupa muito com diversões e atividades que preenchem o tempo; negativismo quando há ociosidade ou abandono por parte da família ou da sociedade; peso às vezes elevado, para a família, quando há regressão neurológica; segregação pelos jovens no ouvir ou no seguir admoestações ou aconselhamentos que naturalmente brotam de conscientes experientes.

Muito mais problemas envolvem o velho inserido na família e na sociedade e eles decorrem de vários

1 - Titular da Academia Nacional de Medicina. Professor Titular da Universidade Federal de Medicina de Minas Gerais - UFMG

aspectos, cultural, econômico, geográfico, religiosidade, formação humanística, recursos à disposição...

Nos países mais desenvolvidos o aumento crescente dos indivíduos com mais de 60 anos tem constituído problema social para o qual os governos procuram dar soluções de orientação diversa. Essas providências têm sido de três tipos: o primeiro apóia-se, fundamentalmente, na tentativa de recuperação do senescente como valor econômico levando-o, na medida de suas forças, a tornar-se útil, pelo menos reduzindo o déficit de seu sustento pela comunidade. O segundo, instituído nos países nórdicos, consiste em criar fundos para aumentar o número de centros, lares, pensões, clínicas e até cidades destinadas aos velhos. Embora apresentem, às vezes, estabelecimentos modelares não escondem entretanto o intento de segregar as pessoas idosas do resto da sociedade. O terceiro tipo de orientação consiste em, ao lado de instituições que são segregativas, criar condições para o cuidar bem, pois o exercício da cidadania é sagrado para a sociedade econômica.

CONCEITOS

Geriatria trata e estuda as doenças ligadas ao envelhecimento.

Gerontologia, estudo dos fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento.

Geriatra, especialista em geriatria.

Gerontólogo ou Gerontologista, especialista em gerontologia.

Geriátrico(a) relativo à geriatria.

Velhice estado ou condição de velho.

Velhustro, velha, geronte, velhusco, avelhado, meu velho, velho, senil, senescente, idoso, velhinho, velhote, antigüidade, terceira idade, velhantado, maturidade, gagá, fóssil, velhoto, velho e relho, velho e revelho, velha-guarda, velhada, velhocrente (rascolnismo).

Os nomes são muitos para dizerem uma coisa só: viveu-se muito quase todo o tempo da vida terrena. Há nomes eruditos e nomes descorteses.

Para a ONU a divisão da vida, a partir de 22 anos é: 1ª, 2ª e 3ª idade.

Para a OMS, o velho é a partir de 65 anos.

No Brasil 71 anos é a média atingida nos últimos anos.

CRÍTICA MORDAZ

"Bis púeris senes" (Velho torna a engatinhar).

"Est in canitie ridiculosa Vênus" (É ridículo o amor na velhice).

Não destrua o velho porque o tempo se encarrega de fazê-lo.

"Libidinosa et intemperans adolescentia effoetum corpus tradit senectuti" (A mocidade desregrada e incontinente entrega à velhice um corpo esgotado e cançado).

"Optimum est viaticum in senectute eruditio" (A erudição é o viático da velhice).

"Juvenum lanceae, senum consilia" (Dos jovens as lanças, dos velhos os conselhos).

"Plura loquuntur juvenes, sed utiliora senes" (Os moços falam muito, mas os velhos dizem coisas mais úteis).

"Senectus ipsa morbus est" (A própria velhice já é uma doença).

LOUVOR (panegírico)

Cidade-menina, menina que sobra na conversa dos velhos e moça a quem os jovens já não contam mais segredos íntimos (Eduardo Wanderley Filho).

É com adolescentes que duram certo número de anos que a vida faz os velhos (Marcel Proust).

"Senes facilime jejunium ferunt" (Os velhos facilmente suportam o jejum).

Os primeiros quarenta anos nos dão o texto da vida, os últimos trinta seu comentário (Schopenhauer).

Saber envelhecer é obra-prima de sabedoria, e um dos capítulos mais difíceis da grande arte de viver (Amiel).

Se as rugas na testa são inevitáveis, não deixes que elas se inscrevam no coração. O espírito não precisa envelhecer (James Garfield).

"To add years to life and life to years" (Gerontological Society).

Envelhecer é aborrecido, mas é o único meio de que se encontrou de viver muito tempo (Saint Beuve).

O QUE FAZER COM O VELHO?

O idoso, sendo uma das coisas mais doces entre os homens, merece toda atenção, cuidado e carinho por parte da sociedade como um todo: indivíduo, órgãos governamentais, entidades filantrópicas e até as não governamentais.

Além das ações isoladas poder-se-ia, juntando forças e agregando as pessoas, criar fazendas de repouso com as características abaixo citadas sem ordem, na importância.

Áreas verdes e se possível planas.

Lagos ou lagoas.

Pista para caminhadas no entorno.

Centro de convivência com todos os recursos para entretenimento. Salão e salas as mais diversas para todas as atividades socioculturais.

Área para hortigranjeiros e viveiro de mudas (produção para venda).

Área para artesanato sem máquinas pesadas ou de periculosidade.

Oficinas para aproveitamento dos ex-funcionários nessa atividade, mas sem máquinas de alto risco.

Alojamentos ou casas para casal ou grupos de parentes.

Uma igreja ecumênica.

Sala de aula.

Auditório para encenações e reuniões solenes ou natalícias.

Ambulatório para atendimentos clínicos eletivos ou de urgência e para pequenas intervenções.

Estudo rigoroso e criterioso para seleção de pessoal destinado a alojamentos comuns, particulares ou privados de forma a não criar castas ou discriminações, respeitando-se a origem socioeconômica do idoso. O afortunado ajudaria o menos dotado, sem humilhá-lo e este conviveria, mantidas as distâncias, com o primeiro no sentido de obter a sua participação nos problemas econômicos que nos separam.

O resultado dos trabalhos seria revertido a cada produtor ou à manutenção do equilíbrio, da solidez e da qualidade do "Centro do Idoso".

HÁ POESIA NA VELHICE

"Praestat irritare canem, quam anum" (É melhor irritar um cão, que uma velha). Não sendo assim, na velhice, a despeito de todo o desgaste biológico, há sensibilidade bilateral – jovem e geronte – e uma ternura para com os que completam sua missão terrena no trabalho e na sabedoria.

Há poesia, também, na velhice.

INSTANTES

Si pudiera vivir nuevamente mi vida. En la próxima trataría de cometer más errores.
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.
Sería más tonto de lo que he sido, de hecho tomaría muy pocas cosas com seriedad. Sería menos higiénico.
Correría más riesgos, haría más viajes, contemplaría más atardeceres, subiría más montanãs, nadaría más ríos.
Iría a más lugares adonde nunca he ido, comería más helados y menos habas, tendría más problemas reales y menos imaginários.
Yo fui una de essas personas que vivió sensata y prolíficamente cada minuto de su vida; claro que tuve momentos de alegria.
Pero si pudiera volver atrás trataria de tener solamente buenos momentos.
Por si no lo saben, de eso está hecha la vida, sólo de momentos; no te pierdas el ahora.
Yo era uno de esos que nunca iban a ninguna parte sin un termómetro, una bolsa de agua caliente, un paraguas y un paracaídas; si pudiera volver a vivir, viajaría más liviano.
Si pudiera volver a vivir comenzaría a andar descalzo a principios de la primavera y seguiría así hasta concluir el otoño.
Daría más vueltas en calesita, contemplaría más amaneceres y jugaría com más niños, si tuviera outra vez la vida por delante.
Pero ya ven, tengo 85 años y sé que me estoy muriendo.
(Jorge Luis Borges – 1899-1987)

CONVITE DESUSADO

Venha, jovem amigo
Venha, sorrindo, envelhecer comigo
Não tenha nenhum receio
das rugas que, talvez,
um dia possam vir a sulcar o seu rosto:
elas são belas!
São testemunhas de "Missão Cumprida"!
Muito piores são aquelas
que sulcam o coração e o deixam feio,
que enrugam e distorcem nossa vida...
Não, nunca tenha medo da velhice,
mas tenha medo, sim, de envelhecer vazio!
Como um sábio me disse,
é este, na existência, o maior desvario!
Guarde este pensamento em seu aniversário;
A melhor parte da vida,
a que é mesmo mais rica e mais querida,
(mesmo que muitos pensem o contrário)
é sempre a que está por vir:
frutificar é mais nobre que florir!
A melhor parte da vida
É sempre a que está na frente,
pois mais vale a chegada que a partida,
todo ponto final é o mais perfeito
Por isso é que envelheço sorridente,
porque todo princípio para o fim foi feito!

Não tem nenhum sentido
o caminho florido
que a ponto algum conduz,
mesmo que tenha aspectos de jardim!
A vida é um túnel que procura a luz
e a luz está no fim!
Venha, portanto, meu caro amigo,
Venha, sorrindo, envelhecer comigo!
Belo Horizonte, 13 de outubro de l988
(Heber Salvador de Lima)

Envelhecer

Entra pela velhice com cuidado,
Pé ante pé, sem provocar rumores
Que despertem lembranças do passado,
Sonho de glória, ilusões de amores
Do que tiveres no pomar plantado
Apanha os frutos e recolhe as flores;
Mas lavra ainda e planta o teu eirado,
Que outros virão colher quando te fores.
Não te seja a velhice enfermidade!
Alimenta no espirito a saúde,
Luta contra as tibiezas da vontade
Que a neve caia! O teu ardor não mude!
Mantém-te jovem, pouco importa a idade!
Tem cada idade a sua juventude...
(Bastos Tigre)

Cântico de um ancião

Agradeço aos que me olharam com simpatia,
que compreenderam o meu caminhar cansado
e que falaram com voz alta e clara
para minimizar a minha surdez.
Agradeço aos que apertaram com calor
as minhas mão tremulas,
que se interessaram
pela minha longínqua juventude
e não se cansaram de ouvir
as minhas histórias,
já tantas vezes repetidas.
Agradeço aos que compreenderam
a minha necessidade de carinho,
que se lembraram da minha solidão
e me presentearam
com fragmentos de seu tempo.
Agradeço aos que alegraram
os últimos dias de minha vida
e o momento de minha passagem
para a eternidade.
Agora que entrei na vida sem fim
Lembrar-me-ei de todos vocês
Junto ao bom Deus!
(Benedito de Matos Machado)

91 anos o que é?

"Que tempo é este?
Incontáveis segundos em que os minutos se perdem da conta
Na suave mistura da dor e do pranto, da alegria e da paz
Brisa que sopra o vento ao longo dos meses da vida afastando a tempestade
91 anos o que é?
É um tempo longo quando não temos companhia...
É um tempo longo quando não temos esperança...
É um tempo longo se não temos uma família...
Mas 91 anos é um tempo muito curto para quem foi feliz!
Para quem criou filhos que hoje são pais e fizeram multiplicar os netos
Para quem criou filhos padres e apresentou-os ao mundo para torná-lo melhor
Para quem criou filhos aos quais ensinou o amor à família, ao próximo e a Deus
91 anos o que é?
É tempo certo para se colher tantos frutos
É tempo certo para distribuir bondade e sorrisos
Que irão testemunhar essa vida que se perpetua em nosso ser
É tempo certo para agradecer o pão nosso que nos sustentou a cada dia
É tempo certo para reconhecer que a vida foi bem vivida
Vida que correu Entre Rios, ao pé da serra nestas terras de Minas.
É um tempo de amor que há 63 anos sustenta dois corações generosos
Que de prata virou ouro e passou a diamante para agora brilhar na eternidade de Deus
91 anos de incansável luta pela vida
De simplicidade e de fé capazes de ancorar emoções e dores
De verdadeira família, que tem muito daquela de Nazaré
91 anos de quase um século que se finda
Mas de uma Nova Vida que a partir de agora se eterniza"
(Antônio Cezário de Oliveira)

VOL. 10 - Nº 4:163 OUT/DEZ 2008

REV. MED. RES.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir pela posição do idoso na sociedade e na convivência, através de dois autores: um ressaltando a solidez da velhice e o outro questionando a tão decantada experiência de quem muito viveu. Os textos são de Raimundo Magalhães Júnior

"Velho como a Sé de Braga": coisa que data de muito longe, que tem existência várias vezes secular, João Ribeiro argutamente assinala que se diz também em várias línguas cultas velho como a serra. Assim se diz e escreve, em inglês. Numa balada de Rudyard Kipling, por exemplo, lê-se: "Old is the song that I sing...! Old as the hills." (Velha é a canção que canto...! Velha como os montes). Os Alemães dizem a mesma coisa: Alt wie die Berg. No interior do Ceará é corrente a expressão; Velho como a Serra dos Cocos. No relato intitulado "Correr Eguada". Dos "Contos Gauchescos e Lendas do Sul", Simões Lopes Neto usou comparação semelhante; Velho como o cerro do Batovi. Escritores portugueses do passado escreviam; Velho como a sepe, ou seja velho como Adão e Eva.

"Saber só de experiência feito":esta é uma expressão feliz de Luiz de Camões quando, no canto IV de "Os Lusiadas" faz a apresentação de um personagem anônimo comumente designado como o velho do Restelo. Esse personagem, "Velho de aspecto venerando que ficava nas praias entre a gente", tem uma longa fala de dez estâncias, com as quais termina aquele canto do célebre poema épico, e que se inicia com estas exclamações "Ó glória de mandar! Ó vã cobiça! Desta vaidade a quem chamamos fama".

ABSTRACT

The author discourses on the subject of Gerontology which is the study of physiological psychological and social phenomena related to aging. Average lifetime increases continuously and is now a constant worry to government as in older people a contradictory coupling of conditions subsists: lower production and higher consumption. In more developed countries the ever increasing number of individuals over sixty years of age has become a social problem to which governments present solutions of different orientations. Such procedures come in three types: the first one is fundamentally supported on the attempt to recover elderly people as economic values, making it possible for them, within the constraints of their forces, to be useful and participate in reducing the economic deficit of the community in supporting them. The second one, which is common in Nordic countries, consists in creating funds to increase the number of centers, homes, boarding houses, clinics and even whole cities dedicated to elderly people. Although many times presenting model institutions this mode cannot hide its intention to segregate. The third orientation consists of, besides segregational institutions, introducing conditions for the welfare of older people, since citizenship is a sacred principle in the economic society.

Key words: Aging; Geriatrics.

Recebido em: 12/05/2008
Aprovado em: 20/07/2008
Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de interesse: nenhum

Endereço para correspondência:
Alcino Lázaro da Silva
Rua Otoni, 909 , sala 1709 - Santa Efigênia
30150-270 Belo Horizonte - MG

REVISÃO DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Propostas até 28 fevereiro

Termina no dia 28 de fevereiro o prazo para o envio de sugestões ao novo Código de Ética Médica (CEM). Podem contribuir médicos e entidades organizadas da Sociedade Civil. De acordo com o Conselho Federal de Medicina, até o dia 20 de janeiro foram efetuados 1.458 cadastros no site e efetivadas 1.498 propostas que irão contribuir para o anteprojeto do novo CEM, documento com diretrizes básicas do projeto definitivo. São Paulo é o Estado que aparece em primeiro lugar no número de sugestões para o novo Código, com 241, seguido do Rio de Janeiro, com 164. O Paraná está em 8.º lugar, com 86 sugestões apresentadas. É possível sugerir a inclusão de novos artigos, alteração de conteúdo ou ainda a exclusão de artigos existentes acessando o link Reformulação do CEM no Portal do Conselho Federal de Medicina (www.portalmedico.org.br).

REV. MED. RES.

VOL. 10 - Nº 4:164 OUT/DEZ 2008

SÍNDROME DE BARTTER - RELATO DE CASO

Bartter's syndroem - Case report

Erika Bastos Lima[1]
Davi Sousa Garcia[1]
Danielle Pessoa Lima[2]
Caio César Furtado Freire[3]
Fernanda Freire Castelo[4]
Elizabeth Véscia Rego Dias Lima[5]

Lima EB, Garcia DS, Lima DP, Freire CCF, Castelo FF, Lima EVRD. Sindrome de Bartter. Relato de caso. Rev Med Res 2008;10(4)164-167.

RESUMO

A Síndrome de Bartter é caracterizada por alterações eletrolíticas e metabólicas, destacando-se a hipocalemia, alcalose metabólica, hiperreninemia, hiperaldosteronismo, aumento da síntese de prostaglandinas e hiperplasia do aparelho justaglomerular à biópsia renal. Geralmente, é diagnosticada na infância ou adolescência e não guarda predileção por sexo ou raça. Clinicamente, evidencia retardo no desenvolvimento pôndero-estatural, fraqueza muscular, câimbras, pressão arterial normal ou baixa e resposta pressórica diminuída à angiotensina II. Assim, relatamos um caso de Síndrome de Bartter e ressaltamos a importância da investigação desta entidade clínica nos casos de hipocalemia, alcalose metabólica e hipotensão arterial persistentes.

Descritores: Síndrome de Bartter; Hipocalemia; Alcalose metabólica.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Bartter é uma doença rara, caracterizada por hipocalemia, alcalose metabólica, hiperreninemia, hiperaldosteronismo e aumento da síntese de prostaglandinas. Há um número restrito de casos descritos na literatura desde seu relato inicial por Frederic Bartter e cols. em 1962 [1,2]. Normalmente, o diagnóstico acontece na infância ou na adolescência e afeta igualmente ambos os sexos. Parece não haver predileção quanto à raça e, ocasionalmente, manifesta-se como uma desordem familiar autossômica recessiva[3].

A etiopatogênese da Síndrome de Bartter é desconhecida, havendo hipóteses baseadas em seus achados fisiopatológicos que preconizam uma disfunção tubular renal no transporte e na reabsorção de íons sódio e cloro ao nível da porção espessa ascendente da alça de Henle [4]. Além disso, destaca-se uma menor responsividade vascular a agentes pressóricos [5] e um aumento na produção de prostaglandinas vasodilatadoras [6].

A apresentação clínica é caracterizada por fraqueza muscular generalizada, fadiga, irritabilidade neuromuscular, câimbras, polidipsia, poliúria e noctúria, retardo no desenvolvimento pôndero-estatural, níveis pressóricos normais ou diminuídos e uma resposta pressórica diminuída a agentes vasopressores como a angiotensina II [7,8]. Já os achados laboratoriais compreendem um quadro de hipocalemia, alcalose metabólica, hiperaldosteronismo e hiperreninismo. Podem apresentar hipomagnesemia, hipocloremia, hipercalciúria e comprometimento da capacidade de concentração e diluição urinária [2, 3]. Apesar de não ser patognomônica, a hiperplasia do aparelho justaglomerular é um dos indícios histopatológicos mais sugestivos da Síndrome de Bartter [3,9]. Relatamos a seguir um caso de criança com quadro de Síndrome de Bartter associada à desnutrição grave e ressaltamos a importância da investigação desta entidade clínica.

RELATO DO CASO

Criança do sexo masculino, 1a 2m, cor branca, procedente de Sobral - CE, encaminhado ao Hospital Geral de Fortaleza (HGF) com queixa de importante

TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA (HGF)

1. Médico(a) graduado(a) pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
2. Médica residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)
3. Médico do Hospital Geral Cesar Cals (HGCC)
4. Nefrologista Pediátrica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)
5. Chefe do Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

déficit pôndero-estatural, poliúria e polidipsia desde o nascimento e dificuldade para evacuar desde os 10 meses (**Figura 1**).

FIGURA 1 – Criança portadora da Síndrome de Bartter e desnutrição grave (grau III).

Antecedentes Pessoais - Gestação sem intercorrências clínicas. Parto cesáreo por amniorrexe prematura (polidramnia), pré-termo (IG = 31 semanas), peso de 1.550g, estatura 41 cm, PC = 30 cm e Apgar 6/7 ao nascimento. Vacinação atualizada. Permaneceu em internamento hospitalar até o primeiro mês de vida, fazendo uso, em seguida, adequadamente de formula infantil modificada, com dieta complementar após os 6 meses. Internamento aos 6 meses por pneumonia. A partir de 8 meses, idas freqüentes ao hospital local por baixo peso e desidratação. Aos 10 meses, iniciou quadro importante de constipação crônica. Nesse período, foi novamente internado por diarréia, vômitos e febre, evoluindo com pneumonia no internamento. Um mês antes da admissão, paciente passou a apresentar novo quadro de diarréia, vômitos e febre, sendo então encaminhado ao HGF para investigação diagnóstica.

Antecedentes familiares - Pais saudáveis, ambos com estatura de 1,56 m e primos de terceiro grau. Não tem irmãos. *Exame Físico* – Peso 3.500g (< percentil 2,5) (**Gráfico 1**). Estatura 59,5 cm (< percentil 2,5) (**Gráfico 2**). Gomez = 32% (DEP III – desnutrido grave). PC = 40 cm. PT= 35,5 cm FR=38 irpm. FC=96bpm. Estado geral comprometido, pálido, olhos encovados, acianótico, anictérico, afebril. Paciente hipotônico, irritado, apático, com retardo importante no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Não interage com estímulos ambientais, tônus cervical débil, não senta ou emite sons. Fontanela posterior fechada e anterior aberta 1x1 polpa digital. Tecido celular subcutâneo escasso. Dentição ausente. Exame cardiopulmonar fisiológico. Abdome distendido, flácido, indolor, com fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito.

Exames Complementares - Hb = 11,7g/dl. Ht = 37,8%. Leucócitos 7.500 (segmentados 36,5% - linfócitos 50% - monócitos 9% - eosinófilos 5%). Plaquetas 473.000/mm3. Na^+ = 140 mEq/l. K^+ = 2,9 mEq/l. Ca iônico = 1,32 mEq/l. Mg^{2+} = 2,14 mEq/l. Cl^- = 94,4 mEq/l. TSH = 5,28 mIU/ml. T3 = 198,4 ng/dl. T4 = 8,96 ng/dl. AST = 65 U/l. ALT = 78 U/l. LDH = 896 U/l. Bl = 0,27 mg/dl. BD = 0,04 mg/dl. Uréia = 36 mg/dl. Creatinina 0,4 mg/dl. PCR = 6 mg/l. Coagulograma normal. Parasitológico de fezes negativo. Sumario de Urina: pH = 8. Densidade urinária = 1010.

Não apresentava proteinúria, leucocitúria ou hematúria. Urocultura estéril. Radiografia de tórax normal. Ultrassonografia abdominal: hepatomegalia sem alterações da ecotextura. Rins com dimensões normais, contornos regulares. Hiperrefringência das medulas renais bilateralmente (nefrocalcinose?). Ultrassonografia transfontanelar sem anormalidades. Gasometria arterial: pH = 7,46. pCO2 = 42,1mmHg. pO2 = 52,5 mmHg. SaO_2 = 93,1%. HCO_3 = 29,1 mmol/l BE = 5,5 mol/l. Renina – atividade (34,03 ng/ml/h) e aldosterona (61,5 ng/dL).

GRÁFICO 1 - Relação de peso e idade do paciente na admissão. Fonte: OMS, 1995.

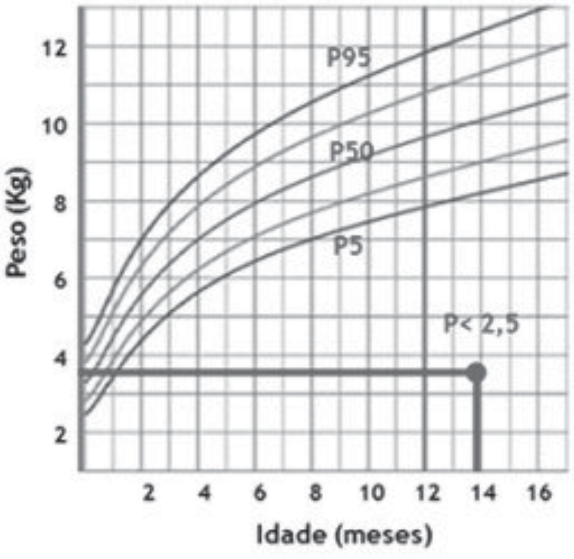
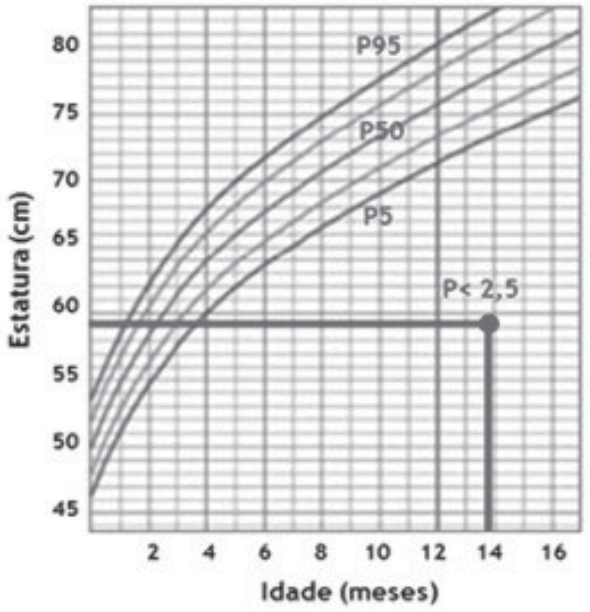


GRÁFICO 2 - Relação de peso e idade do paciente na admissão. Fonte: OMS,1995.



DISCUSSÃO

A Síndrome de Bartter é uma entidade clínica rara, complexa e relatada na literatura médica em número restrito de casos [10,11]. Por ser uma desordem autossômica recessiva, relaciona-se à consangüinidade. Por isso, o parentesco entre os pais do paciente descrito neste caso contribuiu para o esclarecimento diagnóstico.

O diagnóstico que normalmente acontece durante infância, o déficit pôndero-estatural e a ocorrência de retardo no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) são aspectos que vão ao encontro de referências da literatura sobre a síndrome de Bartter. Um aspecto que chama a atenção neste caso é o atraso no diagnóstico da Síndrome de Bartter devido à desnutrição energético-protéica grave apresentada pelo paciente, pois o quadro do paciente era imputado ao déficit nutricional. Na idade de 1 ano e 2 meses, seu peso equivalia ao de um recém-nascido eutrófico a termo; enquanto sua estatura correspondia ao percentil 50 de uma criança de 2 meses[12,13].O paciente apresentava sintomas clínicos como constipação crônica, poliúria e polidipsia que podem estar diretamente ligados às alterações eletrolíticas e metabólicas da síndrome de Bartter [3, 7, 8].

Os exames complementares na Síndrome de Bartter são o reflexo de sua complexidade fisiopatológica. Encontrou-se, na ultrassonografia abdominal, hiperrefringência das medulas renais bilateralmente, sugestiva de nefrocalcinose, a qual normalmente está relacionada ocorrência de hipercalciúria [14,15]. A análise laboratorial realizada neste caso mostrou hipocalemia, alcalose metabólica, hiperaldosteronismo e hiperreninismo que são compatíveis com o diagnóstico da doença. No entanto, devemos descartar outras condições que podem causar estes distúrbios eletrolíticos e sintomas indistinguíveis da Síndrome de Bartter. Tais condições são estados sub-reptícios de diarréia, vômitos crônicos auto-induzidos, e uso indiscriminado de diuréticos e laxativos [16,17].

O tratamento foi baseado no suporte clínico, com controle adequado da hipopotassemia e da alcalose metabólica, por meio de suplementação oral de potássio[2, 3]. Não houve tentativa de interferência no eixo do sistema renina-angiotensina-aldosterona com inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA)[2, 3], mas com a espironolactona (antagonista da aldosterona). Também foi utilizada indometacina como inibidor das ciclooxigenases e da na síntese das prostaglandinas[18]. Devido à desnutrição grave foi instituída a recuperação nutricional feita com fórmula enteral rica em hidrolisados protéicos.

Depois de iniciada a terapêutica, paciente evoluiu com níveis normais de potássio, melhora considerável do quadro clínico inicial. Em 20 dias de tratamento, paciente teve ganho ponderal de 900 gramas, equivalente a 25,7% do seu peso na admissão, tornou-se mais ativo e houve melhora importante do DNPM.

CONCLUSÕES

A Síndrome de Bartter é uma entidade rara; por isso, pouco consta entre os diagnósticos diferenciais. É importante a investigação desta entidade clínica nos casos de hipocalemia, alcalose metabólica e hipotensão arterial persistentes. O diagnóstico precoce da Síndrome de Bartter, apresenta notável relevância, tendo em vista o impacto favorável na evolução clínica dos seus portadores.

ABSTRACT

Bartter's syndrome is characterized by electrolytic and metabolic disorders, mainly hypokalemia, metabolic alkalosis, hyperreninemia, hyperaldosteronism, increased renal synthesis of prostaglandins, and hyperplasia of

the juxtaglomerular apparatus. It is generally diagnosed early in childhood, and there is no apparent sexual and racial predilection. Clinically it is characterized by delay of growth, muscular weakness, cramps, low to normal blood pressure, decreased vascular sensitivity to the pressor action of angiotensin II. We report a case of Bartter's and emphasize the importance of investigation of this clinical entity in the cases of persistent hipokalemia, metabolic alkalosis and arterial hypotension.

Key words: Bartter's syndrome; Hypokalemia; Metabolic alkalosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Bartter FC, Pronove P, Gill Jr JR, Maccardle RC. Hyperplasia of the juxtaglomerular complex with hyperaldosteronism and hypokalemic alkalosis. A new syndrome. Am J Med. 1962; 33: 811-28.

2 - Rudin A. Bartter's syndrome. A review of 28 patients followed for 10 years. Acta Med Scand. 1988; 224: 165-71.

3 - Ferreira SRG, Kater CE. Comparative study of two tests of renal diluting ability in Bartter's syndrome. Brazilian J Med Biol Res. 1994; 27: 1181-91.

4 - Colussi G, Rombolà G, Verde G, Airaghi C, Loli P, Minetti L. Distal nephron function in Bartter's syndrome: abnormal conductance to cloride in the cortical collecting tubule? Am J Nephrol. 1992; 12: 229-39.

5 - Calò L, D'angelo A, Cantaro S, Rizzolo M, Favaro S, Antonello A et al. Intracellular calcium signalling and vascular reactivity in Bartter's syndrome. Nephron. 1996; 72: 570-3.

6 - Dunn MJ. Prostaglandins and Bartter's syndrome. Kidney Int 1981; 9: 6-102.

7 - Coutinho NP, Oliveira JMF, Caldas MLR, Ruch TEA, Mizrahi LD. Síndrome de Bartter. Relato de um caso e fisiopatologia atual. Arq Bras Med. 1985; 59:141-4.

8 - Amin AB, Abrão NJ, Gerheim LMD, Miranda FMS. Síndrome de Bartter - Apresentação do caso. Jornal de Pediatria. 1990; 66: 274-7.

9 - Yamaguchi H, Kaku H, Onodera T-A, Kurokawa R, Morisada M. Experimental study on the hyperplasia of juxtaglomerular cells under low-dose, long-term administration of calcium chelating agents. Similar to the morphological manifestation of Bartter's syndrome. Exp Toxic Pathol 1994; 46: 237-41.

10 - Clive DM. Bartter's syndrome: the unsolved puzzle. Am J Kidney Dis.1995; 25: 813-23.

11 - Bricks LF, Campana FJ, Okay Y. Síndrome de Bartter - Relato de caso. Pediat (São Paulo) 1988; 10:84-5.

12 - Crowe P, Ahmad A, O'Bryne K, Cullen MJ. Bartter's syndrome in two generations of an Irish family. Postgrad Med J. 1993; 69: 791-6.

13 - World Health Organization. Phisycal status: the use and interpretation of Anthropometry. Geneva; 1995.

14 - Wang CW, Simpson IJ. Hypokalemia with nephrocalcinosis: a variant of Bartter's syndrome. Aust N Z J Med 1989; 19:58-60.

15 - Horton R, Zipser R, Fichman M. Prostaglandinas, função renal e regulação vascular. Simpósio sobre prostaglandinas. In: Robertson RP (ed). Clínicas Médicas da América do Norte. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Ltda; 1981. p. 893-917.

16 - Chesney RW. Specific renal tubular disorders. In: Bennett JC, Plum F (eds). Cecil Textbook of Medicine. 20.ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996. p. 598

17 - Craig JC, Falk MC. Indomethacin for renal impairment in neonatal Bartter's syndrome. Lancet 1996; 347:550.

18 - Matsumoto J, Han BK, De Rovetto CR, Welch TR. Hypercalciuric Bartter Syndrome: resolution of nephrocalcinosis with indomethacin. AJR 1989; 152:1251-3.

Recebido em: 08/09/2008
Aprovado em: 10/10/2008
Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de interesses: nenhum

Endereço para correspondência:
Érika Bastos Lima
Rua Amarilio Cartaxo, 440 - Praia do Futuro
CEP- 60181-550 Fortaleza - Ceará
Email: eblima8@yahoo.com

REV. MED. RES.

VOL. 10 - Nº 4:168 OUT/DEZ 2008

LOBECTOMIA ESQUERDA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CAROLI. RELATO DE CASO

Left lobectomy in the treatment of Caroli's disease: a case report

Jorge Wolmer Chamon do Carmo[1]
Calipson Tadeu Nogueira da Gama[2]
Mozart Rosa Abelha[3]
Adorísio Bonadiman[4]

Carmo JWC, Gama CTN, Abelha MR, Bonadiman A. Lobectomia esquerda no tratamento da Doença de Caroli. Relato de caso. Rev Med Res 2008;10(4)168-171.

RESUMO

A Doença de Caroli (DC) é congênita, frequentemente encontrada com doença renal policistica autossômica recessiva, caracterizada por dilatações císticas ou saculares dos ductos intra-hepáticos. Existem dois tipos: o simples e aquele em que se encontra fibrose periportal. No tipo simples, as complicações mais comuns são colangite recorrente, abscesso hepático, litíase intraductal e febre que pode levar à morte por sepse. A litíase, quando presente, é devida à estase. A forma de fibrose periportal evolui com hipertensão portal e varizes de esôfago. Existe também a possibilidade de transformação maligna –colangiocarcinoma. Por essa razão justificam-se as operações de ressecção dos segmentos comprometidos e, até mesmo, o transplante hepático em caso de doença difusa, ao invés de tratamento clínico ou procedimentos cirúrgicos conservadores como as derivações. Os autores relatam um caso de DC tratada com lobectomia esquerda.

Descritores: Doença de Caroli; Colangite; Dor abdominal.

INTRODUÇÃO

A doença de Caroli (DC) é secundária à malformação congênita comprometendo aos ductos intra-hepáticos, representada por dilatações difusas ou segmentares dos ductos biliares[1-10]. É uma entidade rara (cerca de 150 casos descritos na literatura)[4], frequentemente encontrada com doença renal policistica autossômica recessiva[1,5]. Foi descrita pela primeira vez em 1958 por Caroli e Couihoud, mas ficou conhecida como doença de Caroli[10].

As dilatações císticas não são obstrutivas e sua etiologia é mal definida[3]. Todani a incluiu em sua classificação de cistos dos ductos biliares como o tipo V[4]. Ela pode estar ou não associada à fibrose cística hepática congênita[1]. A evolução clínica é caracterizada por episódios de colangite - responsável por internações hospitalares freqüentes -, perda da qualidade de vida, e diminuição da capacidade produtiva. A evolução para o óbito, quando ocorre, é devida à infecção[2,4,10]. A litíase intraductal é outra complicação da doença[11].

Na síndrome de Caroli a clínica é similar à DC. Caracteriza-se por colangites repetidas devido à estase, litíase intra-hepática, cálculo da vesícula biliar e sintomas associados à fibrose hepática como hipertensão portal e diminuição da reserva hepática funcional[1,7]. Ela pode ou não estar associada à fibrose hepática congênita[1]. A evolução para colangio-carcinoma, se acontece, é uma complicação tardia[1,6,7,11,12].

A doença pode ter comportamento clínico silencioso e, por esta razão, o diagnóstico torna-se difícil[13]. Na criança o principal sintoma é a icterícia; no adulto, a dor abdominal[14]. O diagnóstico da DC é feito devido ao aparecimento de sinais e sintomas de disfunção hepática e através de estudos de imagem - ultra-sonografia, tomografia, colangiografia retrógrada, colangiografia percutânea e ressonância magnética[15]. A colangiorressonância magnética com o estudo dinâmico contrastado é um excelente método. A colangiografia retrógrada deve ser reservada para os

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DA ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DO ESPÍRITO SANTO – VITÓRIA - ES

1- Professor de Técnica Operatória no Centro de Ciências da Saúde da UFES e Mestre em Cirurgia Geral pela UFMG
2 - Professor de Clinica Médica no Centro de Ciências da Saúde da UFES
3 - Cirurgião Geral do Hospital da Associação dos Funcionários Públicos do Espírito Santo
4 - Médico, recém-formado pelo Centro de Ciências da Saúde da UFES

casos de dúvidas[16].

A drenagem do ducto biliar - endoscópica, percutânea ou cirúrgica -, é paliativa e de resultado ruim[2]. Em caso de doença localizada em um lobo ou segmento, o tratamento de escolha é a ressecção devido à possibilidade de malignização[11,13,18]; se for difusa, o transplante hepático ortotópico é a opção para a cura[2].

RELATO DO CASO

JR, 39 anos, masculino, procurou o serviço de urgência com queixas de dor no epigástrio, febre e calafrios, iniciados há cerca de doze horas. História patológica pregressa de episódios epigastralgia, febre e calafrios desde a infância. O hemograma mostrou leucocitose e desvio para a esquerda. Foi medicado – antiespasmódico e antitérmico – e internado devido à persistência do quadro clínico.

Submetido a exames de imagem com os seguintes resultados: A ultra-sonografia - dilatação da árvore biliar intra-hepática em lobo esquerdo; tomografia - áreas hipodensas distribuídas em topografia de vias biliares periportal, compatíveis com cálculos, envolvendo os segmentos II, III e IV (Fig. 1); ressonância magnética - dilatações saculares das vias biliares intra-hepática em lobo esquerdo onde se notam múltiplas imagens com hipossinal nas diversas seqüências sugerindo calcificações, compatíveis com DC (Fig. 2) - e colangiografia retrógrada - dilatação da árvore biliar e litíase intra-hepática em lobo esquerdo (Fig. 3).

FIGURA 1 – Áreas hipodensas em topografia da via biliar intra-hepática periportal compatíveis com calculose (setas).

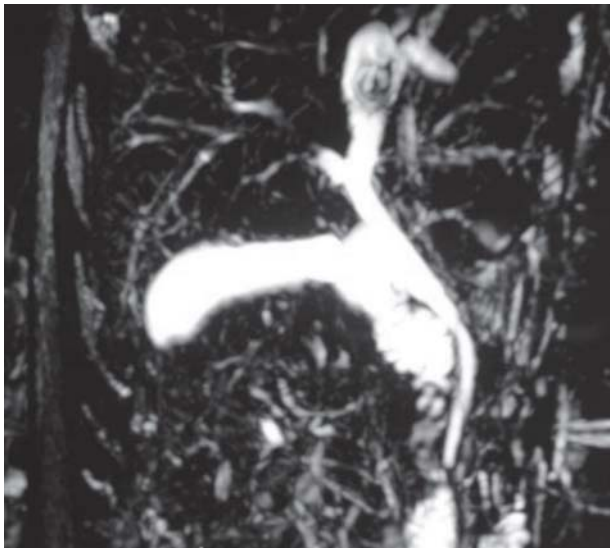


FIGURA 2 – Dilatação da via biliar em lobo esquerdo.

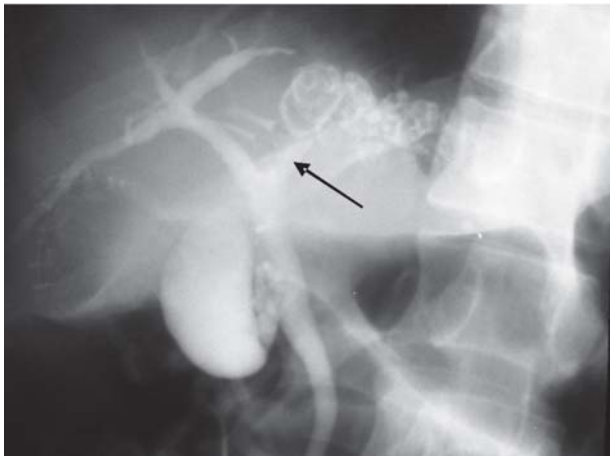


FIGURA 3 – Dilatações da via biliar intra-hepática em lobo esquerdo e falhas de enchimento compatíveis com litíase intra-hepática. A seta mostra um segmento do ducto hepático esquerdo normal.

Estabelecido o diagnóstico de DC com litíase intra-hepática, se propôs a operação – ressecção de lobo esquerdo do fígado.

Após a ressecção abriu-se a peça e encontraram-se cálculos e dilatações saculares das vias biliares (fig. 4).

O estudo histopatológico mostrou fibrose biliar e colangite crônica. Não havia cirrose ou evidências de colangiocarcinoma. O pós-operatório foi sem intercorrência; a alta hospitalar foi no décimo dia.

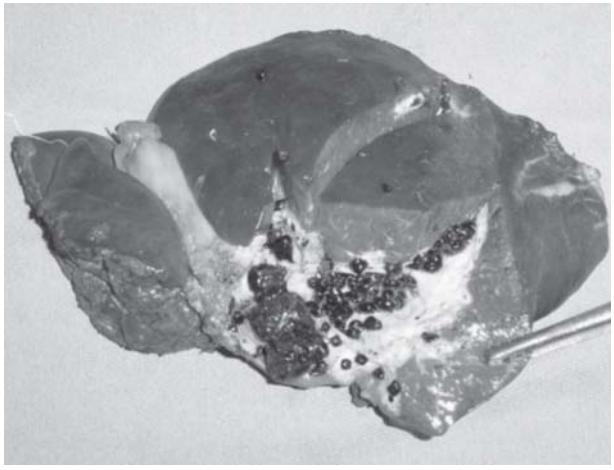


FIGURA 4 – Lobo esquerdo – segmento lateral aberto. Cálculos e dilatações das vias biliares intra-hepática.

DISCUSSÃO

A história patológica pregressa desse paciente era compatível com a DC desde a infância com sinais e sintomas já descritos - dor abdominal, febre com calafrios e hospitalizações repetidas[2,4,10]. A doença geralmente compromete todo o fígado, mas pode se localizar em um lobo ou segmento[3]; nesse caso, o lobo esquerdo.

Utilizou-se dos métodos de imagem para o diagnóstico conforme citado[15]. A ultra-sonografia, a tomografia e a colangiorressonância magnética deram informações compatíveis com DC. A colangiografia retrograda, indicada para confirmar o diagnóstico nos casos duvidosos[3,16], nesse foi para ilustração acadêmica.

Para a DC não existe cura[19]. O tratamento clínico e as medidas cirúrgicas conservadoras são condutas polêmicas porque a causa dos sintomas persiste[6] além do que, no longo prazo existe a possibilidade de transformação maligna - colangiocarcinoma[1,5,6,11,12]. A ressecção parcial tem morbidade aceitável e é praticamente sem mortalidade em casos de doença localizada; quando difusa, o transplante hepático proporciona bons resultados[6].

A cirurgia e o pós-operatório nesse caso foram sem intercorrências; a alta hospitalar foi no décimo dia. O paciente atualmente encontra-se bem e reintegrado ao seu trabalho.

SUMMARY

Caroli's disease is congenital and is commonly found together with autosomal recessive polycystic kidney disease. It is characterized by cystic or saccular dilatation of the intrahepatic bile ducts. Two entities have been described: the single one and the one characterized by periportal fibrosis. The most common complication related to the former is the recurrent cholangitis, liver abscess, intraductal lithiasis, abdominal pain, and fever that may often lead to fatal sepsis. The development of lithiasis is due to biliary stasis. The periportal fibrosis leads to portal hypertension and esophageal varices. There is also the possibility to develop cholangiocellular carcinoma. For this reason the resection of the involved segment or even liver transplantation in cases of diffuse disease is more effective than clinical treatment or minor operation. The authors report a case of Caroli's disease treated by left lobe hepatic resection.

Key words: Caroli's disease; Cholangitis; Abdominal pain.

REFERÊNCIAS

1 - Dhumeaux D. Congenital cystic diseases of the intra and extrahepatic bile ducts. Gastroenterol Clin Biol 2005; 29(8-9): 878-82.

2 - Waechter FL, Sampaio JA, Pinto RD, Alvares-da-Silva MR, Cardoso FG, Francisconi C et al. The role of liver transplantation in patients with Caroli's disease. Hepatogastroenterology 2001;48(39):672-4.

3 - de Tommaso AM, Santos DS, Hessel G. Caroli's disease: 6 cases studies. Acta Gastroenterol Latinoam 2003;33(1):47-51.

4 - Madjov R, Chervenkov P, Madjova V, Balev B. Caroli's disease. Report of 5 cases and review of literature. Hepatogastroenterology 2005;52(62):606-9.

5 - Kim JT, Hur YJ, Park JM, Kim MJ, Park YN, Lee JS. Caroli's syndrome with autosomal recessive policystic kidney disease in a two month old infant. Yonsei Med J 2006;47(1):131-4.

6 - Bockhom M, Malago M, Lang H, Nadalin S, Paul A, Saner F, Frilling A, et al. The role of surgery in Caroli's disease. J Am Coll Surg 2006;202(6):928-32.

7 - Gupta AK, Gupta A, Bhardwaj VK, Maya C. Caroli's disease, J pediatr 2006;73(3):233-5.

8 - Kaiser JA, Mall JC, Salmen BJ, Parker JJ. Diagnosis of Caroli's disease by computed tomography: report of two cases. Radiology 1979;132:661-4.

9 - Caroli J, Couihaud C. Une affectionnouvelle, sans doute congenitale, des vois biliares: la dilatation kystique unilobaire des canaux hpatiques. Sem Hop Paris 1958;14:496-502.

10 - Nagasue N. Successful treatment of Caroli's disease by hepatic resection. Report of six patients. Ann Surg 1984;200(6):718-23.

11 - Bismuth H, Krissat J. Choledochal cystic malignancies. Ann Oncol 1999;10:94-8.
12 - Faria G, de Aretxabala X, Sierralta A, Flores P, Burgos L. Primary cholangiocarcinoma associated with Caroli's disease. Rev Med Chil 2001;129(12):1433-8.
13 - Versaci A, Macri A, Scuderi G, Certo A, Bottari A, Pante S, et al. Caroli's diseasse: literature review and characteristics of a clinical case. G Chir 2005;26(5):195-200.
14 - de Vries JS, de Vries S, Aronson DC, Bosman DK, Rauws EA, Heij HA, et al. Choledochal Cysts: age of presesentation, symptoms, and late complications related to Todani's classification. J Pediatr Surg 2002;37(11):1568-73.
15 - Lavy AD, Rohrmann JR CA, Murakat LA, Lonergan GJ. Caroli's disease: Radiological spectrum with pathologic correlation. Am J Roentgenol 2002;179:1053-7.
16 - Guy F, Cognet F, Dranssart M, Cercueil JP, Conciatori L, Krause D. Caroli's disease: magnetic resonance imaging features. Eur Radiol 2002;12(11):2730-6.
17 - Dicasillati R, Cantaluppi G, Mezzetti M. Caroli's disease. A case report. Minerva Chir 2002;57(1):81-5.
18 - Reymond MJ, Herguet C, Danan C. Partial hepatectomy in the treatment of Caroli's disease. Diag Dis Sci1984;29:310-67.
19 - Ros E, Navarros, Bru C, Crilbert R, Bianchi L, Bruguera M. Ursodeoxycholic acid treatment of primary hepatolithiasis in Caroli syndrome. Lancet 1993; 342:404-6.

Recebido em: 21/07/2008
Aprovado em: 21/08/2008
Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de interesse: nenhum

Endereço para correspondência:
Jorge Wolmer Chamon do Carmo
Rua Ângelo Rípoli, 88 - Fradinhos
29042-350 – Vitória – ES
Tels.: (27) 3222-4772 / (27) 3324-9410
E-mail: jwchamon@yahoo.com.br

Sede do Conselho Regional de Medicina do Paraná (A Casa do Médico)
Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre - Curitiba - PR

REV. MED. RES.

VOL. 10 - Nº 4:175 OUT/DEZ 2008

CISTOSSARCOMA FILODES MALIGNO - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Malignant Cystossarcoma Phyllodes - Literature Review and Case Report

João Carlos Simões [1]
Marina Rodi Carvalho Barros [2]
Michélle Christhine Diniz [2]

Simões JC, Barros MRC, Diniz MC. Cistossarcoma Filodes Maligno - Revisão de literatura e relato de caso. Rev Med Res 2008;10(4)172176.

RESUMO

O cistossarcoma filodes é um tumor raro de mama que foi descrito por Johannes Muller em 1838. Representa menos de 1% das neoplasias de mama e geralmente tem caráter benigno, mas ocasionalmente pode ter comportamento maligno. Seu principal diagnóstico diferencial é o fibroadenoma gigante. A recorrência local é relativamente comum e a sua forma maligna pode causar metástases, principalmente para os pulmões. A cirurgia é a principal forma de tratamento. O presente trabalho é uma revisão da literatura e relato de um caso de uma paciente portadora de cistossarcoma filodes maligno. DMRM, 53 anos, chegou na primeira consulta com volumosa massa em mama direita. Uma biópsia incisional firmou o diagnóstico de tumor filodes maligno. Após quimioterapia sistêmica neo-adjuvante (primária) com doxorubicina, foi realizada mastectomia total e reconstrução concomitante com retalho miocutâneo do grande dorsal sem uso de prótese. A paciente está em proservação oncológica há dois anos sem recidivas ou metástases e o resultado estético da cirurgia foi considerado satisfatório. A literatura tem poucas referências sobre a forma maligna deste tipo de tumor e os resultado do tratamento e prognóstico são limitados. A reconstrução da mama após mastectomias é uma conduta importante e benéfica para a paciente, não interferindo no seguimento da doença. Uma das opções é o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal, neste caso não necessitando o uso de prótese.

Descritores: Tumor filodes; Reconstrução de mama; Neoplasia da mama.

INTRODUÇÃO

O cistossarcoma filodes é um tipo extremamente raro de tumor de mama, originado do estroma intralobular. Descrito pela primeira vez por Johannes Muller em 1838, foi assim chamado por apresentar conteúdo cístico (*cysto*), com projeções papilares semelhantes a folhas (*phyllodes*), associado a um aspecto carnoso (sarcoma).[1] Devido a sua raridade sabe-se pouco sobre os aspectos epidemiológicos dessa doença. Segundo Bernstein et al. há uma estimativa de que ele ocorra em 2,1 para cada um milhão de mulheres no mundo[2].

Apesar de, na maioria das vezes ser um tumor benigno, o número de casos de tumor filodes maligno tem aumentado recentemente. Este tumor representa menos de 1% das neoplasias de mama e embora a maioria surja na quinta e sexta década, porém há relatos de casos na puberdade e adolescência. Aparentemente não está relacionado à raça e é um tumor que muito raramente acomete pacientes do sexo masculino.

O tumor filodes constitui a neoplasia não-epitelial mais comum da mama. É um tumor relativamente grande, medindo geralmente mais de 5cm. Já foram descritos tumores de mais de 30cm.

A apresentação clínica da doença é a de um tumor tipicamente móvel, bem delimitado e com superfície lisa que raramente envolve a área do mamilo. Curiosamente o tumor filodes acomete mais a mama esquerda que a direita. A massa vista no exame físico geralmente é de grande extensão e o paciente relata um crescimento rápido e indolor. Os pequenos tumores são semelhantes aos fibroadenomas, já os tumores mais volumosos podem provocar distensão da pele e até ulceração. O tamanho dos tumores variam de 2 a 40cm[1,2].

O procedimento diagnóstico mais fidedigno para este tipo de tumor é a biópsia para avaliação histológica da lesão, sendo que a PAAF (punção aspirativa por agulha fina), geralmente utilizada em

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA - HUEC

1- Professor Titular da Disciplina Oncologia da Faculdade Evangélica do Paraná.

2- Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná .

VOL. 10 - Nº 4:176 OUT/DEZ 2008
REV. MED. RES.

outros tipos de tumores de mama, não é recomendada por não oferecer detalhes citológicos suficientes neste tipo de tumor. Há também uma certa dificuldade em predizer sua malignidade apenas através da sua manifestação clínica [3]. Todos os cistossarcomas filodes contêm um componente histológico do estroma que pode ter variação significativa de um tumor para outro. Não há marcadores bioquímicos específicos que possa ser usado no diagnóstico deste tipo de tumor.

O principal diagnóstico diferencial do tumor filodes é o fibroadenoma, principalmente a sua forma gigante, o tipo de neoplasia de mama mais comum e de proporções igualmente grandes.

O cistossarcoma filodes é um tumor tipicamente benigno e a atual incidência de malignização é desconhecida. É um tumor que raramente dissemina-se para outras áreas, mas, após a remoção cirúrgica, ele tende a recidivar localmente. No entanto, sabe-se que o tumor recorrente sempre é mais agressivo que o tumor original, e que não há cura para metástases sistêmicas desse tipo de tumor malignizado. Além disso, os sintomas das metástases podem aparecer até 12 anos após a descoberta do tumor; estas ocorrem em apenas 5% dos casos, quase sempre por via hematogênica e os órgãos preferenciais são pulmão, pleura, ossos e fígado, raramente compromete linfonodos regionais[1]. Constatou-se que a maioria dos pacientes com metástases morre após 3 anos de iniciado o tratamento.

A principal forma de tratamento é a ressecção cirúrgica do tumor[2,4] e de uma ampla margem de tecido normal circunvizinho (excisão ampla). Quando o tumor é grande em relação à mama, uma mastectomia simples ou radical pode ser realizada[4].

Para ilustrar esta revisão de literatura apresentamos o relato de um caso de uma paciente portadora do cistossarcoma filodes maligno e seu tratamento.

RELATO DO CASO

Caso: D.M.R.M., 53 anos, feminina, branca, casada. Em sua primeira consulta apresentava massa volumosa em mama direita de crescimento rápido, dolorosa, hiperemiada, com vasos salientes e com ulceração e sangramento em quadrantes superiores. A palpação o tumor media aproximadamente 15cm. A **Figura 1** mostra as características do tumor no pré-operatório.

FIGURA 1 - Pré-operatório após quimioterapia neoadjuvante, mostrando um grande tumor da mama com áreas ulceradas.

A paciente apresentava história familiar de câncer de mama. Sua irmã apresentou câncer na pré-menopausa, aos 43 anos, porém não sabe especificar o tipo histológico do tumor. Foi submetida a tratamento quimioterápico e cirúrgico e veio a falecer após dois anos e meio da descoberta da doença.

A paciente foi submetida à PAAF que mostrou apenas fundo hemorrágico e agregados de células gordurosas, ausência de células ductais e esfregaços parvicelulares. Para melhor esclarecimento do tipo histológico do tumor foi realizada uma biópsia incisional que revelou presença de proliferação sarcomatosa de células atípicas com 8 mitoses por 10 campos de grande aumento, evidente pleomorfismo nuclear com multinucleação, sugestivo de Tumor Fsilodes Maligno.

Devido às dimensões do tumor, a paciente foi encaminhada para quimioterapia neoadjuvante com intuito de citoredução com protocolo de doxorrubicina 60 mg/m² a cada 3 semanas associado à radioterapia. Após 3 sessões de quimioterapia neoadjuvante obteve resposta parcial maior que 50%. Realizou-se mastectomia simples e reconstrução da mama com rotação de um retalho miocutâneo do Grande Dorsal.

O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. O resultado da peça operatória demonstrou presença de neoplasia sarcomatosa composta pela proliferação de células atípicas, multinucleação e intenso pleomorfismo e hipercromia nuclear, com 9 mitoses por 10 campos de grande aumento e mitoses atípicas. Compatível com Tumor Filodes Maligno de Mama (**Figuras 2 e 3)**.

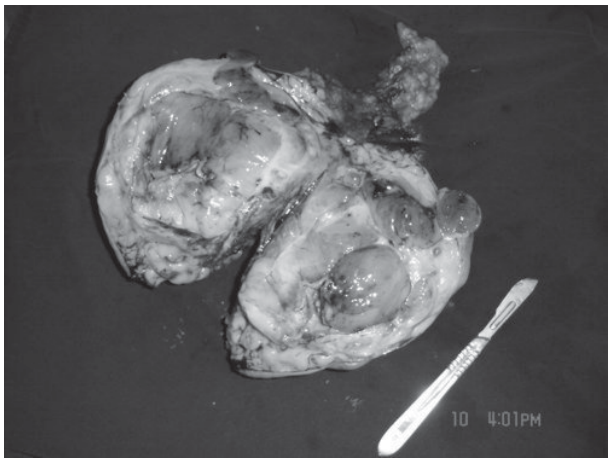


FIGURA 2 - Aspecto macroscópico da peça operatória aberta, evidenciando tumor nodular lobulado irregular, medindo 15 X 11 cm, com áreas de necrose e hemorragia de permeio.

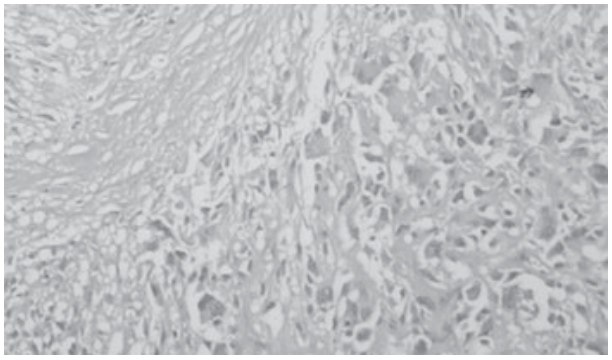


FIGURA 3 - Estudo histológico da peça de mastectomia direita. Microfotografia compatível com tumor Filodes Maligno de mama. (Coloração Hematoxilina-Eosina. 40X)

A paciente encontra-se em proservação oncológica há 2 anos sem recidiva ou metástases. O resultado estético foi considerado bom pela paciente como mostra a **Figura 4**.

FIGURA 4 - Resultado estético da reconstrução mamária, com retalho miocutâneo do músculo Grande Dorsal, sem prótese, após 30 dias da cirurgia.

DISCUSSÃO

Apesar de ter recebido a denominação de cistossarcoma filodes em 1838, essa nomenclatura é incorreta, pois este tumor nem sempre esta associado à formação de cistos, e na maioria dos casos não possui características clínicas de sarcoma[5,6]. O termo mais bem empregado seria Tumor Filodes.

Pela sua raridade, o tumor filodes maligno não tem protocolo para o seu acompanhamento, portanto ainda permanecem dúvidas diagnósticas e de tratamento. O diagnóstico requer inicialmente uma suspeita clínica, sendo que o tumor solitário é a sua principal forma de apresentação[2]. Este tumor consiste em nódulo mamário grande e/ou de crescimento rápido, sendo a dor e a ulceração características incomuns[6]. A ulceração, quando ocorre, é geralmente por distensão exagerada da pele e não por infiltração neoplásica[1] e o acometimento de pele ocorre por comprometimento vascular em vista do seu rápido crescimento. Segundo CHEIN et al o tumor filódes predomina em mama direita.

Os exames complementares que podemos dispor inicialmente são: mamografia, que geralmente descreve a presença de um nódulo semelhante a um fibroadenoma, redondo ou oval, com margens lisas e lobuladas, que pode deslocar o tecido mamário normal; raramente essas margens podem ser irregulares sugerindo invasão local[2,5,6]; a ultrassonografia auxilia no diagnóstico quando demonstra características de um tumor grande e bem delimitado, podendo ocorrer cistos de conteúdo líquido em uma massa sólida[2,5,6]. Porém, não se pode determinar o padrão de malignidade somente pelos achados mamográficos e ultrassonográficos, sendo necessária uma biópsia excisional ou incisional para confirmação histopatológica. A PAAF não demonstra as características histológicas necessárias para a confirmação.

Classicamente, esse tumor é classificado em benigno, *borderline* ou maligno, através de critérios histopatológicos. Isso somente é possível pela biópsia da lesão. Ainda não há um consenso sobre a relevância dos diferentes critérios histopatológicos para diferenciação de tumores benignos e malignos, porém, atualmente os critérios mais utilizados são: tamanho tumoral, atipias, atividade mitótica (5 mitoses para 10 campos de grande aumento), necrose tumoral, proliferação estromal, margem tumoral, pleomorfismo e índice de proliferação[1,2,5,7,8,9,10]. De acordo com o

Armed Forces Institute of Pathology, a classificação do tumor filódes depende de alguns fatores como: atipia celular, atividade mitótica, crescimento e celularidade estromal e características das margens[10]. A presença de calcificações na mamografia e no estudo anátomo-patológico não tem significado estatístico para diferenciar tumores benignos de malignos[2]. Ainda há outros autores que definem a malignidade do tumor conforme a presença de doença metastática ou recorrência local, porém não é muito fidedigno, pois o curso clínico da doença nem sempre está relacionado ao diagnóstico histopatológico da lesão, tendo sido demonstrados casos de recorrência e metástases em tumores cujo laudo indicava lesão benigna[8].

À microscopia o tumor filodes apresenta cavidades císticas com formações polipóides e substância gelatinosa. Apesar de semelhante ao fibroadenoma estudos mostram diferenças significativas ao nível da junção epitélio estromal, na membrana basal e nas células mioepiteliais[10]. Tanto em um quanto no outro, porém existem elementos epiteliais mesenquimais, apesar de no tumor filodes haver maior celularidade, sendo esta a característica mais importante deste tumor. A celularidade é de aspecto pleomórfico, variando de características benignas a malignas.

O tumor filodes apresenta um "Label Index" (LI) aumentado, que o difere do fibroadenoma e que parece ter relação com o grau de malignidade da doença. Um "LI" aumentado indica comportamento agressivo da neoplasia[10]. O grau de diferenciação tumoral também é um importante preditor de metátases, sendo menos relevante para recorrências locais[6]. No entanto, apesar de todos esses estudos ainda não há nenhuma característica inteiramente confiável e clara que possa distinguir um tumor benigno de um maligno.

O envolvimento de linfonodos axiliares e metástases à distância são raros, predominando assim a recidiva local. As metástases geralmente são por via hematogênica e principalmente para os pulmões[1,6,12].

Receptores de estrogênio e progesterona foram descritos no tumor filodes podendo ser responsabilizados pela grande velocidade de crescimento do tumor durante a gestação[7].

Devido à sua natureza biológica imprevisível, as opções para o manejo deste tumor são controversas, mas a principal forma de tratamento que vem sendo utilizada é a cirurgia para ressecção da lesão[12,13]. Foram descritos os seguintes manejos: excisão ampla da lesão, mastectomia simples, mastectomia radical modificada (Patey) e mastectomia total sem esvaziamento ganglionar[10].

Estudos demonstram que os pacientes tratados primariamente com a mastectomia apresentam uma menor taxa de recorrência local em relação àqueles cujo tratamento foi feito com excisão ampla da lesão[9,10].

Em relação ao tratamento da doença sistêmica a conduta é controversa, sendo que alguns autores obtiveram sucesso com radioterapia e quimioterapia no controle de casos sintomáticos[2,7,10], e outros classificaram este tumor como sendo quimio e radioresistente[5]. A hormonioterapia pode ser considerada uma opção nos tumores receptores positivo para estrogênio e progesterona[2].

A dissecção linfonodal axilar está indicada apenas nas pacientes que apresentarem suspeita clínica de acometimento axilar, pois a metástase linfonodal é muito rara[13].

Hoje em dia há uma preocupação e intenção de manter a imagem corporal de pacientes submetidas a mastectomia e isto se reflete no aprimoramento de técnicas de reconstrução mamária. Estudos sugerem que a biologia do câncer de mama não é alterada pela reconstrução imediata e que esta não compromete o adequado tratamento da doença ("oncologicamente segura"). Além de não aumentar o índice de recidiva local e não interferir na detecção de recorrência local, a reconstrução simultânea traz benefícios psicológicos à paciente, pois preserva sua imagem corporal. E ainda, a presença de cicatrizes disformes e fibrose local dificultam a reconstrução tardia.

As técnicas de reparação mais utilizadas são: retalho miocutâneo do músculo grande dorsal (utilizada no caso acima relatado), retalho miocutâneo transverso do músculo retoabdominal (TRAM) monopediculado, retalhos locais, retalhos com suporte microcirúrgico, TRAM bipediculado, expansores e próteses[10].

CONCLUSÃO

Concluímos através dessa revisão de literatura que há uma grande dificuldade diagnóstica desse tipo de tumor, principalmente quando nos deparamos com a sua forma maligna. Além disso, a terapêutica definitiva também é prejudicada pela falta de estudos que indiquem um protocolo de conduta para esses casos. Assim, a conduta cirúrgica radical não vai depender apenas dos achados clínicos e

anatomopatológicos e cada caso será visto maneira individualizada, sempre discutindo com a paciente a possibilidade de reconstrução mamária.

Quanto à reconstrução imediata da mama, podemos concluir que esta é sobremaneira benéfica e fundamental para o sucesso do tratamento, pois ofereceu uma maior satisfação para a paciente com um resultado menos mutilante e ainda com a promoção da cura.

ABSTRACT

Phyllodes tumor is a rare breast tumor described by Johannes Muller in 1838. It represents less than 1% of all breast tumors and usually is benign, but sometimes it has malignant behavior. The principal differential diagnosis is the giant fibroadenoma. Local recurrence is commom and the malignant form can cause pulmonary metastasis. Surgery is the treatment of choice. This study is a literature review and a case report about a patient with malignant cistossarcoma phyllodes. DMRM, 53 years-old, came to the first medical consultation with a large mass in the right breast. Diagnosis of malignant cistossarcoma phyllodes was made by incisional biopsy. A total mastectomy was performed with immediate breast reconstruction by miocutaneous latissumus dorsi flap without a prostesis. The pacient is in follow up for two years without local recurrences or metastasis. The esthetics results of surgery were good. The literature review was poor in respect of the malignant form of this tumor and the results about treatment and prognosis were also poor. The immediate breast reconstruction after mastectomy is beneficial for the patient and it does not interfere in the follow up of this disease. One of the options is with the latissimus dorsi myocutaneos flap, in this case without a prosthesis.

Key words: Phyllodes tumor; Mammaplasty; Breast neoplasm.

REFERÊNCIA

1 - Chein MBC, Carmo PAO, Brito LMO, Silva RA. Tumor *Phyllodes* Maligno: Estudo Clínico de 24 Casos. Rev Bras Ginec Obstet 1995 abr.;17(3):323-32.

2 - Bernstein L, Deapen D, Ross RK. The Descriptive Epidemiology of Malignant Cystossarcoma Phyllodes Tumor of The Breast. American Cancer Society 1993 May; 71(10):3020-4.

3 - Muradi TM, Hines JR, Beal J, Bauer K. Histopathological and Clinical Correlations of Cystossarcoma Phyllodes. Arch Pathol Lab Med 1988 Jul.; 112: 752-55.

4 - Silva CS, Borges AS, Scandiuzzi D, Murta EFC. Tumor Filóide Maligno: Relato de Casos e Atualização. Rev Bras Mastol 2002; 12(3):33-6.

5 - Xavier NL, Alves NJR, Sigaran SV, Silveira ST. Cistossarcoma *Phyllodes:* Análise de 28 Casos. Rev AMRIGS 1990 out./nov.; 34(4):211-14.

6 - Reinfuss M, Mitsui J, Duda K, Stelmach A, Rys J, Smolak K. The Treatment and Prognosis of Patients with Phyllodes Tumor of The Breast: An Analysis of 170 Cases. American Cancer Society 1996; 77(5):910-6.

7 - Gebrin LH, Bernardes Junior JRM, Nazario ACP, Kemp C, Lima GR. Malingnant Phyllodes Tumor in the Right Breast and Invasive Lobular Carcinoma within Fibroadenoma in the other: Case Report. São Paulo Med J/Rev Paul Med 2000; 118(2):46-8.

8 - Liberman L, Bonaccio E, Hamele-Bena B, Abramson AB, Cohen MA, Dershaw DD. Benign and Malignant Phyllodes Tumor: Mammographic and Sonographic Findings. Radiology 1996; 198:121-4.

9 - Fontes PRO, Nectoux M, Guedes E, Tefilli M, Colltro E, Chem RC. Cistossarcoma *Phyllodes* Recidivado – Importância da Radicalidade Local: Relato de Caso. Rev Pesquisa Médica, 1993, 27(2):17-21.

10 - Palmer et al. Treatment and Recurrence Potencial for *Cystossarcoma Phyllodes*. Surgery Ginecology and Obstetrics 1990 Mar; 170(3):1993-6.

Recebido em: 06/11/2007
Aprovado em: 04/01/2008
Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de interesse: nenhum

Endereço para correspondência:
João Carlos Simões
Rua Nicolau José Gravina, 65
82010-020 - Curitiba -PR
Telefone: (41) 2724313
Fax: (41) 30247070
E-Mail: drjcs@uol.com.br

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

History Museum of Medicine

RECEITA MÉDICA DE 1927

Doctor's prescription in 1927

Ehrenfried Othmar Wittig[1]

Wittig EO. História da Medicina. Rev Med Res 2008;10(4):177.

RECEITA MÉDICA DE 1927

O Dr. Victor do Amaral e Silva foi fundador da Universidade do Paraná e do curso de medicina, sendo o primeiro reitor de 1912 a 1948. Foi um médico obstetra brilhante, um homem extraordinário, um idealista notável, cuja história merece ser conhecida e divulgada.

Estamos apresentando uma receita, que cremos ser das mais antigas em original do Estado, datada de 1927, com dizeres próprios da época, quando as prescrições eram quase todas manipuladas. Faz parte de um conjunto de antigas receitas doado ao museu pelo Prof. Dr. Julio Moreira, excelente historiador paranista, médico, dentista e professor da UFPR.

DESCRITORES – História da Medicina, Museu de Medicina, Receita Médica de 1927.

KEY WORDS – History of Medicine, Medicine Museum, Prescription Physician of 1927.

Receita - doação: Prof. Dr. Julio Moreira.
Dados: Receita com 18/12 cm, branca

Curityba, 29 de Agosto de 1927.

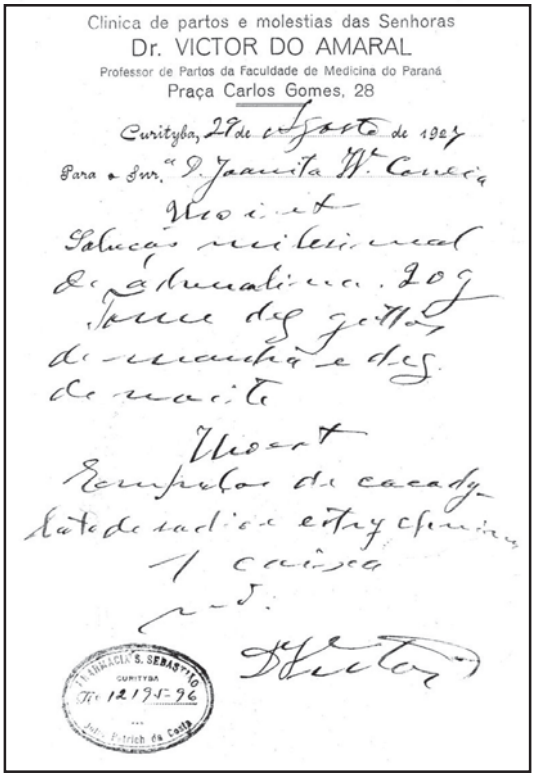
Para a Srª _____

Uso int.

Solução milesimal
de Adrenalina 20 g
Tome dez gottas
de manhã e dez de noite

Uso int.

Empolas de cacody-
lato de sódio e estrychnina
1 caixa.


Clinica de partos e molestias das Senhoras
Dr. VICTOR DO AMARAL
Professor de Partos da Faculdade de Medicina do Paraná
Praça Carlos Gomes, 28

Curityba, 29 de Agosto de 1927
Para a Snr.ª D. Joanita W. Correia
Uso int.
Solução milesimal
de adrenalina. 20 g
Tome dez gottas
de manhã e dez
de noite
Uso int.
Empolas de cacody-
lato de sodio e estrychnina
1 caixa
Pd.
D. Victor

Para doações ao museu: Secretaria da AMP - Telefone (41) 3024-1415 - Fax (41) 3242-4593
E-mail: amp@amp.org.br
Rua Cândido Xavier, 575 - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu em nosso site: www.amp.org.br

Endereço para correspondência: Ehrenfried O. Wittig - Rua Camões 1735 - Hugo Lange
80040-180 - Curitiba - PR - Brasil - Fone (41) 3252-1796

1 - Diretor do "Museu de História da Medicina", da Associação Médica do Paraná.
Prof. Adjunto de Neurologia. Curso de Medicina (apos.), Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

RECADASTRAMENTO DOS MÉDICOS PELA INTERNET E A NOVA CARTEIRA

O Conselho Federal de Medicina (CFM) deu início, em outubro do ano passado, ao recadastramento de todos os profissionais do País, que tem como objetivos promover a atualização cadastral, ter uma visão mais realística da distribuição e atividades dos médicos e também para evitar a ocorrência de fraudes, protegendo a sociedade e a classe médica contra a atuação criminosa de quem falsifica as carteiras dos médicos para praticar o exercício ilegal da profissão.

O processo atende à resolução CFM 1827/2007, que prevê a atualização obrigatória de dados dos médicos inscritos nos Conselhos Regionais de Medicina. Com a atualização dos dados cadastrais, os médicos estarão aptos a receber a nova Carteira de Identidade Médica, regulamentada pela Resolução CFM n.º 1.828/07 e impressa na Casa da Moeda do Brasil, com elementos de segurança que dificultam a falsificação.

De acordo com o terceiro vice-presidente do CFM e coordenador nacional do recadastramento, Gerson Zafalon Martins, a idéia é incentivar toda a classe médica a fazer a novo documento. "Ter as informações atualizadas de todos os médicos brasileiros e emitir uma nova identidade profissional é uma forma de protegê-los e evitar problemas, como falsificação de CRM", enfatiza Martins.

SAIBA TUDO SOBRE O RECADASTRAMENTO

Apenas as inscrições primárias deverão ser atualizadas. O primeiro passo é que os médicos preencham uma ficha, que está disponível no site http://recadastramento.cfm.org.br O sistema ficará disponível aos profissionais médicos até 11 de maio de 2010.

Os dados sobre o médico serão transferidos para os Conselhos Regionais de Medicina onde haja inscrições secundárias. O processo é ágil e permite atualizar, complementar ou incluir informações, além de dispor de mecanismos para assegurar a confidencialidade.

Após realizar o recadastramento eletrônico, o médico deverá dirigir-se à sede do Conselho de Medicina em Curitiba ou à Delegacia Regional mais próxima NO MÊS DE SEU ANIVERSÁRIO portando originais e cópias dos seguintes documentos:

- carteira de identidade (RG);
- título de eleitor;
- CPF;
- comprovante de residência (recente);
- título(s) de especialista;
- comprovante de sociedade em empresa de serviços médicos, se for o caso;
- se médico estrangeiro, apresentar, também, comprovante de legalidade de permanência no país; e
- uma fotografia recente que atenda aos critérios abaixo:
  - ser a mais recente para que garanta o perfeito reconhecimento fisionômico do portador;
  - ser colorida;
  - ter dimensão de 3x4cm;
  - apresentar fundo branco ou cinza-claro;
  - representar a visão completa da cabeça do portador, com a face centralizada, devendo ocupar mais de 50% da altura da fotografia;
  - não serão aceitas fotografias em que o portador utilize óculos, bonés, gorros, chapéus ou qualquer item de vestuário ou acessório que cubra parte do rosto ou da cabeça;
  - a fotografia deverá apresentar o rosto de frente, sem piscar;
  - a fotografia não poderá conter qualquer tipo de mancha, alteração, retoque, perfuração, deformação ou correção.

No dia em que vier ao CRM, o médico deverá ainda assinar no espaço delimitado com caneta preta de ponta grossa, conforme exemplo na imagem ao lado - *Recadastrametno - fotos e assinatura*

Assim que sua nova carteira estiver disponível no CRMPR, o médico receberá um aviso para retirá-la. Se ainda restarem dúvidas sobre o processo, as informações adicionais podem ser obtidas no Setor de Documentação de Pessoa Física por meio dos telefones (41) 3240-4029 ou 3240-4004 ou via e-mail para: documentacao@crmpr.org.br

SOBRE A NOVA CARTEIRA...

A Nova Carteira de Identidade do Médico possui dados variáveis, fotografia e assinatura que serão impressos nas dependências da Casa da Moeda do Brasil em papel filigranado CMB 94g/m2.

Seguem os cinco elementos de segurança, mostrados na imagem abaixo - Recadastramento - elementos de segurança:

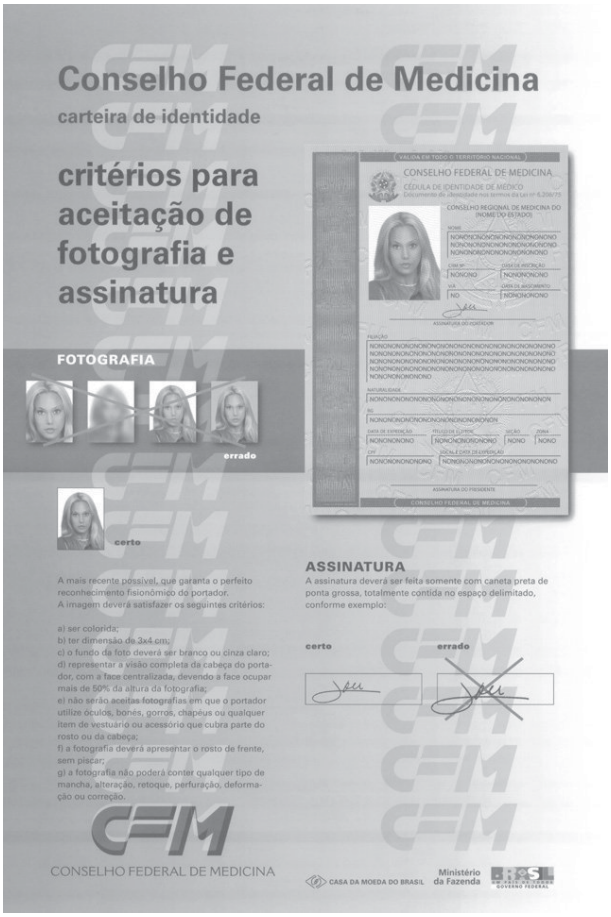
1) Imagem latente presente nos dois espelhos da carteira, a sigla CFM é visível observando-se o documento inclinado e sob uma fonte de luz;

2) Microletras em negativo. A tarja vertical é ladeada pelo texto "Conselho Federal de Medicina" e as tarjas horizontais possuem o texto "Identidade Médico", ambas impressas em calcografia;

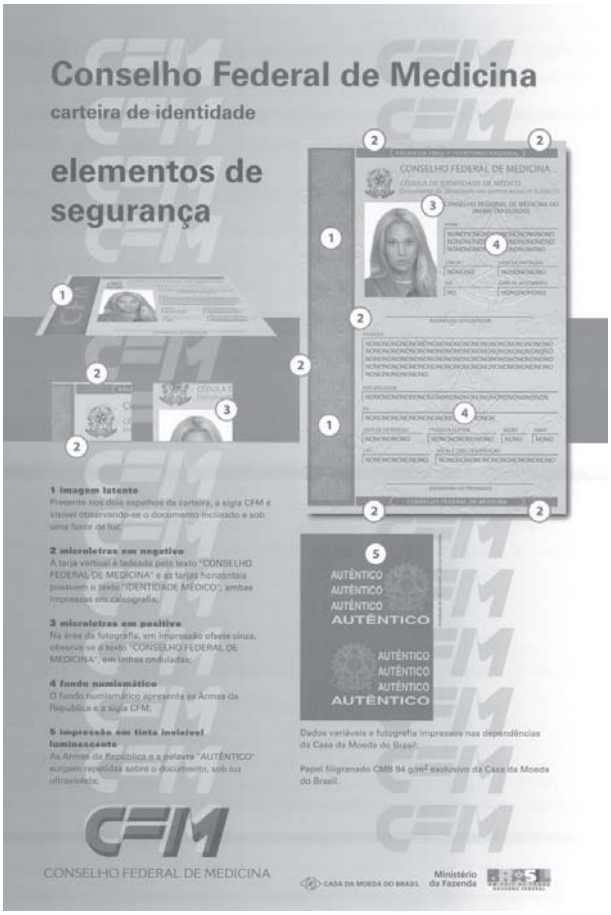
3) Microletras em positivo. Na área da fotografia, em impressão ofsete cinza, observa-se o texto "Conselho Federal de Medicina" em linhas onduladas;

4) Fundo numismático com Armas da República e a sigla CFM;

5) As Armas da República e a palavra "Autêntico" estão impressas em tinta invisível luminescente e surgem sobre o documento sob luz ultravioleta.



Recadastramento - fotos e assinatura



Recadastramento - elementos de segurança

TELEPATOLOGIAS
IMPORTANTE FERRAMENTA DE CONHECIMENTOS PARA RESIDENTES

Para este ano, o Conselho Regional de Medicina do Paraná já renovou o convênio para manter o programa de Telepatologias, parceria que já mantém há mais de seis anos com a USP. O programa é direcionado para residentes e preceptores de residência, além de professores, acadêmicos e médicos de modo geral.

No ano passado foram realizadas oito edições, com discussões anatomoclínicas *online* a partir de necropsias levadas por videoconferência a Recife, Fortaleza, Porto Alegre, Londrina, Curitiba, Maringá, Santos, Marília, Sorocaba, Campinas, São José do Rio Preto, Parintins, Manaus, Uberlândia e Presidente Prudente. No Paraná foram mais de 700 participantes.

A novidade em 2008 foi a possibilidade de acesso às aulas pela internet, por *videostreaming*. Desde junho, quando o acesso foi viabilizado, 94 interessados participaram nesta modalidade, que tende a ser incrementada. Para participar por videostreaming, os interessados precisam apenas de computador com recursos de multimídia (placa e caixa de som) e acesso à internet banda-larga.

As recepções das transmissões ocorreram nos auditórios da sede em Curitiba, da Regional de Maringá e na Santa Casa de Londrina. As atividades são gratuitas e não exigem inscrição prévia. Ocorrem sempre na última terça-feira de cada mês, a partir de março. Informações: (41) 3240-4000.

ÉTICA MÉDICA É TEMA DE CURSO VOLTADO PARA RESIDENTES

Com propósito de esclarecer os principais aspectos práticos que permeiam a ética médica e orientar, principalmente, médicos residentes da área de Psiquiatria para prevenção de infrações éticas baseadas na relação médico-paciente, a Sociedade Paranaense de Psiquiatria promove o "Curso teórico prático em ética médica". O evento será realizado no dia 7 de fevereiro, na Plenária do Conselho Regional de Medicina do Paraná, instituição apoiadora.

Na oportunidade, palestrantes renomados apresentarão aspectos importantes relacionados à ética na profissão. As Comissões de Ética e Residência Médica de hospitais da especialidade foram convidadas a participar da programação. De acordo com o presidente da SPP, Marco Antonio Bessa, a intenção é de se fazer desta atividade uma prática anual permanente aos médicos que iniciam a residência na Psiquiatria. O CRMPR, juntamente com a Comissão Estadual de Residência Médica e a Associação dos Médicos Residentes do Paraná, avalia a possibilidade de estender a iniciativa a especializandos de outras áreas, dependendo para isso da manifestação e adesão das COREMEs.

Dentre os temas em pauta, destacam-se: Princípios fundamentais da prática médica; Direitos do médico e do paciente; Responsabilidade profissional; Relações interprofissionais e com pacientes e familiares; Segredo médico; Atestados e perícia médica; Pesquisa médica e publicidade. O curso irá contemplar apresentação de temas teóricos (6h) e realização de exercícios práticos (2h).

CURSO TEÓRICO PRÁTICO EM ÉTICA MÉDICA

Data: 7 de fevereiro de 2009, das 8h às 18h

Local: Plenária Wadir Rúpollo
2.º andar da Sede do Conselho Regional de Medicina do Paraná
Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre - Curitiba - PR

Informações: (41) 3342-8809 ou secretaria@psiquiatria-pr.org.br

Palestrantes, professores e residentes participantes do XI Congresso, do Fórum de Residência e do Prêmio de Temas Livres.

No Evangélico, a realização do Congresso dos Residentes do Evangélico e Fórum Paranaense de Residência Médica

O XI Congresso da Associação dos Médicos Residentes do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (AMERHUEC) foi realizado nos dias 6 e 7 de novembro último, em Curitiba, juntamente com o VII Prêmio COREME-HUEC de Temas Livres e o II Fórum Paranaense de Residência Médica. Além de oportunidade para troca de experiências e opiniões, o encontro possibilitou a discussão e aprovação do novo estatuto e composição da diretoria da Associação.

O presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Prof. Dr. Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, proferiu palestra para os residentes e também participou da mesa-redonda sobre o tema "O mercado de trabalho após a residência médica". Houve ainda as participações do Dr. Renato Antunes dos Santos, do Simesp (Sindicato dos Médicos de São Paulo); e do Dr. Jorge Timi, médico, advogado e professor do HC/UFPR.

As atividades tiveram lugar na Capelaria do Hospital Universitário Evangélico, sendo conferencista na abertura o Prof. Dr. João Carlos Simões, presidente da Comissão Estadual de Residência Médica (Cermepar). Ele abordou o tema "A residência médica no Paraná", fazendo um balanço sobre os avanços alcançados, as dificuldades e os problemas que hoje afligem os residentes e os que se graduam em Medicina e têm dificuldades para escolher um campo para especializar-se. Houve ainda a apresentação dos trabalhos do Prêmio COREME-HUEC, cuja premiação dos três primeiros lugares nas categorias "trabalhos clínicos" e de "experimentação animal" ocorreu durante jantar de confraternização. Os trabalhos selecionados poderão ser publicados na Revista do Médico Residente.

O Congresso e o Prêmio de Temas Livres são iniciativas do Hospital Universitário Evangélico do Paraná (HUEC), tendo como organizadores a Comissão de Residência Médica do HUEC (COREME-HUEC), a Associação dos Médicos Residentes do Paraná (AMEREPAR) e a Associação dos Médicos Residentes do HUEC (AMERHUEC), com apoio da Comissão Estadual de Residência Médica. Objetiva estimular as atividades científicas dos médicos residentes e trazer conferências e debates sobre a Residência Médica no Brasil. A participação sempre é obrigatória para todos os residentes do HUEC e compulsória a inscrição de trabalho científico neste aos residentes cursando o último ano de residência. A residência do Evangélico foi implantada em março de 1975, com duas vagas em cirurgia geral, em iniciativa do saudoso Dr. Daniel Egg. Hoje, já são 26 os programas do residência

Durante o Fórum foi eleita a nova diretoria da Associação dos Médicos Residentes do Paraná. A Dra. Luisa Moreira Hopker, residente em Oftalmologia do Hospital de Clínicas da UFPR, é a nova presidente da instituição, sucedendo a Hugo Manoel Paz Morales. A Dra. Luisa tem 26 anos e graduou-se em Medicina em janeiro de 2007 pela Federal. Tem o CRMPR n.º 23.701.

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

Volume 10 Nº 4 OUT/DEZ 2008

CONTEÚDO / CONTENT

INSTRUÇÃO AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTION 135

EDITORIAL / EDITORIAL

RESIDÊNCIA MÉDICA COM ÉTICA, AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE

Medical Residency with ethic, autonomy and responsability

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho 136

HUMANIZAÇÃO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Humanization in Medical Residency

João Carlos Simões 137

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA ATENDIDOS NO CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS

Epidemologic profile of the patients with peptic ulcer served in the surgical center of Hospital Florianópolis.

Armando José d'Acampora, Denise Aparecida Nogueira de Lima, Monique Viana de Sousa, Andrezza Carminatti de Aquino, Ricardo Fantazzini Russi, Jairo Vieira, Aldemar Lopes 138

DISTÚRBIOS DE HUMOR EM PACIENTES COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Humor disturbances in patients suffering from systemic lupus erythematosus

Thelma L Skare, Caroline Meneguelli Biondo, Daniel Enzo Nishiura Outi, Ellen Balielo Manfrim, Lucas Eduardo Pedri, Melina Pedroso Kuroda 144

INDUÇÃO DE REMISSÃO COM MICOFENOLATO MOFETIL NA NEFRITE LÚPICA

Remission' induction by Mycophenolate Mofetil in Lupus Nephritis.

Luis Alberto Batista Peres, Márcio Augusto Nogueira, Everaldo Roberto de Araújo Junior, Karina Miura da Costa, Gislaine Teresinha de Queiroz 149

POR QUE QUERO SER MÉDICO?

Why do I want to be a doctor?

Guilherme Piovezani Ramos, Gustavo Yuzo Gaspki Yamamoto, Henrique Lasari Melo, João Carlos Simões 154

ARTIGO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE

GERONTOLOGIA

Gerontology

Alcino Lázaro da Silva 159

RELATO DE CASO / CASE REPORT

SÍNDROME DE BARTTER - RELATO DE CASO

Bartter's syndroem - Case report

Erika Bastos Lima, Davi Sousa Garcia, Danielle Pessoa Lima, Caio César Furtado Freire, Fernanda Freire Castelo, Elizabeth Véscia Rego Dias Lima 164

LOBECTOMIA ESQUERDA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CAROLI: RELATO DE CASO

Left lobectomy in the treatment of Caroli's disease: case report

Jorge Wolmer Chamon do Carmo, Calipson Tadeu Nogueira da Gama, Mozart Rosa Abelha, Adorísio Bonadiman 168

CISTOSSARCOMA FILODES MALIGNO - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO

Malignant Cystossarcoma Phyllodes - Literature Review and Case Report

João Carlos Simões, Marina Rodi Carvalho Barros, Michélle Christhine Diniz 172

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA / MEDICINE HISTORY MUSEUM

Ehrenfried Othmar Wittig 177

NOTAS 178

Endereço para devolução
Rua Victório Viezzer 84
80810-340 Curitiba - PR

CRMPR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

ERMEPAR
Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná