

ISSN 1679-6209

Revista do Médico RESIDENTE

REV MED RES Vol. 11 nº 3 p. 93-132 Julho/Setembro 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) 2009 - 2011

Adriano Keijiro Maeda (Hospital Cajuru - Curitiba)
Presidente

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
(Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)

Vice-Presidente

Allan Cezar Faria Araujo (UNIOESTE - Cascavel)

1.º Secretário

Alvo Orlando Vizzotto Junior (Hospital Santa Rita - Maringá)

2.º Secretário

Claudio Wiens (Hospital Santa Brígida - Curitiba)
Tesoureiro

Angelo Luiz Tesser (Hospital de Clínicas da UFPR - Curitiba)
Diretor Científico-Cultural

Conselho Fiscal:

Luiz Salim Emed,

Jean Alexandre Furtado Correia Francisco e

João Carlos Simões

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

Associação dos Médicos Residentes do Paraná
AMEREPAR
Presidente: Luisa Moreira Höpker
e-mail: luhopker2@yahoo.com.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. 11, n3
(jul./set. 2009). - Curitiba: CRMPR, 1999-
p. 93-132 : il., 28cm

Trimestral
ISSN 1679-6209

1. Medicina. I. Título.

CDD 610
CDU 61



Barbiere del Villaggio. Pintura de Heemskerck (1610-80).

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE

Volume 11 Nº 3 JUL/SET 2009

ISSN 1679-6209

Sumário

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTIONS 94

EDITORIAL / EDITORIAL

UM LEGADO

A Legacy

João Carlos Simões 96

DO CONHECIMENTO E HABILIDADES À ATITUDE. É PRECISO SENTIR-SE SER MÉDICO.

From knowledge and ability to attitude. Is need to feel to be a doctor

Donizetti Dimmer Giamberardino Filho 97

OS NÃOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Dont's in doctor-patient relationship

Perseu Castro de Lima 98

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

AVALIAÇÃO CURRICULAR PADRONIZADA DOS CANDIDATOS A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MINAS GERAIS

Standardized curricular assessment of candidates for Medical Residency in the state of Minas Gerais

Lauro José Victor Avellán Neves, Antonio Fernandes Lages, Thiago Reis Sallum..... 100

BLOQUEIOS CARDÍACOS EM ESPONDILOARTRITES

Heart blocks in spondyloarthritis

Ana Paula Beckhauser de Campos, Marília Barreto Silva, Thelma L. Skare, Ronald Kool, Guilherme Barreto Gameiro Silva, José Antonio da Silva 107

NEFROLITÍASE ASSOCIADA AO USO DE TOPIRAMATO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Nephrolithiasis associated with the use of topiramate in pediatric population

Luis Alberto Batista Peres, José Roberto Leonel Ferreira, Marta Regina Clivati, Júlio Ricardo Ramos 111

ARTIGO ESPECIAL / SPECIAL ARTICLE

SÓCRATES E PSICOTERAPIA COGNITIVA

Socrates and Cognitive Psychotherapy

Mauro Porcu, Ricardo Franzin 115

RELATO DE CASO / CASE REPORT

DERRAME PERICÁRDICO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL. RELATO DE CASO

Pericardial effusion as initial manifestation of Systemic Lupus Erythematosus: case report

Marcos Antonio da Silva Cristovam, Adriana Chassot Bresolin, Manoel Fernando Silva Leite, Nelson Ossamu Osaku, Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel, Danieli Alessi 119

EXPRESSÕES MÉDICAS / MEDICAL EXPRESSION

EXPRESSÕES MÉDICAS: FALHAS E ACERTOS

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar, Carmem Cecília Galvão, Elaine Alves, Paulo Tubino 122

CERMEPAR - COREMES DO PARANÁ / CERMEPAR COREMES OF PARANÁ

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC 128

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA / MEDICINE HISTORY MUSEUM

History Museum of Medicine

Ehrenfried Othmar Wittig 130

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 Araujo (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 Araujo (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 Kallil (Santa Casa)	Porto Alegre	(RS)	Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho (UFPR)	Curitiba	(PR)
Armando d'Acampora (UFSC)	Florianópolis	(SC)	Nicolau Kruehl (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(HUCAMoraeas – UFES)	Vitória	(ES)			

Conselho de Revisores

Antonio Sérgio Brenner (UFPR)	Curitiba	(PR)	Marcelo Thiele (UNICAMP)	Campinas	(SP)
César Alfredo Pusch Kubiak (UNICENP)	Curitiba	(PR)	Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL)	Maceió	(AL)
Elias Kallás (UNIVAS)	Pouso Alegre	(MG)	Martha Helena Zappalá Borges (Hospital de Base)	Brasília	(DF)
Flávio Daniel Tomasich (UFPR)	Curitiba	(PR)	Neila Falcone da Silva Bomfim (HU Adriano Jorge)	Manaus	(AM)
Gilmar Amorim de Sousa (HC da UFRN)	Natal	(RN)	Nilton Ghiotti de Siqueira (UFAC)	Rio Branco	(AC)
Gustavo Cardoso Guimarães (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)	Orlando Costa e Silva Jr (FMRP)	Ribeirão Preto	(SP)
Hamilton Petry de Souza (PUC)	Porto Alegre	(RS)	Paola Andrea G. Pedruzzi (Hosp. Erasto Gaertner)	Curitiba	(PR)
Hémerson Paul Vieira Marques (Hosp. Mater Dei)	Belo Horizonte	(MG)	Paulo Kotze (PUC)	Curitiba	(PR)
Humberto Oliveira Serra (HUUFMA)	São Luis	(MA)	Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM)	Cuiabá	(MT)
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPR)	Teresina	(PI)	Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB)	João Pessoa	(PB)
Jean Alexandre Furtado Correa Francisco (FEPAR)	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 Aguiar 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)	Simone Maria de Oliveira (UFSEER)	Aracaju	(SE)
Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno Infantil)	Goiânia	(GO)	Simónides Baccelar (UNB)	Brasília	(DF)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE)	Cascavel	(PR)	Thelma Larocca Skare (FEPAR)	Curitiba	(PR)
Luiz Carlos Von Bahten (PUC)	Curitiba	(PR)	Valdecir Lillioso de Lucena (FCM)	Recife	(PE)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo)	São Paulo	(SP)			
Manoel R. M. Trindade (UFRGS)	Porto Alegre	(RS)			

Revisão Língua Inglesa

Roberto Smolka

Normalização Bibliográfica

Maria Isabel Schiavon Kinasz (CRB9-626)

Gisele T. Liegel Glock (CRB9-1178)

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

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 Requirements for Manuscripts Submitted to 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 de Revisores 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 cinquenta (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 aquelas 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 colica: 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 Apr 20); Available from: <http://bmj.com/cgi/content/full/309/6964/1286>

UM LEGADO

*A Legacy*João Carlos Simões¹

*“Já não tenho tempo para lidar com mediocridades.
Não quero estar em reuniões onde desfilam egos inflados.
Não tolero gabolices. Inquieto-me com invejosos tentando destruir
quem eles admiram, cobiçando seus lugares, talentos e sorte.”
(Rubem Alves)*

Após dois anos de gestão frente à Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná, pretendemos deixar um legado, honrando o espaço que o Conselho Regional de Medicina abriga desde 1997.

Temos absoluta convicção que muito aprendemos, apesar de que, nestes dois anos, houve a mudança de quatro secretários executivos da Comissão Nacional de Residência Médica, o que por si só denota uma inconstância política no MEC.

Há muita coisa para ser feita pela CNRM, várias questões ainda não resolvidas, problemas que se acumulam e decisões que precisam ser construídas e tomadas. Citaremos algumas: o financiamento e autonomia das Comissões Estaduais, a capacitação das preceptorias pelas Instituições e o seu devido pagamento, a avaliação dos programas das residências médicas efetuada pelos médicos residentes dentro de um sistema de avaliação externa e sem interferências locais, diretrizes consistentes de cada programa de residência médica etc.

Com apoio da atual diretoria da Cermepar, além das visitas de verificação dos programas de residência médica em todo o Paraná, tivemos oportunidade de realizar, com o apoio inestimável do Conselho Regional de Medicina do Paraná e da Associação Estadual dos Médicos Residentes do Paraná, o I Congresso e o I Prêmio Cermepar de Temas livres em 2008 e, este ano, a I Jornada da Cermepar e o lançamento do livro *“Manual do Médico Residente”*, que coletou colaborações de pessoas de todo o País vinculadas e interessadas na valorização e defesa obstinada da Residência Médica do Brasil.

E, por último, e talvez mais importante, ressaltar a seminal participação dos médicos residentes das diversas Instituições credenciadas pela CNRM, que constantemente nos dão exemplos de responsabilidade e competência, como verdadeiros fiscais dos programas de Residência Médica.

1 - Editor científico da Revista do Médico Residente

DO CONHECIMENTO E HABILIDADES À ATITUDE. É PRECISO SENTIR-SE SER MÉDICO.

From knowledge and ability to attitude. Is need to feel to be a doctor

Donizetti Dimmer Giamberardino Filho¹

Ter a oportunidade de se comunicar com médicos residentes nos causa entusiasmo e renova a perspectiva de construir uma sociedade melhor para todos. Toda comunidade, particularmente a classe médica, tem conhecimento de toda a gama de dificuldades para um cidadão brasileiro ingressar em curso universitário, de Medicina, encerrar sua graduação e ser admitido em programa de pós-graduação na modalidade de treinamento em serviço.

Assim, poderíamos imaginar que uma pessoa jovem, graduada em Medicina, cursando um programa de residência médica, não teria motivos para angústias, preocupações e ansiedades. E que em seu futuro profissional estaria assegurada a chama do sucesso. Ledo engano. O esforço de jovens médicos, acumulando conhecimentos e desenvolvendo habilidades, não é suficiente para assegurar um futuro de segurança. Podemos dizer que são necessários e indispensáveis esses conhecimentos e habilidades, mas o futuro de qualquer profissional é aberto, como deve ser, e depende das atitudes e tomadas de decisão da pessoa diante dos cenários que sua vida há de lhe proporcionar.

A escolha da profissão médica pressupõe um ser humano que goste de se relacionar com pessoas, que tenha um espírito de solidariedade ao próximo, equilíbrio emocional e o discernimento de que ser médico é desempenhar uma atividade profissional e não uma modalidade de comércio. E, como qualquer cidadão, é aconselhável que esteja feliz com sua profissão, pelo motivo óbvio de que será a atividade que mais ocupará o seu tempo de vida.

Ainda nos tempos de hoje, o curso de graduação de Medicina forma médicos individualistas, resultado de um modelo antigo de profissional liberal, mas nossa realidade do exercício profissional impõe uma atividade multidisciplinar voltada ao paciente, sendo necessário ao jovem médico desenvolver habilidade de gestão de pessoas para que, de fato, possa exercer uma saudável liderança na assistência de pacientes.

Com relação ao conhecimento médico e seu absurdo crescimento, resta evidente que o profissional médico deve aprender a continuar aprendendo, selecionando assuntos, quanto a sua origem e qualidade, sendo crítico em sua análise do que significa evidência científica.

Mas, vamos acrescentar adversidades ao exercício da Medicina. Temos hoje um cenário com dois ambientes: de uma medicina socializada, baseada em raízes europeias, representada pelo sistema público de saúde e outro de uma medicina que obedece a lógica do mercado, baseada no modelo norte-americano, representado pelas operadoras de saúde, no sistema suplementar de saúde.

Nesses dois ambientes há um fato comum: os dois sistemas tentam - e muitas vezes conseguem - interferir na relação médico-paciente, na agenda médica, agindo assim no principal valor da nossa profissão. **Podemos afirmar que o futuro do profissional médico está vinculado à sua capacidade de manter a relação médico-paciente, de continuar sendo tangibilizado pela sociedade como uma profissão que defende o interesse de seus pacientes, a sua saúde.**

Mas, apesar dessas adversidades, a profissão médica ainda se encontra em melhor posição que outras. O médico que possui conhecimento e habilidades adequadas ao exercício da Medicina deve ter atitudes compatíveis com este exercício, somente a exercendo em ambientes de trabalho compatíveis, que permitam uma assistência de qualidade, não baseada em produtividade, que todos seus atos sejam registrados em documentos e prontuários e que suas atitudes sejam do interesse individual e coletivo da saúde das pessoas.

Para esse profissional sempre existirão as possibilidades de uma carreira de sucesso, seja financeiro, seja de reconhecimento, seja de sentir-se ser médico.

1 - Conselheiro e ex-presidente do CRMPR, diretor do Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional (DEFEP) do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

OS NÃOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Dont 's in doctor-patient relationship

Perseu Castro de Lima

1. **NÃO** estabeleça distinção entre seus pacientes. Trate-os com igualdade, independente da Condição socioeconômica, credo ou cor.
2. **NÃO** demonstre desinteresse, cansaço ou impaciência no contato com seus pacientes. Trate-os com consideração, atenção e carinho. O momento deles é difícil.
3. **NÃO** deixe de esclarecer seus pacientes sobre os pontos duvidosos, incertos ou obscuros.
4. **NÃO** prometa mais do que pode obter. É melhor prometer menos; o que ultrapassar a expectativa será mais valorizado.
5. **NÃO** receie perder o paciente superexpectantes, perfeccionistas ou neuróticos. Poupará muita dor de cabeça.
6. **NÃO** deixe de combinar previamente os seus honorários: evitará aborrecimentos de ambos os lados.
7. **NÃO** opere a preços vis, mesmo que você perca o paciente: ele não quer o seu trabalho; o que deseja é mercadoria barata.
8. **NÃO** deixe de operar o paciente reconhecidamente modelo que prefere você; mas não se deixe explorar: aquele será grato, este fugirá de você ou tentará explorá-lo de novo.
9. **NÃO** deixe de operar pacientes em urgência e/ou risco de morte, mesmo que eventualmente não lhe paguem.
10. **NÃO** negue aos seus colegas a consideração e as facilidades que gostaria de receber na mesma necessidade: todos precisamos uns dos outros.
11. **NÃO** tente melhorar por vaidade ou orgulho o resultado sofrível que agrada o paciente: ele é mais importante que você.
12. **NÃO** deixe de avaliar bem as reclamações. Se reais, aceite-as e procure corrigi-las; se irrealis, pacientemente explique e convença.
13. **NÃO** transfira a outrem os cuidados com o paciente que complica; ninguém o tratará melhor e o seu zelo será reconhecido. Evitará processos.
14. **NÃO** transforme seu paciente grato num caso sentimental: o ambiente de trabalho deve ser, no máximo, platônico.
15. **NÃO** faça críticas à atuação dos seus colegas: o paciente reconhecerá em você a falta ética e desconfiará do seu caráter.
16. **NÃO** use seu paciente como promoção pessoal: se você merecer, ele o fará por si.
17. **NÃO** se envaideça por seus bons resultados, eles são a sua obrigação.
18. **NÃO** se desespere com os maus resultados: eles ocorrem com todos - mas não deixe que a sua média caia além do razoável.
19. **NÃO** deixe de fazer tudo para satisfazer seus pacientes: estude, trabalhe sempre e muito. Só isso o manterá atualizado e atuante.
20. **NÃO** deixe de pedir ajuda a DEUS. Ele pode mais que todos nós.

AVALIAÇÃO CURRICULAR PADRONIZADA DOS CANDIDATOS À RESIDÊNCIA MÉDICA EM MINAS GERAIS

Standardized curricular assessment of candidates for Medical Residency in the state of Minas Gerais.

Lauro José Victor Avellán Neves¹
Antonio Fernandes Lages²
Thiago Reis Sallum³

Neves LJV, Lages AF, Sallum TR. Avaliação curricular padronizada dos candidatos à residência médica em Minas Gerais. Rev. Méd. Res. 2009;11(3):99-106.

Objetivo: Em Minas Gerais, a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM-MG) tem discutido a avaliação curricular em suas reuniões e plenárias, alcançando grande avanço neste campo nos últimos quatro anos. O fruto destas discussões foi a criação de um Formulário de Avaliação Curricular Padronizado, com critérios claros e objetivos para avaliar o grau de proficiência adquirido durante a graduação. O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados da avaliação curricular padronizada de 1.109 candidatos à residência médica em 2009, traçando um perfil destes candidatos. **Métodos:** Foram avaliados os currículos de todos os candidatos aprovados para segunda etapa no processo seletivo de residência médica de programas de acesso direto de 16 Hospitais de Minas Gerais, sendo 12 de Belo Horizonte. O processo seletivo foi realizado em duas etapas sendo a primeira prova escrita de múltipla escolha e a segunda a avaliação curricular. Não houve prova prática: todos os currículos foram avaliados por uma comissão composta por seis médicos, com experiência prévia de três anos em avaliação curricular neste mesmo sistema. Cada avaliador analisou o mesmo item curricular nos diversos grupos de currículos, utilizando o mesmo critério de avaliação. Os itens avaliados e o peso de cada item foram definidos previamente e divulgados nos editais. **Resultados:** Analisando os estágios extracurriculares teórico-práticos observou-se que 82,3% dos candidatos fizeram apenas um estágio extracurricular e 55,5% realizaram dois estágios extracurriculares. Em relação às atividades de monitoria, apenas 39,5% dos candidatos exerceram uma monitoria com aprovação em processo seletivo ou bolsista. Considerando atividades de pesquisa, iniciação científica, ligas acadêmicas e cursos reconhecidos pela Comissão Nacional da Creditação, os dados de maior destaque mostraram que 63,5% dos candidatos tiveram participação como autor/coautor de pôster ou tema livre em congressos, simpósios ou seminários, 47,4% tiveram segunda participação como autor/co-autor de pôster ou tema livre em congressos e 62% tiveram participação em cursos ou eventos reconhecidos pela Comissão. Finalmente, em relação aos conhecimentos de língua estrangeira, 38% dos candidatos apresentam conhecimento de nível intermediário/avançado. Porém, apenas 22% apresentam fluência oral e escrita, comprovada com aprovação em um dos testes reconhecidos internacionalmente. **Conclusão:** A avaliação curricular padronizada vem se contrapor ao estudo de última hora, se constituindo numa modalidade de avaliação de todo o período acadêmico, não sendo possível ao candidato obter pontuação significativa se não houver uma dedicação contínua durante todo o curso. A maioria dos candidatos mostrou uma boa preparação durante a graduação na maioria dos itens avaliados. Houve poucas reclamações em relação às notas. Os resultados da avaliação de uma Instituição foram utilizados para as outras Instituições que aderiram ao programa, agilizando o processo seletivo. A utilização de um formulário padronizado e a avaliação por uma comissão de avaliadores tornou o processo seletivo mais rápido e transparente, o que consideramos muito importante nos concursos de residência médica.

Descritores: Internato e Residência; Currículo; Educação de Pós-Graduação em Medicina.

TRABALHO REALIZADO PELA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE MINAS GERAIS (CEREM-MG)

- 1- Médico Cirurgião Plástico e membro da Comissão responsável pela Avaliação Curricular Padronizada desde 2007
- 2 - Médico Mastologista e membro do Conselho Deliberativo da CEREM-MG e coordenador da Comissão de Avaliação Curricular Padronizada da CEREM-MG em 2008
- 3 - Médico especialista em Medicina do Tráfego.

INTRODUÇÃO

A RM é definida pelo Decreto nº. 80.281, de 05 de setembro de 1977, como "modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional". É considerado o padrão ouro para formação de especialistas médicos no país sendo a modalidade de formação reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura do Brasil¹. Com a proliferação das escolas médicas no país, existe uma grande desproporção entre o número de candidatos e a oferta de vagas de residência.

Segundo Pinotti, no ano de 2008 foram diplomados 11.545 médicos, sendo que existiam apenas 7.135 vagas de acesso direto para residência. Se considerarmos o número de candidatos que foram reprovados nos anos anteriores e que atualmente são oferecidas 17.154 vagas para ingresso de estudantes nas Faculdades de Medicina, podemos concluir que o problema tende a se agravar, uma vez que o número de vagas para residentes permanece estável². O grande problema nesta relação é o aumento do contingente de médicos sem formação adequada, atuando nas diversas especialidades. Este fato, segundo Pinotti, leva a uma desvalorização do médico no mercado de trabalho, uma vez que estes médicos tendem a aceitar condições de trabalho precárias e remuneração proporcional ao investimento e qualidade de sua formação.

Atualmente, as normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) dividem o processo seletivo em duas fases. Temos a prova escrita obrigatória na primeira etapa, com peso entre 50% e 100%. A segunda etapa é opcional. Nesta, a Instituição pode optar por realizar exame prático, com peso entre 40% a 50% e/ou avaliação/arguição curricular, com peso de 10%³. O exame prático é de realização difícil e onerosa para a Instituição, sendo pouco utilizado. A avaliação curricular é o método mais utilizado para avaliação dos candidatos na segunda etapa do processo seletivo.

A avaliação curricular no passado era realizada de maneira muito subjetiva, sendo que cada Instituição - e muitas vezes até mesmo cada Programa dentro da mesma Instituição - estabelecia os critérios que considerava importante para avaliação dos residentes. A falta de padronização destes critérios, especialmente

durante a arguição curricular, fazia com que a nota dos candidatos sofresse grande variação entre as Instituições. Este tipo de variação, aliado à falta de transparência de algumas Instituições na avaliação, geravam dúvidas e questionamentos quanto a legitimidade do processo seletivo. Neste sentido, a elaboração de um formulário de avaliação objetivo e com regras definidas e transparentes é um avanço na seleção dos candidatos à residência médica.

Em Minas Gerais, a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM-MG) tem discutido a avaliação curricular em suas reuniões e plenárias, alcançando grande avanço neste campo nos últimos quatro anos. Foram amplamente discutidos os critérios a serem incluídos na avaliação curricular e o peso de cada um destes critérios, avaliando a importância de cada um na vida acadêmica e considerando o impacto de cada um na graduação médica⁴. O fruto destas discussões foi a criação de um Formulário de Avaliação Curricular Padronizado, com critérios claros e objetivos para avaliar o grau de proficiência adquirido durante a graduação. Além da avaliação curricular padronizada, a Coreme-MG formou uma comissão de médicos para avaliação dos currículos de modo centralizado fornecendo a nota para diversas instituições.

O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados da avaliação curricular padronizada de 1.109 candidatos à residência médica em 2009, traçando um perfil destes candidatos.

MÉTODOS

Foram avaliados os currículos de todos os candidatos aprovados para segunda etapa no processo seletivo de residência médica de programas de acesso direto de 16 Hospitais de Minas Gerais. Foram 12 de Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, Hospital João XXIII, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital Julia Kubitschek, Maternidade Odete Valadares, Hospital João Paulo II, Instituto Raul Soares, IPSEMG, Hospital Militar, Hospital SOCOR, Hospital Municipal Odilon Behrens, Hospital SEMPER. E mais quatro do interior: Centro Hospitalar Psiquiátrico e Hospital Regional de Barbacena, Hospital Regional Antonio Dias, de Patos de Minas e Hospital Municipal de Contagem. O processo seletivo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira prova escrita de múltipla escolha e a segunda a avaliação curricular. Não houve prova prática.

Os candidatos preencheram um formulário de

avaliação curricular, no qual assinalaram os itens nos quais teriam pontuado, anexando cópia de documentação comprobatória. No momento da entrega do formulário, com as cópias da documentação, houve a exigência da apresentação do documento original para conferência. Não foram aceitas cópias que não conferiram com a documentação original.

Todos os currículos foram avaliados por uma comissão composta por seis médicos, com experiência prévia de três anos em avaliação curricular neste mesmo sistema. Cada avaliador analisou o mesmo item curricular nos diversos grupos de currículos, utilizando o mesmo critério de avaliação. Os itens avaliados e o peso de cada item foram definidos previamente e divulgados nos editais (Figura 1).

1 - APROVEITAMENTO CURRICULAR – MÁXIMO 3,0 pontos		
Em metade ou mais das disciplinas constantes no seu Histórico Escolar você obteve:	Ítem	Valor
Aproveitamento igual ou superior a 90,00 %	1.a	3,0
Aproveitamento igual ou superior a 85,00 %	1.b	2,5
Aproveitamento igual ou superior a 80,00 %	1.c	2,0
Aproveitamento igual ou superior a 75,00 %	1.d	1,5
Aproveitamento igual ou superior a 70,00 %	1.e	1,0
Aproveitamento inferior a 70,00 %	1.f	0,0
2. ESTÁGIOS EXTRACURRICULARES - MÁXIMO 1,5 pontos		
Estágio extracurricular teórico-prático e ou atividade de extensão universitária realizado em instituição de saúde incluindo suporte propedêutico, com todos os seguintes requisitos: _- Duração mínima de 6 meses consecutivos; _- Carga horária mínima de 180 h (8 h semanais).	Ítem	Valor
	2.a	0,8
Estágio extracurricular teórico-prático realizado em instituição de saúde incluindo suporte propedêutico, com todos os seguintes requisitos: _- Duração mínima de 6 meses consecutivos _- Carga horária mínima de 90 h (4 h semanais)	Ítem	Valor
	2.c	0,4
Residência Médica credenciada pelo MEC, Mestrado ou Doutorado concluídos.	Ítem	Valor
	2.e	0,6
3. MONITORIAS - MÁXIMO 1,5 pontos		
Monitoria/PID de disciplina da grade curricular, realizada na própria instituição da graduação com todas estas características: _- Aprovação em processo seletivo (ou quando a declaração mencionar tratar-se de monitor bolsista) _- Duração mínima de 2 semestres letivos.	Ítem	Valor
	3.a	0,8
Uma segunda monitoria com as mesmas características anteriores e em disciplina diferente.	3.b	0,6

4. ATIVIDADES DE PESQUISA, INICIAÇÃO CIENTÍFICA, LIGAS ACADÊMICAS E CURSOS RECONHECIDOS PELA CNA - MÁXIMO 2,0 pontos		
Monitoria/PID de disciplina da grade curricular, realizada na própria instituição da graduação com todas essas características: - Sem mencionar o termo Aprovação em processo seletivo ou Monitor Bolsista; _- Duração mínima de 2 semestres letivos.	Ítem	Valor
	3.c	0,5
Uma segunda monitoria com as mesmas características anteriores e em disciplina diferente	3.d	0,4
4. ATIVIDADES DE PESQUISA, INICIAÇÃO CIENTÍFICA, LIGAS ACADÊMICAS E CURSOS RECONHECIDOS PELA CNA - MÁXIMO 2,0 pontos		
	Ítem	Valor
Bolsas de iniciação científica como duração mínima de 1 ano	4.a	1,0
Participação em grupo de pesquisa regular da instituição de ensino, sem bolsa, por pelo menos 1 ano e com publicação em revista indexada.	4.b	0,8
Publicação de artigos na íntegra em revista indexada não pontuado no Ítem 4.b.	4.c1	0,3
	4.c2	0,3
Publicação em anais de congressos em revista indexada.	4.d1	0,1
	4.d2	0,1
Participação como autor/co-autor de pôster ou tema livre em congressos, simpósios ou seminários.	4.e1	0,1
	4.e2	0,1
Participação como organizador em ligas ou jornadas acadêmicas	4.f1	0,1
	4.f2	0,1
Participação em cursos ou eventos reconhecidos pela Comissão	4.g1	0,2
5. CONHECIMENTO DE LÍNGUA ESTRANGEIRA- MÁXIMO 2,0 pontos		
5. a - LÍNGUA INGLESA – MÁXIMO 1,5 Pontos		
	Ítem	Valor
Fluência oral e escrita, comprovada com aprovação em um dos testes reconhecidos internacionalmente: Michigan, Cambridge, TOEFEL, IELTS, FCE	5.a1	1,5
Estudos em nível intermediário/ avançado	5.a2	1,0
5. b – OUTRAS LINGUAS – MÁXIMO 1,0 Ponto		
Estudos em nível intermediário / avançado	5.b	1,0

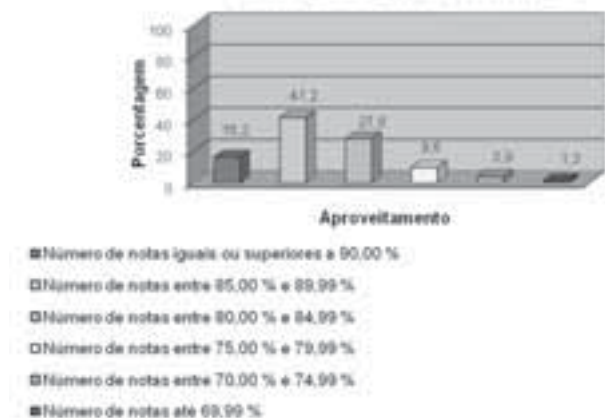
FIGURA 1 - ITENS AVALIADOS E PESO RESPECTIVO DO CURRÍCULO

Após a avaliação, foi realizada uma revisão dos itens, onde houve discordância entre a pontuação dada pela comissão avaliadora e a assinalada pelo candidato. A soma das notas dos diversos itens foi realizada e a nota final foi repassada às instituições.

RESULTADOS

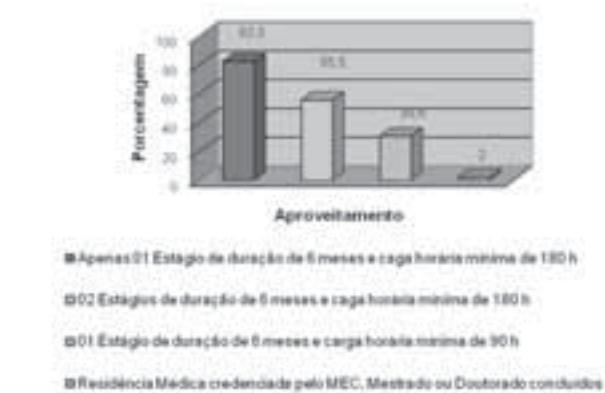
Foram avaliados 1.109 currículos entre novembro e dezembro de 2008. Em relação ao aproveitamento curricular durante a graduação, a maioria dos candidatos apresentou aproveitamento maior que 80% (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 - APROVEITAMENTO CURRICULAR



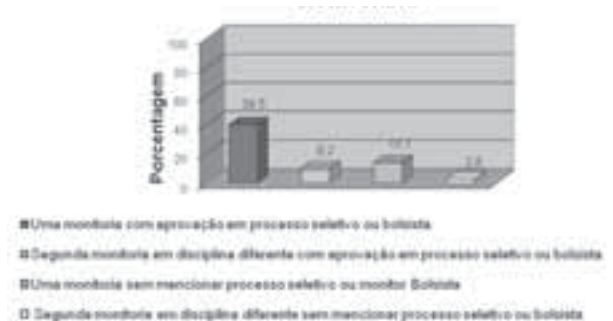
Analisando os estágios extracurriculares teórico-práticos, observou-se que 82,3% dos candidatos fizeram apenas um estágio extracurricular e 55,5% realizaram dois estágios extracurriculares (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 - ESTÁGIOS EXTRACURRICULARES



Em relação a atividades de monitoria, apenas 39,5% dos candidatos exerceram uma monitoria com aprovação em processo seletivo ou bolsista (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3 - MONITORIAS



Considerando atividades de pesquisa, iniciação científica, ligas acadêmicas e cursos reconhecidos pela Comissão Nacional de Acreditação, os dados de maior destaque mostraram que 63,5% dos candidatos tiveram participação como autor/coautor de pôster ou tema livre em congressos, simpósios ou seminários; 47,4% tiveram segunda participação como autor/coautor de pôster ou tema livre em congressos; e 62% tiveram participação em cursos ou eventos reconhecidos pela Comissão (GRÁFICOS 4 E 5).

GRÁFICO 4 - ATIVIDADES DE PESQUISA, INICIAÇÃO CIENTÍFICA, LIGAS ACADÊMICAS E CURSOS RECONHECIDOS PELA CNA

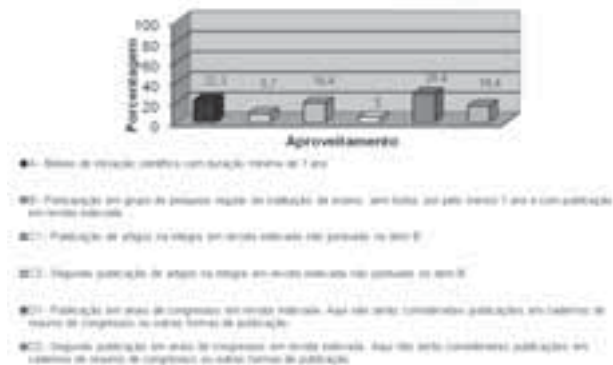
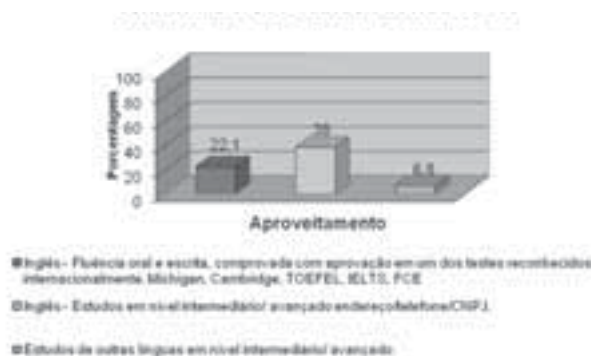


GRÁFICO 5 - ATIVIDADES DE PESQUISA, INICIAÇÃO CIENTÍFICA, LIGAS ACADÊMICAS E CURSOS RECONHECIDOS PELA CNA



Finalmente, em relação a conhecimentos de língua estrangeira, 38% dos candidatos apresentam conhecimento de nível intermediário/avançado. Porém, apenas 22% apresentaram fluência oral e escrita, comprovada com aprovação em um dos testes reconhecidos internacionalmente (GRÁFICO 6).

GRÁFICO 6 - CONHECIMENTO DE LÍNGUA ESTRANGEIRA



O número de recursos em relação à nota final foi de 23. Destes, apenas quatro foram procedentes e houve mudança da nota.

DISCUSSÃO

A grande desproporção entre número de candidatos à residência médica e número de vagas existentes tem sido agravada nos últimos anos pelo surgimento de novas Faculdades de Medicina. A grande concorrência no processo seletivo de residência levou ao surgimento de cursinhos preparatórios, cujo único objetivo é formar especialistas em provas de residência. A consequência disso é o ingresso de médicos em Programas de Residência com formação básica muito precária. Por este motivo, a seleção dos médicos residentes é um processo que se torna cada vez mais importante, sendo uma preocupação crescente das Instituições.

A avaliação prática dos candidatos tem sido uma tentativa de solucionar este problema. O exame prático tem o objetivo de avaliar a proficiência adquirida pelo aluno durante sua vida acadêmica, especialmente durante o Internato e Estágios Hospitalares. Apesar de ser um bom método de avaliação, é de realização difícil e muito onerosa para a Instituição, sendo pouco utilizado. A avaliação curricular é uma alternativa ao exame prático, baseando-se em critérios para tentar inferir as proficiências adquiridas durante a vida acadêmica. A definição destes critérios é difícil, mas muito importante

para a avaliação adequada dos candidatos. A CEREM-MG, após várias discussões e reuniões sobre o tema, normatizou estes critérios e criou um formulário padronizado para avaliação curricular (Figura 1).

A avaliação curricular, muitas vezes acompanhada por uma entrevista e arguição oral, causa grande temor em alguns candidatos. Sem a padronização, as notas são quase sempre diferentes nas diversas Instituições e o candidato muitas vezes não sabe quais os itens avaliados e seu peso. Um dos autores recorda que em seu processo seletivo teve notas que variaram entre 5,6 e 10 pontos, em 10 pontos máximos distribuídos na avaliação e arguição curricular. Além disso, existe sempre a dúvida quanto à legitimidade do processo quando entre os entrevistados está um parente de um médico proeminente na Instituição ou de um político importante. Há, ainda, vários fatores que interferem no sucesso de uma entrevista, como empatia com os entrevistadores, nervosismo e até mesmo aparência física⁵. Por estes motivos, e pelo fato da impossibilidade de se avaliar adequadamente em poucos minutos a proficiência adquirida durante seis anos de faculdade, consideramos a entrevista desnecessária em nossa avaliação.

Os itens constantes na avaliação e o peso de cada item foi amplamente debatido pela CEREM-MG nos últimos quatro anos. Participaram destas discussões representantes de todas as entidades médicas, das sociedades de especialidades, preceptores, residentes e professores. Cada item foi incluído e valorizado considerando tanto sua importância na formação quanto o impacto desta inclusão na formação acadêmica⁴.

O aproveitamento curricular é o método direto de se avaliar o aproveitamento dos alunos durante a graduação. Neste item, que correspondeu a 30% da nota total, a maioria dos candidatos mostrou um aproveitamento muito bom ou excelente. Isso reflete o interesse dos melhores alunos da graduação em ingressar na residência médica, que é o padrão ouro para formação de especialistas.

As monitorias demonstram uma dedicação adicional do aluno às disciplinas da graduação e são uma experiência inicial como docente. Este tipo de atividade foi valorizado em 15% da nota total. As vagas de monitoria são limitadas e a seleção dos candidatos é realizada por provas, sendo que apenas os mais bem preparados são selecionados. Por este motivo, menos da metade dos candidatos pontuou neste item.

Os estágios extracurriculares são muito

importantes na sedimentação e complementação dos ensinamentos da graduação. É por meio destes estágios que o aluno adquire treinamento prático adicional, muitas vezes limitado durante a graduação, especialmente nas faculdades com grande número de alunos e que não têm hospital-escola. Este item correspondeu a 20% da pontuação total. Mais de 80% dos alunos realizaram pelo menos um estágio e 55% realizaram dois ou mais estágios, o que reflete a importância destes estágios durante a graduação. Em setembro de 2008, houve a mudança da legislação relativa aos estágios, limitando a carga horária máxima diária e ampliando a obrigação das Instituições com os estagiários⁵. Esta nova legislação certamente irá limitar a disponibilidade de estágios para a área médica nos próximos anos.

As atividades de iniciação científica, pesquisa e participação em ligas e congressos foram valorizadas em 20% da pontuação total. Este tipo de atividade deve ser estimulado durante a graduação por contribuir com o avanço da Medicina. A participação em cursos e congressos e a publicação de artigos em revistas mostram o interesse do aluno em atualização, o que é considerado fundamental na profissão médica. O número de alunos com bolsa de iniciação científica foi pequeno. Entendemos este fato pela pequena disponibilidade de bolsas, especialmente nas faculdades particulares. A participação em cursos, congressos e jornadas foi de 62% dos candidatos. Consideramos este número pequeno, quando comparado a grande disponibilidade de eventos científicos no país. A apresentação nos congressos foi de 63,5%, mostrando paradoxalmente uma participação ativa dos alunos nos congressos. Chama a atenção o fato que a apresentação nos congressos ultrapassou em 1,5% a participação, o que significa que, apesar de participarem na elaboração do trabalho, os alunos não mostraram grande interesse em participar dos eventos.

Os conhecimentos em língua estrangeira, especialmente o Inglês, são muito importantes para o estudo e atualização científica. A maioria das publicações internacionais e livros de especialidades é lançada primeiro nesta língua e demoram cerca de três anos para serem traduzidos. Por este motivo, o conhecimento das línguas estrangeiras foi valorizado em 20% da nota total, sendo que até 15% da nota corresponderia à língua inglesa. A avaliação deste item foi, desde as primeiras avaliações, muito difícil. A maneira como os indivíduos podem adquirir proficiência em línguas é muito variável, passando por professores particulares, autodidatas,

estudos em intercâmbio e em escolas de línguas. A verificação de alguns certificados, especialmente o de professores particulares e escolas de línguas sem registro, é muito difícil e passível de fraudes. Por este motivo, foi exigido o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica da escola de línguas e a nota máxima foi adquirida apenas pelos candidatos que apresentaram fluência oral e escrita, comprovada com aprovação em testes reconhecidos internacionalmente. Cerca de 60% dos candidatos comprovaram conhecimento da língua inglesa, sendo que apenas 22% destes atingiram a nota máxima. Apenas 6,8% dos candidatos comprovaram fluência em outras línguas, o que ressalta mais uma vez a importância da língua inglesa.

A avaliação curricular foi muito uniforme e houve poucas reclamações. A estratégia utilizada pela Comissão de Avaliadores, de cada avaliador analisar o mesmo item em todos os currículos, contribuiu muito para esta uniformidade. A conferência da divergência das pontuações indicadas pelos alunos e a atribuída pelos avaliadores também contribuiu para minimizar os erros. A avaliação padronizada foi muito bem aceita pelas Instituições e elogiada por muitos coordenadores de serviço, que se viram livres dos pedidos de favores para favorecimento de candidatos. As notas obtidas foram fidedignas e puderam ser utilizadas nas diversas Instituições participantes, evitando que o árduo trabalho de avaliação curricular fosse repetido para o mesmo currículo diversas vezes.

CONCLUSÃO

Com a grande preparação teórica dos candidatos, temos a predominância das notas das provas de avaliação numa estreita faixa, com pequenas diferenças entre os candidatos, constituindo a avaliação curricular em importante diferencial na classificação final. A avaliação curricular padronizada vem se contrapor ao estudo de última hora, se constituindo numa modalidade de avaliação de todo o período acadêmico, não sendo possível ao candidato obter pontuação significativa se não houver uma dedicação contínua durante todo o curso.

A maioria dos candidatos mostrou uma boa preparação durante a graduação na maioria dos itens avaliados. Houve poucas reclamações em relação às notas. Os resultados da avaliação de uma Instituição foram utilizados para as outras Instituições que aderiram ao programa, agilizando o processo seletivo.

A utilização de um formulário padronizado e a avaliação por uma Comissão de Avaliadores tornou o processo seletivo mais rápido e transparente, o que consideramos muito importante nos concursos de

residência médica. Por este motivo, a avaliação curricular padronizada foi considerada um grande avanço na avaliação dos médicos candidatos à residência em Minas Gerais.

ABSTRACT

Background: In Minas Gerais, the State Commission for Medical Residency (CEREM-MG) has been discussing the evaluation of curricular in its plenary meetings and has achieved significant advancements in this field over the past four years. The result of these discussions was the establishment of a Standardized CV (Curriculum Vitae) Evaluation Form, with clear objectives and criteria to assess the degree of proficiency acquired during the graduation course. The goal of this paper is to present the results of the standardized curriculum assessment of 1,109 candidates for medical residency in 2009, as well as tracing the profiles of the candidates. **Methods:** Assessing the curricula of all candidates who passed to the second round in the selection process for medical residency direct access programs of 16 hospitals in Minas Gerais, 12 of them being from Belo Horizonte. The selection process was conducted in two steps, the first one being a multiple-choice written exam and the second one a curriculum evaluation. There was no practical evaluation: all curricula were assessed by a Commission composed of six doctors, with previous three year experience in curriculum assessment in this very system. Each evaluator analyzed the same item in different groups of educational curricula using the same assessment criteria. Items assessed and the weight of each item were defined in advance and disseminated to the public. **Results:** Analyzing the theoretical-practical aspects of extra-curricular activities we concluded that 82.3% of the candidates participated in only one extracurricular activity and 55.5% engaged in two extra-curricular activities. In relation to monitoring activities, only 39.5% of candidates exerted monitoring with approbation in scholarship or selection processes. Regarding research activities, scientific experience, academic leagues, and courses recognized by the National Accreditation Commission significant data showed that 63.5% of candidates had participation as author/co-author of poster or free theme in congresses, seminars, symposia or 47.4% had a second participation as author/co-author of poster or free theme in congresses and 62% participated in events or courses recognized by the Commission. Finally, in relation to foreign language knowledge, 38% of the candidates presented intermediate/advanced levels. However, only 22% had written and oral fluency scores in internationally recognized language tests. **Conclusion:** The standardized curriculum evaluation represents a valid option to the last minute evaluation, as it consists in an evaluation of all the undergraduate's academic period, making it possible for a candidate to get significant scores only if there is continuous dedication throughout the course. Most candidates showed good undergraduate preparation in most assessed items. There have been few complaints in relation to the scoring. The results of the evaluation of an institution were used by the other institutions that have joined the program, thus enhancing the selection process. The use of a standardized form as well as evaluation by a Committee of evaluators made the selective process faster and more transparent, which we regard as very important in medical residency candidate selection processes.

Keywords: Internship and Residency; Curriculum; Education, Medical, Graduate.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Escolas Médicas [home page na internet]. Brasília: MEC/SESU, 2009. [atualizada em 16 de setembro de 2009; acesso em: 13 de julho de 2009]. Residência médica; [1 tela]. Disponível em: http://www.escolasmedicas.com.br/news2_det.php?cod=354;
- 2 - Pinotti H. Filosofia da Cirurgia. São Paulo: Edições OLM; 2009;
- 3 - Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM-MG). Manual de Residência Médica 2007: leis e resoluções vigentes [Manual em PDF]. Belo Horizonte: CEREM-MG, 2007; [atualizada em 16 de setembro de 2009; acesso em: 15 de julho de 2009]. Disponível em: [http://sac.seven.com.br/images/news_gold/7026_39/353/Manual%20de%20Residência%20Médica%202007.pdf;](http://sac.seven.com.br/images/news_gold/7026_39/353/Manual%20de%20Residência%20Médica%202007.pdf)
- 4 - Comissão Estadual de Residência Médica de Minas Gerais. Livro de Atas. Belo Horizonte: CEREM-MG; 2005-2009;
- 5 - Bermont T. 10 Insider secrets to a winning job search. Franklin Lanes: CAREER PRESS; 2004;

6 - Lei 11788, 25 setembro de 2008. [home Page na internet]. Brasília: Presidência da República, 2008; [atualizada em 16 de setembro de 2009; acesso em: 10 de julho de 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm;

Recebido em: 16/08/2009
Aprovado em: 14/09/2009
Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de Interesses: nenhum

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Lauro José Victor Avellán Neves
Rua Professor Júlio Mourão, 342
Bairro Luxemburgo
30380-340 Belo Horizonte – MG
e-mail: lauroavellan@gmail.com

Comissão de Residência Médica do Paraná tem nova diretoria

No início de outubro, foi eleita a nova diretoria executiva da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado do Paraná (Cermepar) para gestão 2009-2011. A chapa de consenso inscrita, encabeçada pelo Prof. Dr. Adriano Keijiro Maeda, foi eleita por aclamação pelos membros que fazem parte do Plenário da Cermepar. A votação ocorreu em 3 de outubro, a partir das 10h, na Plenária Wadir Rúpollo, 2.º andar da sede do CRMPR, em Curitiba.

A nova diretoria da Cermepar é formada por médicos de diversos hospitais-escola do Estado, confira abaixo a composição para a gestão de 2009 a 2011:

NOVA DIRETORIA

- Presidente: Adriano Keijiro Maeda, coordenador da Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Cajuru / PUCPR, em Curitiba.
- Vice-presidente: Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi, coordenadora da Comissão de Residência Médica do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba.
- 1.º secretário: Allan Cezar Faria Araujo, coordenador geral do Programa de Residência Médica da Universidade do Oeste do Paraná (Unioeste), em Cascavel.
- 2.º secretário: Alvo Orlando Vizzotto Junior, coordenador da Comissão de Residência Médica do Hospital Santa Rita, em Maringá.
- Tesoureiro: Cláudio Wiens, coordenador da Comissão de Residência Médica do Hospital e Maternidade Santa Brígida, em Curitiba.
- Diretor científico: Ângelo Luiz Tesser, diretor de Ensino Pesquisa e Extensão do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), em Curitiba.
- Conselho Fiscal (Composto por ex-presidentes da Cermepar):
Luiz Sallim Emed, Diretor Técnico do Hospital São Vicente e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Paraná;
João Carlos Simões, Professor da Faculdade Evangélica do Paraná, Chefe do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico do Paraná, fundador e editor científico da Revista do Médico Residente;
Jean Alexandre Furtado Correa Francisco, coordenador da Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).

BLOQUEIOS CARDÍACOS EM ESPONDILOARTRITES

Heart blocks in spondyloarthritis

Ana Paula Beckhauser de Campos¹
Marília Barreto Silva¹
Thelma L Skare¹
Ronald Kool²
Guilherme Barreto Gameiro Silva²
Jose Antonio da Silva³

Beckhauser AP, Silva MB, Skare TL, Kool R, Silva GBG, Silva JÁ. Bloqueios cardíacos em espondiloartrites. Rev. Méd. Res. 2009;11(3): 107-110.

RESUMO

Objetivo: A observação de que pacientes com espondiloartrites podem ter mais bloqueios cardíacos é controversa na literatura. Estudar a prevalência de bloqueios cardíacos numa população local de pacientes com espondiloartrites relacionando-se-as com marcadores inflamatórios da doença de base, presença de artrite periféricas e entesopatias.

Métodos: Estudaram-se 55 pacientes com espondiloartrites e 52 controles pareados para sexo e idade. Todos foram submetidos a ECG com 12 derivações. Os pacientes com ES foram submetidos à coleta de dados demográficos, clínicos, VHS, proteína C e ao BASDAI. **Resultados:** Encontrou-se uma prevalência de 16,3% de bloqueios na população de ES contra 19,2% nos controles ($p=0,69$). A ocorrência de bloqueios cardíacos nos pacientes com espondiloartrites não guardou relação com medidas de processo inflamatório medido pelo VHS ($p=0,49$), pela proteína C reativa ($p=0,71$) e pelo BASDAI ($p=0,29$). Também não esteve associado com outras características clínicas tais como tempo de doença ($p=0,71$), presença de artrite periférica ($p=0,71$) e de entesites ($p=0,26$).

Conclusão: A prevalência de bloqueios cardíacos na população de ES é semelhante ao da população geral.

Descritores: Espondiloartropatias; Artrite; Doenças vasculares.

INTRODUÇÃO

As espondiloartrites (ES) formam um conjunto de doenças reumáticas crônicas que afetam primariamente o esqueleto axial de homens jovens. Os principais representantes deste grupo são a espondilite anquilosante, a artrite reativa (ou síndrome de Reiter) e as espondiloartropatias da artrite psoriática e das doenças inflamatórias intestinais¹.

O quadro clínico dessas entidades está representado por tendinites e entesopatias, artrite periférica oligoarticular e manifestações extra-articulares como uveítes, conjuntivites, fibrose pulmonar apical e lesões cardiovasculares^{1,2}. No último grupo, a insuficiência aórtica é a alteração cardiovascular mais prontamente reconhecida. Todavia, outros achados têm sido atribuídos às espondiloartrites, como cardiomiopatias e bloqueios

de condução. A disfunção cardíaca parece contribuir para aumento de mortalidade nessa população^{1,2}.

Na prática diária, raramente detecta-se disfunção cardíaca. Entretanto, a importância dessa forma de complicação pode estar sendo subestimada uma vez que o sedentarismo imposto pela doença articular pode impedir a sua expressão clínica.

Na literatura, a prevalência de regurgitação aórtica tem sido vista em 2 a 10% dos casos de espondilite anquilosante³ e não existem muitos dados para as outras formas de espondiloartrites. Segundo Peeters e cols⁴, existem distúrbios de condução de 5 a 23% dos pacientes com ES e esta porcentagem aumenta para 33% em pacientes com doença acima de 25 anos de duração. Outros estudos, feitos em pacientes masculinos em uso

TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSTÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

1 - Médicas do Serviço de Reumatologia do HUEC

2 - Estudantes de Medicina do 9º período da UFPR

3 - Médico Cardiologista do Instituto de Neurologia e Cardiologia de Curitiba

de marcapassos, mostraram que 5 a 20% deles são HLA B27 positivos, embora a espondiloartrite soronegativa clínica só fosse reconhecida na metade deles no momento do seu implante^{4,5}. Assim, o bloqueio cardíaco pode ser a única manifestação da doença, aparecendo na ausência de manifestações articulares ou oculares das ES^{5,6}. Na artrite reativa, Good⁷ encontrou uma prevalência de 6% de bloqueios A-V, existindo a sugestão de que este possa ser um evento relativamente precoce na doença³. Já na artrite psoriática, um estudo feito em 92 pacientes mostrou prolongamento do intervalo PR significativamente mais longo do que na população normal; nenhum bloqueio completo foi encontrado⁸.

Já, de acordo com Khan e cols, os bloqueios, além de mais comuns em pacientes com doença de longa duração, também aparecem mais naqueles com envolvimento articular periférico e sexo masculino⁹. Embora a relação entre sexos nas espondiloartrites seja de três homens para uma mulher, 99% dos pacientes com disfunção cardíaca são homens¹⁰.

De maneira contundente, Brunner e cols², estudando as manifestações cardiovasculares das ES em 100 pacientes do sexo masculino com espondilite anquilosante por mais do que 15 anos, não encontrou aumento de cardiopatias valvulares e arritmias, sendo a taxa de bloqueios cardíacos da amostra estudada comparável com a da população em geral. Estes autores sugerem que dados referentes a doenças cardíacas associadas às espondiloartrites podem ter sido superestimadas no passado.

No presente estudo, procurou-se detectar a prevalência de alterações eletrocardiográficas em pacientes com ES, comparando-se com a prevalência na população normal e relacionando-as com marcadores inflamatórios da doença de base, presença de artrite periféricas e entesopatias.

MÉTODOS

Este é um estudo prospectivo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. Estudaram-se os pacientes com ES que frequentaram o Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba no ano de 2007, sendo excluídos aqueles com hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, dislipidemias, miocardiopatias, amiloidose, DPOC e história de abuso de álcool e/ou drogas ilícitas.

Dos 55 pacientes com espondiloartrites estudados, 39 tinham espondilite anquilosante, nove

tinham espondiloartrite indiferenciada, três tinham artrite reativa (ou Síndrome de Reiter), três tinham espondiloartrite psoriática e, um, espondiloartrite associada a doença inflamatória intestinal.

Foram coletados dados quanto a realização de eletrocardiograma de repouso com 12 derivações, os quais foram revistos por dois pesquisadores. Além disso, coletaram-se dados demográficos e de atividade inflamatória medida pela velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e pelo índice de atividade de Bath (BASDAI= Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). O BASDAI é um questionário de avaliação clínica no qual são graduados seis itens de história e exame físico e que pode variar de 0 a 10, sendo considerados significativos de alta atividade os valores acima de 4,0¹¹. (QUADRO 1).

QUADRO 1 – BASDAI ou *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*)

Coloque uma marca em cada linha abaixo indicando sua resposta para cada questão, relacionada à semana passada.

1 Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que você tem tido?

0 _____ 10cm

nenhum

intenso

2 Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença?

0 - - - - - 10cm - - - - -

nenhum

intenso

3. Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril?

0 - - - - - 10cm - - - - -

nenhum

intenso

4. Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas?

0 - - - - - 10cm - - - - -

nenhum

intenso

5. Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido à partir da hora em que você acorda?

0 _____ 10cm

nenhum

intenso

6. Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda?

0 30 min 1 h 1h30 2 h

Para controle, convidaram-se 52 pessoas que se autodeclararam saudáveis pareadas para sexo e idade.

RESULTADOS

Os pacientes estudados tinham idade mínima de 23 anos, máxima de 70 e média de 45.57 ± 11.06 anos e um tempo de diagnóstico variando entre 1 e 45 anos. O tempo de doença: mínimo foi de 1 ano, o máximo de 45 anos (média de 12.41 ± 10.57 anos). Existiam 23 mulheres e 32 homens. Em 41,66% existia doença articular periférica e em 59,5% existiam entesopatias. O VHS variou entre 1 e 71 mm na 1.^a hora (média de 20.52 ± 19.24 mm), a proteína C reativa entre 0 e 256 mg/dl (média de 36.21 ± 60.61 mg/dl) e o BASDAI entre 0 e 9 (média de 4.08 ± 2.74).

A população-controle compunha-se de 32 mulheres e 20 homens com idade entre 22 a 61 anos (média 44.23 ± 10.42 anos).

Os dados referentes ao pareamento das amostras encontram-se na tabela 1.

TABELA 1 – DADOS DO PAREAMENTO DA AMOSTRA

	Espondiloartrites	Controle	p
Gênero (M:F)	23:32	32:20	0,053 qui-quadrado
Idade	45.57 ± 11.06	44.23 ± 10.42	0,618 Mann Whitney

Na população de ES, existiam alterações eletrocardiográficas sugestivas de distúrbios de condução em 9 (ou 16,3%) pacientes: todos com envolvimento de ramo D do feixe de Hiss e um com BAV de 1.^o grau.

Na população-controle existiam alterações eletrocardiográficas sugestivas e distúrbios de condução em 10 (ou 19,2%), sendo todos localizados no ramo direito do feixe de Hiss, exceto por um paciente com hemibloqueio anterior esquerdo. ($p=0,69$, qui-quadrado).

Estudando-se a presença de alterações eletrocardiográficas em relação à atividade da doença e variabilidade fenotípica, encontraram-se os dados resumidos na tabela 2.

TABELA 2- ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS E ATIVIDADE DAS ESPONDILAORTROPATIAS E PRESENÇA DE BLOQUEIOS CARDÍACOS.

	Com bloqueios	Sem bloqueios	p
VHS (mm. na 1 ^h hora)	21.00 ± 14.40	20.01 ± 20.10	0,49 (Mann Whitney)
PCR (mg/dl)	0.61 ± 0.76	4.51 ± 9.81	0,71 (Mann Whitney)
BASDAI	3.07 ± 2.39	4.27 ± 2.79	0,29 (Mann Whitney)
Entesites (n=42)	5:9 (55,5%)	11:33 (33,3%)	0,26 (Fisher)
Artrite periférica (n=48)	3:9 (33,3%)	18:39 (36,7%)	0,71 (Fisher)

VHS= velocidade de hemossedimentação

PCR= proteína C reativa

BASDAI= Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

Quanto a tempo de duração de doença, ao se estudar pacientes com até 10 anos de doença, encontrou-se bloqueios em 4 de 27 (14,8%) e em 5 de 22 (22,7%) daqueles com mais de 10 anos, com $p=0,71$ (Fisher). (Dados disponíveis em 49 pacientes).

DISCUSSÃO

Doença cardíaca associada às espondiloartrites tem sido descrita como secundária à endarterite obliterativa de pequenas artérias e fibrose em tecidos cardíacos e ao redor da válvula aórtica, causando bloqueios e insuficiência aórtica³. Segundo Bergfeld, pacientes com espondiloartrites e bloqueios de ramos têm mais bloqueios localizados no nodo A-V (supra feixe de Hiss)³.

A análise dos dados obtidos no presente estudo mostra uma prevalência de bloqueios cardíacos em torno de 16% em pacientes com ES, em sua maioria bloqueios de ramo, sendo essa taxa semelhante à da população geral. Os dados encontrados estão de acordo com os de Brunner e cols², que encontraram bloqueio de ramo em 19 de 100 pacientes masculinos com mais de 15 anos de doença, contra 12,2% da população normal. Entretanto, algumas observações merecem consideração. A primeira delas é que a análise foi feita em um grupo com espondiloartrites em geral, o que pressupõe uma população relativamente heterogênea. A prevalência do HLA B27 varia nas diferentes formas de espondiloartrites, sendo alta na espondilite e mais baixa na doença inflamatória intestinal e espondiloartrite psoriática. Alguns autores têm associado a presença de bloqueios de ramo mais com a presença do HLA B27 do que com a doença reumática em si³. Infelizmente, na presente análise, não existia pesquisa do HLA B27 em número razoável de pacientes para permitir inferência estatística quanto a isto.

A segunda observação é a de que a população estudada encontrava-se relativamente bem controlada da doença inflamatória de base (como pode ser observado pelos valores médios do VHS, proteína C reativa e BASDAI). Bergfeld³ observou que existe uma natureza intermitente nesses bloqueios, associando-a ao grau do processo inflamatório local.

Por outro lado, é mister lembrar que as espondiloartrites, assim como todas as doenças inflamatórias crônicas, predispõe seu portador à aterogênese acelerada¹² facilitando ocorrência de lesões vasculares cardíacas que podem ser causa de bloqueios cardíacos. O fato de alguns autores terem associado uma maior prevalência de bloqueios

com tempo de duração da doença, não poderia sofrer influência dessa variável? Tais pacientes são mais velhos e têm mais tempo de sofrer de maneira cumulativa, as consequências cardiovasculares do processo inflamatório crônico^{12,13}. Além disso, a grande maioria dos trabalhos analisando a ocorrência de bloqueios em pacientes com espondilite antecede o conhecimento da influência da inflamação no processo aterosclerótico.

Resumindo: na presente análise – que abrangeu uma

população de espondiloartrites soronegativas com baixa atividade inflamatória no momento do estudo – não se encontrou uma maior prevalência de bloqueios de ramo do que na população geral. A ocorrência de bloqueios cardíacos nos pacientes com espondiloartrites não guardou relação com medidas de processo inflamatório e com outras características clínicas, tais como tempo de doença, presença de artrite periférica e de entesites.

ABSTRACT

Background: There is controversy in the literature about prevalence of heart blocks in spondyloarthritis patients. The objective was to study the heart block prevalence in the local spondyloarthritis population relating it with inflammatory markers, peripheral arthritis and enthesopathy. **Methods:** We studied 55 patients with spondyloarthritis and 52 healthy controls paired for gender and age. All of them were submitted to a 12 leads ECG. Values of ESR, C reactive protein, BASDAI, demographic and clinical data were collected from patients with spondyloarthritis. **Results:** We found a 16.3% prevalence of heart block in spondyloarthritis patients against 19.2 % in controls ($p=0,69$). In spondyloarthritis patients it was not found any relationship of heart blocks with ESR ($p=0,49$), C reactive protein (0,71), BASDAI ($p=0,79$), disease duration ($p=0,71$), presence of peripheral arthritis ($p=0,71$) and enthesitis ($p=0,26$). **Conclusion:** The heart block prevalence in spondyloarthritis patients is the same as in the general population.

Keywords: Spondylarthropathies; Arthritis; Vascular diseases.

REFERÊNCIAS

- 1 - Van der Heijde D. Ankylosing spondylitis. In: Klippel J, Stone JH, Crofford LJ, White PH (Eds). *Primer on Rheumatic Diseases*. 13^a ed. Atlanta: Springer Science; 2008. p.193-9.
- 2 - Brunner F, Kunz A, Weber U, Kissling R. Ankylosing spondylitis and heart abnormalities: do cardiac conduction disorders, valve regurgitation and diastolic dysfunction occur more often in male patients with diagnosed ankylosing spondylitis for over 15 years than in the normal population? *Clin Rheumatol*. 2006 Feb;25(1):24-9.
- 3 - Bergfeld L. HLA B 27 associated cardiac diseases. *Ann Intern Med*. 1997 Oct 15;127(8 Pt 1):621-9.
- 4 - Peeters AJ, Ten Wolde S, Sedney MI, de Vries RR, Dijkmans BA. Heart conduction disturbance: an HLA B27 associated disease. *Ann Rheum Dis*. 1991 Jun;50(6):348-50.
- 5 - Bergfeld L. HLA B27-associated rheumatic disease with severe cardiac bradyarrhythmias. Clinical features and prevalence in 223 men with permanent pacemakers. *Am J Med*. 1983 Aug;75(2):210-5.
- 6 - Bergfeld L, Edhag MJ, Wedin L, Vallin H. Ankylosing spondylitis: an important cause of severe disturbances of the cardiac conduction system. Prevalence among 223 pacemaker-treated men. *Am J Med*. 1982 Aug;73(2):187-91.
- 7 - Good AE. Reiter's disease: a review with special attention to cardiovascular and neurologic sequelae. *Semin Arthritis Rheum*. 1974 Spring;3(3):253-86.
- 8 - Feld J, Weiss G, Rosner I, Rozenbaum M, Laor A, Rimar D, et al. Electrocardiographic findings in psoriatic arthritis: a case controlled study. *J Rheumatol*. 2008 Dec;35(12):2379-82.
- 9 - Khan MA. Clinical features of ankylosing spondylitis. In Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds). *Rheumatology*. London: Mosby; 2003. p.1161-82.
- 10 - Ullusoy V, Ates A, Çiçekcioglu H, Avcioglu Y, Karaaslan Y. Third degree heart block developing in a female patient with HLAB27 positive ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*. 2006 Jun;26(8):779-80.
- 11 - Sivas F, Mermerci Baskan B, Erkol Inal E, Akbulut Aktekin L, Barça N, Ozoran K, et al. The relationship between enthesitis indices and disease activity parameters in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol*. 2009 Mar;28(3):259-64.
- 12 - Gonzalez-Gay MA, Vasquez-Rodriguez TR, Gonzáles- Juanatey C, Ilorca J. subclinical atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2008 Oct;35(10):2070-1.
- 13 - Vinsonneau U, Brondex A, Mansourati J, Saroux A, Cornily JC, Arlès F, et al. Cardiovascular disease in patients with spondyloarthropathies. *Joint Bone Spine*. 2008 Jan;75(1):18-21.

Recebido em: 19/03/2009

Aprovado em: 23/04/2009

Fonte de financiamento: nenhuma

Conflito de Interesses: nenhum

Endereço para correspondência:

Ana Paula Beckhauser de Campos
Rua Francisco Torres 381, ap. 1104
80060-130 - Curitiba - PR
e-mail: anabeckh@hotmail.com

NEFROLITÍASE ASSOCIADA AO USO DE TOPIRAMATO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Nephrolithiasis associated with the use of topiramate in pediatric population

Luis Alberto Batista Peres¹
José Roberto Leonel Ferreira²
Marta Regina Clivati³
Júlio Ricardo Ramos⁴

Peres LAB, Ferreira JRL, Clivati MR, Ramos JR. Nefrolitíase associada ao uso de topiramato na população pediátrica. Rev. Méd. Res. 2009;11(3):111-114.

RESUMO

Objetivo: Topiramato é uma droga antiepiléptica com ação inibitória da anidrase carbônica, utilizada nas epilepsias da infância e possui alguns efeitos colaterais como nefrolitíase. Estimar a prevalência de nefrolitíase em crianças e adolescentes usuários de topiramato. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 20 crianças e adolescentes usuários de topiramato. Ultrassonografia de vias urinárias foi realizada em todos os pacientes. Os seguintes achados foram registrados: idade, sexo, raça, peso, doença neurológica de base, história familiar de nefrolitíase e dose utilizada de topiramato. A prevalência de nefrolitíase foi calculada. **Resultados:** A média de idade foi de $8,4 \pm 4,6$ anos, 80% eram caucasianos e 60% do sexo masculino. A prevalência de nefrolitíase no grupo estudado foi de 10%. **Conclusão:** A prevalência de nefrolitíase em pacientes usuários de topiramato na faixa etária pediátrica neste estudo foi maior do que previamente reportado. Monitorização do trato urinário é necessário em crianças e adolescentes usuários de topiramato para investigação de nefrolitíase.

Descritores: Topiramato; Nefrolitíase; Acidose tubular renal.

INTRODUÇÃO

A nefrolitíase ocorre infreqüentemente na faixa etária pediátrica com uma prevalência variando de 1/1.000 a 1/7.000 admissões hospitalares¹. O sexo masculino predomina na maioria das séries, bem como a raça branca². A recorrência é comum e fatores predisponentes coexistentes podem contribuir para o seu aumento, dentre eles, uso de drogas, como o topiramato^{3,4}.

O topiramato é um novo anticonvulsivante aprovado para uso em crianças desde 1999. Seu mecanismo de ação envolve o bloqueio dos tipos II e IV da anidrase carbônica, efeito responsável por algumas de suas reações adversas^{5,6}. Pode causar bicarbonatúria com conseqüente acidose metabólica hiperclorêmica com ânion-gap normal e hipocitratúria, responsáveis pelo aumento do risco de litíase do trato urinário⁷.

Há poucos relatos de nefrolitíase secundária ao uso de topiramato na faixa etária pediátrica e sua real prevalência ainda é desconhecida⁸. O objetivo do presente estudo foi de avaliar a prevalência de nefrolitíase em crianças e adolescentes usuários de topiramato em nosso meio.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIOESTE. Foram encaminhadas para o Ambulatório de Nefrologia do Hospital Universitário do Oeste do Paraná todas as crianças e adolescentes em uso de topiramato, no período de 1.º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2008, provenientes do Ambulatório de Neuropediatria. Foram obtidos os seguintes dados: idade, raça, sexo,

TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE.

1 - Professor adjunto da disciplina de Nefrologia da UNIOESTE

2 - Professor assistente da disciplina de Diagnóstico por Imagem da UNIOESTE

3 - Neuropediatra do Centro Regional de Especialidades de Cascavel - PR

4 - Residente de Pediatria do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

história familiar de nefrolitíase, doença de base, dose de topiramato e ecografia do trato urinário. Foi calculada a prevalência de nefrolitíase no grupo em uso de topiramato.

Os dados foram armazenados em banco de dados do *Microsoft Excel 2007*[®] e analisados por meio das estatísticas descritivas: média aritmética, desvio padrão, valores mínimo e máximo e frequência bruta e percentual. A prevalência de nefrolitíase foi calculada.

RESULTADOS

No período de janeiro a dezembro de 2008, 30 crianças foram atendidas no Ambulatório de Neuro-pediatria em uso de topiramato e foram encaminhadas para o Ambulatório de Nefrologia para avaliação do trato urinário. Destas, 20 crianças concluíram a investigação. A idade média no grupo em estudo foi de $8,4 \pm 4,6$ anos (variando entre 2 e 18 anos), a raça branca (80%) e o sexo masculino (60%) predominaram. História familiar de nefrolitíase foi positiva em 20% dos pacientes. A indicação do topiramato foi epilepsia refratária em 50% dos casos. A dose de topiramato utilizada variou entre 2 a 9 mg/kg/dia, com média de 5,1 mg/kg/dia, sendo que metade dos pacientes utilizava a dose entre 2 a 5 mg/kg/dia. O tempo de uso de topiramato pelo grupo em estudo foi de $15,2 \pm 11,1$ meses (variando entre 2 e 42 meses). A maioria dos pacientes (55%) fazia uso da medicação em período inferior a 12 meses. Dos 20 pacientes submetidos à ultrassonografia do trato urinário, nefrolitíase foi diagnosticada em dois pacientes do sexo feminino, ambos com idade de nove anos. A prevalência de nefrolitíase foi de 10%.

DISCUSSÃO

Há poucos relatos descritos na literatura de nefrolitíase em crianças utilizando o topiramato até o momento⁸. Aproximadamente 1,5 a 2% de pacientes adultos tratados com topiramato apresentam nefrolitíase⁹, sendo desconhecida a sua real prevalência em crianças e adolescentes⁸.

Topiramato é um anticonvulsivante utilizado recentemente em adultos e crianças. Tem sido preconizado também no tratamento de cefaleias¹⁰. Entre outros efeitos inibe a anidrase carbônica no túbulo proximal. Pode causar bicarbonatúria com consequente acidose metabólica hiperclorêmica com ânion-gap normal e hipocitratúria, efeitos responsáveis pela predisposição à litíase do trato urinário⁶.

Hian-Tat e colaboradores¹⁰ não encontraram nenhum caso em 22 crianças tratadas e acompanhadas ecograficamente por 12 meses. No entanto, Barnett e colaboradores¹¹ referem uma incidência superior à da população adulta em uma série de 40 crianças tratadas.

Alarcón-Martínez e colaboradores⁷ (2006) relatam dois casos de nefrolitíase associada ao uso de topiramato em crianças e citam que até a sua publicação havia apenas cinco casos relatados. Relatam um caso em uma menina de três anos e em um menino de quatro anos.

Kossov e colaboradores¹² relatam nefrolitíase associada a uso de topiramato e dieta cetogênica em cinco crianças de um total de 80 submetidos a este tratamento, com uma incidência de 6,3%. A dose média de topiramato utilizada nas crianças com litíase urinária foi de 8,4 mg/kg/dia contra 7,3 mg/kg/dia naquelas que não apresentaram. A duração da terapia até o diagnóstico de nefrolitíase variou de cinco a 10 meses, sendo que duas crianças apresentavam condições predisponentes, uma estenose de junção ureteropélvica e uma bexiga neurogênica. Estes autores recomendam a descontinuação do topiramato quando do diagnóstico de litíase urinária.

Goyal e colaboradores relataram recentemente evidência clínica de nefrolitíase em 54% de 24 crianças em uso de topiramato após um tempo médio de tratamento de 36 meses⁴. Os autores alertam para o fato de estes pacientes apresentarem elevado risco de desenvolvimento de nefrolitíase, devendo ser monitorados com exames de imagem do trato urinário.

Insuficiência renal aguda provavelmente associada ao uso de topiramato foi relatada recentemente em dois casos, por autores diferentes, com necessidade de hemodiálise. O quadro foi não oligúrico. Portanto, monitorização da função renal é importante em indivíduos fazendo uso de topiramato^{15,16}.

É importante que o neurologista tenha conhecimento do risco de nefrolitíase associada ao uso de topiramato, pois suas indicações neurológicas vêm aumentando recentemente. Tem sido utilizado recentemente em cefaleia crônica¹⁶, neuralgia do trigêmio¹⁷, dependência de álcool¹⁸ e cocaína¹⁹, hipertensão intracraniana idiopática²⁰, tremor essencial²¹ e enxaqueca em crianças²², dentre outras indicações. Nosso estudo apresenta algumas limitações. O tamanho da amostra é pequeno, porém é representativo da nossa área de abrangência. A real prevalência pode ser

ainda maior, pelo fato de termos realizado o estudo ultrassonográfico em uma única oportunidade e pelo fato da maioria dos pacientes estar utilizando a medicação por período curto.

Há poucos relatos de nefrolitíase secundária ao uso de topiramato em crianças e sua real prevalência ainda é desconhecida⁴. O objetivo do presente estudo foi de avaliar a prevalência de nefrolitíase em crianças usuárias de topiramato em nosso meio. Até o nosso conhecimento não há estudo nacional que avaliou a prevalência de

nefrolitíase associada ao uso de topiramato na faixa etária pediátrica.

CONCLUSÃO

Avaliamos a prevalência de nefrolitíase associada ao uso de topiramato em crianças na faixa etária pediátrica. Salientamos a importância de monitorização com exames de imagem em crianças utilizando o topiramato. Deve-se considerar o risco-benefício dos efeitos da droga.

ABSTRACT

Background: Topiramate is an antiepileptic drug that acts as a carbonic anhydrase inhibitor used in childhood epilepsy and it does account for certain side effects such as nephrolithiasis. The objective was to estimate the prevalence of nephrolithiasis in pediatric population using topiramate. **Methods:** A transversal study was performed in 20 children using topiramate. An ultrasonogram of urinary tract was performed in all children. The following data were recorded: age, gender, race, weight, neurological disease, familial history of nephrolithiasis and topiramate's dosis. Prevalence of nephrolithiasis was calculated. **Results:** Mean age was 8.4 ± 4.6 years, 80% were caucasian and 60% were male. The prevalence of nephrolithiasis was 10%. **Conclusion:** The prevalence of nephrolithiasis in pediatric topiramate users is greater than previously reported. Monitoring urinary tract is necessary in children and adolescents using topiramate.

Keywords: Topiramate; Nephrolithiasis; Renal Tubular acidosis.

REFERÊNCIAS

- 1 - Kroovand RL. Pediatric urolithiasis. *Urol Clin North Am.* 1997 Feb;24(1):173-84;
- 2 - Manthey DE, Tiechman J. Nephrolithiasis. *Emerg Med Clin North Am.* 2001 Aug;19(3):633-54, viii.
- 3 - Minevich E. Pediatric urolithiasis. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Dec;48(6):1571-85.
- 4 - Goyal M, Grossberg RI, O'Riordan MA, Davis ID. Urolithiasis with topiramate in nonambulatory children and young adults. *Pediatr Neurol.* 2009 Apr;40(4):289-94;
- 5 - Glauser TA. Topiramato. *Epilepsia.* 1999;40 Suppl 5:S71-80;
- 6 - Herranz JL. [Current data on topiramate]. *Rev Neurol.* 2000 Jun;30 Suppl 1:S132-6
- 7 - Tebb Z, Tobias JD. New anticonvulsants--new adverse effects. *South Med J.* 2006 Apr;99(4):375-9;
- 8 - Alarcón-Martínez H, Casas-Fernández C, Escudero-Rodríguez N, Cao-Avellaneda E, Domingo-Jiménez R, Puche-Mira, et al. [Nephrolithiasis and topiramate]. *Rev Neurol.* 2006 Jan 16-31;42(2):91-4;
- 9 - Natsch S, Hekster YA, Keyser A, Deckers CL, Meinardi H, Renier WO. Newer anticonvulsant drugs: role of pharmacology, drug interactions and adverse reactions in drug choice. *Drug Saf.* 1997 Oct;17(4):228-40;
- 10 - Mei D, Ferraro D, Zelano G, Capuano A, Vollono C, Gabriele C, et al. Topiramate and triptans revert chronic migraine with medication overuse to episodic migraine. *Clin Neuropharmacol.* 2006 Sep-Oct;29(5):269-75;
- 11 - Hian-Tat O, Wei-Ling L, Wei-Kin G, Pohn-Sim L. Low risk of developing renal stones or nephrocalcinosis. In: *Pediatric patients on topiramate-6 and 12 months follow-up.* 56th Annual Meeting of the AES. Seattle, WA; 2002;
- 12 - Barnett SM, Jackson AH, Braden GL, Garb JL, Gilmore HE, Rosen BA, et al. Nephrolithiasis and nephrocalcinosis in children taking topiramate for seizures. New Orleans: American Epilepsy Society; 2004;
- 13 - Kossof EH, Pyzik PL, Furth SL, Hladky HD, Freeman JM, Vining EP. Kidney stones, carbonic anhydrase inhibitors, and the ketogenic diet. *Epilepsia.* 2002 Oct;43(10):1168-71;
- 14 - Lisart RF, Javierre AH, Muñoz MS, Benages EI, Almiñana MA. Fallo renal agudo probablemente asociado a topiramato. *Farm Hosp.* 2003; 27(2): 105-8;
- 15 - Ferriols LR, Heras JA, Sanz Muñoz M, Ibáñez BE, Alós AM. Acute renal failure probably associated with topiramate. *Farm Hosp.* 2003 Mar-Apr;27(2):105-8;
- 16 - Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW, Freitag FG, Ramadan N, Mathew N, et al. Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Headache.* 2007 Feb;47(2):170-80;
- 17 - Domingues RB, Kuster GW, Aquino CC. Treatment of trigeminal neuralgia with low doses of topiramate. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007 Sep;65(3B):792-4;

- 18 - Muralidharan K, Rajkumar RP, Rao SA, Benegal V. Topiramate-induced psychosis in an individual with alcohol dependence: a case report. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(4): 317-8;
- 19 - Johnson BA. Recent advances in the development of treatments for alcohol and cocaine dependence: focus on topiramate and other modulators of GABA or glutamate function. *CNS Drugs*. 2005;19(10):873-96;
- 20 - Celebisov N, Gökçay F, Sirin H, Akvürekti O. Treatment of idiopathic intracranial hypertension: topiramate vs acetazolamide, an open-label study. *Acta Neurol Scand*. 2007 Nov;116(5):322-7;
- 21 - Zesiewicz TA. Low-dose topiramate (topamax) in the treatment of essential tremor. *Clin Neuropharmacol*. 2007 Jul-Aug;30(4):247-8;
- 22 - Lakshmi CV, Singhi P, Malhi P, Ray M. Topiramate in the prophylaxis of pediatric migraine: a double-blind placebo-controlled trial. *J Child Neurol*. 2007 Jul;22(7):829-35.

Recebido em: 29/06/2009
Aprovado em: 16/07/2009
Conflito de Interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Luis Alberto Batista Peres,
Rua São Paulo 769, ap 901 - Centro
85801-020 Cascavel - PR
e-mail: peres@certto.com.br

NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA PASSA A VIGER EM 2010

Após dois anos de debate e análise de 2.677 sugestões enviadas por médicos e entidades de todo o País, o novo Código de Ética Médica foi aprovado e publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro. O documento passa a vigorar em 23 de março de 2010 e contará com 118 artigos.

Entre as recomendações do novo Código estão as de que os médicos não devem se submeter à pressão de compradores dos serviços para atender maior número de pacientes por jornada e nem podem vender medicamentos ou ganhar comissão da indústria por produtos que recomendar. Em palestras e trabalhos científicos, os profissionais precisam deixar claro se são patrocinados.

Outra mudança é a proibição de criar embriões para pesquisa e a escolha do sexo do bebê nas clínicas de reprodução assistida. O Código aborda ainda a autonomia do paciente, destacando o direito à informação sobre a própria saúde e às decisões sobre o tratamento, sempre em parceria com o médico. O Código atual, com 145 artigos, está em vigência há mais de 20 anos.

NOVO CÓDIGO NO 47º COBEM

Para colaborar com a divulgação do novo Código de Ética Médica, o Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR) editou e distribuiu, em seu estande no 47º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), uma cartilha com a íntegra do novo Código e a Resolução 1931/2009, que trata da aprovação do texto. A publicação chamou a atenção de muitos profissionais e estudantes, sendo uma das mais procuradas no estande. Foram produzidos cinco mil exemplares do material, parte dos quais distribuída aos congressistas, em outros eventos recentes do Conselho e também na Sede e nas Delegacias Regionais. O CRM-PR também disponibiliza os Códigos (atual e futuro) para consulta em seu portal na internet www.crmpr.org.br, no link Código de Ética.

SÓCRATES E PSICOTERAPIA COGNITIVA

Socrates and Cognitive Psychotherapy

Mauro Porcu¹
Ricardo Franzin²

Porcu M, Franzin R. Sócrates e psicoterapia cognitiva. Rev. Méd. Res. 2009;11(3):115-118.

RESUMO

O autor discorre sobre a relação existente entre o questionamento proposto pelo filósofo grego Sócrates e a Terapia Cognitiva. A Terapia Cognitiva (TC) é uma abordagem psicoterapêutica recente, proposta e estudada primeiramente por Aaron Beck, psiquiatra americano, em meados de 1960. A TC é uma psicoterapia relativamente breve, focalizada em uma gama extensiva de problemas psíquicos tais como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, raiva, conflitos matrimoniais, transtornos sexuais, solidão, pânico, fobias, transtornos alimentares, abuso e dependência de substâncias psicoativas e álcool e transtornos de personalidade. O foco da terapia é o pensamento, sendo que o terapeuta ajuda o paciente a identificar distorções específicas (usando avaliação cognitiva) e orienta como mudar este pensamento.

Descritores: Terapia cognitiva; Psicoterapia.

INTRODUÇÃO

A psiquiatria, sendo uma especialidade médica, faz uso de uma ampla e complexa fonte de conhecimentos para sua adequada prática. Além do conhecimento biológico, inerente à Medicina, é necessário o conhecimento sobre diversas ciências, tais como filosofia, antropologia, sociologia, artes e literatura. Tal conhecimento se faz pela necessidade do psiquiatra compreender a complexidade humana, condição essencial para o correto diagnóstico do sofrimento psíquico, e por meio da melhor evidência disponível, aconselhar, coordenar ou entregar intervenções para melhorar a saúde, exercendo, por conseguinte, sua prática com esmero.

Dentre as diversas formas de terapias aplicadas em psiquiatria, a psicoterapia é uma ferramenta importante ao diagnóstico e tratamento psiquiátrico. A Psicoterapia Cognitiva é, atualmente, a que mais evidências apresenta, sendo cientificamente eficaz a vários transtornos psíquicos. O pensamento, uma das mais nobres e importantes funções psíquicas, é o elemento angular a ser abordado nesta terapia. Porém, muitos séculos antes da Terapia Cognitiva ser elaborada, esta mesma função psíquica foi tratada, através de questionamentos, pelo filósofo grego Sócrates.

QUEM FOI SÓCRATES?

Nasceu no ano de 469 a.C., quase cinco séculos antes de Cristo, na cidade de Atenas, Grécia, numa época de grande desenvolvimento cultural e econômico, e viveu 70 anos. Filho de parteira e de escultor, exerceu inicialmente a profissão do pai e, como integrante do exército ateniense, participou da Guerra do Peloponeso (431-404 a.C., entre Atenas e Esparta e respectivas cidades aliadas). Por último, seguiu o caminho da filosofia, convicto de que assim seria mais útil à sociedade ateniense, investigando junto às pessoas o quanto de fato elas sabiam. Aos 70 anos de idade, Sócrates foi condenado à morte, julgado devido acusações feitas pelos artesãos, políticos e poetas (classes intelectuais da época), de que exercia influência maléfica sobre a juventude.

Sócrates foi um expoente, um cientista, cujos possíveis escritos nem foram preservados. Conhecemos Sócrates através de Platão (428-348 a.C.), que foi seu discípulo mais próximo e escreveu sobre ele. Após a morte do mestre, Platão dedicou-se à construção de suas próprias obras, sempre influenciado pelos ensinamentos de seu tutor. Seu discípulo, Aristóteles (384-322 a.C.),

TRABALHO REALIZADO NA DISCIPLINA DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ (UEM)

1 - Supervisor do programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Estadual de Maringá - PR. Coordenador da Comissão de Residência Médica da Universidade Estadual de Maringá - PR.

2 - Médico Residente do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Estadual de Maringá - PR.

construiu, sobre os ensinamentos de Sócrates e Platão, suas próprias ideias e foi mestre de Alexandre, o Grande (356-323 a.C.), o jovem imperador macedônico, um dos maiores conquistadores de todos os tempos e responsável pela criação do mundo helenístico.

O QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO

Após ser integrante do exército ateniense, Sócrates recebeu de Querofontes, seu amigo, uma notícia que iria nortear sua vida intelectual. Querofontes havia estado com o oráculo de Delfos, que exercia um papel importante na antiguidade e representava para os gregos uma autoridade importante de inspiração divina. Foi esta figura mística que forneceu a Sócrates um importante impulso para sua atuação pública. O oráculo revelou a Querofontes que Sócrates era o homem mais sábio da época. Sócrates, segundo sua defesa frente ao júri, não acreditava ser o mais sábio, pois tinha consciência de que não sabia de muitos assuntos. Mas este veredicto do oráculo o fez atuar em público a fim de questionar o real conhecimento próprio e dos atenienses. Começa então um dos maiores legados de Sócrates ao conhecimento humano: o questionamento socrático.

O questionamento, segundo Sócrates, é o maior instrumento para adquirir sabedoria. Ao questionarmos a nós mesmos, saberemos de fato, o quanto sabemos sobre algo e o que imaginamos saber. Quando praticamos o questionamento, estamos pensando. Para Sócrates, é justamente a consciência da diferença do pensar e do imaginar que nos torna sábios. Ao imaginarmos algo sobre determinado assunto, estaremos nos distanciando da realidade e distorcendo o real sentido das coisas. Este distorcer fatos reais ganhará um novo conceito, posteriormente com a Terapia Cognitiva, o de Distorção Cognitiva.

“SÓ SEI QUE NADA SEI”?

A famosa e categórica afirmação atribuída a Sócrates, admitida e largamente utilizada, não espelha a parte mais nobre e central de seu pensar nem faz jus ao valor intelectual deste filósofo. Sócrates colocava-se frente ao seu interlocutor como alguém que nada sabia sobre o assunto, mesmo que já o soubesse, a fim de começar do zero e, juntos, chegarem a uma sabedoria mais avançada.

Porém, “só sei que nada sei” não condiz com o papel investigador e perspicaz que Sócrates desempenhou. Segundo estudiosos contemporâneos,

é uma afirmação simplista, modificada, um “trocadilho engehado por estudiosos com o objetivo de tipificar a ironia socrática”. Obedecendo ao texto original em grego escrito por Platão, Sócrates disse: “*Eu, o que de fato não sei, também não fico pensando que sei*”.

Esta frase caracteriza o pensamento deste filósofo, o qual diz que é justamente o fato dele não pensar que sabe o que não sabe, que o torna mais sábio que os outros. Tal pensamento faz-se fiel durante toda sua atuação pública, até mesmo em suas últimas palavras quando disse que não tinha medo da morte, pois não a conhecia realmente: “*Mas agora está na hora de ir. Para mim é hora de morrer e para os senhores de viver. Quem de nós irá de encontro a um destino melhor, ninguém sabe, só Deus*”.

A TERAPIA COGNITIVA

No final dos anos 50, nos Estados Unidos, observou-se que psicanalistas e behavioristas chegaram a um inusitado consenso: a insatisfação com os próprios modelos de depressão, respectivamente, o modelo psicanalítico da raiva retroflexa e o modelo behaviorista do condicionamento operante.

Na década de 60, Aaron T. Beck, um psiquiatra com formação psicanalítica, ao pesquisar pacientes deprimidos, observou que nesse transtorno do humor o paciente apresentava uma visão distorcida e negativa de si mesmo, do mundo no qual vive e de seu futuro (triade cognitiva).

Em 1977, é lançado o *Journal of Cognitive Therapy and Research*, o primeiro periódico a tratar de Terapia Cognitiva. Em 1985, a palavra “cognição” passa a ser aceita em publicações da *Association for the Advancement of Behavior Therapy* (AABT). E em 1987, em uma pesquisa realizada entre membros da AABT, 69% se identificaram como tendo uma orientação cognitiva.

QUEM É AARON T. BECK?

Aaron T. Beck nasceu em 1921. Graduiu-se em 1942 em Inglês e Ciências Políticas pela Brown University, seguindo para a Escola de Medicina da Universidade de Yale, onde completou sua residência em Neurologia. Em 1953, concluiu a residência em Psiquiatria e, em 1954, tornou-se Professor de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Pennsylvania, onde, nos anos 60, criou o Centro de Terapia Cognitiva. Em 1967, Beck publicou sua primeira obra importante: “*Depressão:*

Causas e Tratamento" (1967). Em 1976, publicou "*Terapia Cognitiva dos Transtornos Emocionais*", obra na qual a terapia cognitiva foi apresentada como um novo sistema de psicoterapia, e, em 1979, publica a obra mais citada na literatura especializada: "*Terapia Cognitiva da Depressão*". Ao todo, publicou mais de 500 artigos, é autor e coautor de dezessete livros, e palestrou em diversos países. Em 1986, foi aceito como membro da AABT. Em 1995, fundou, com sua filha Judy Beck, o Beck Institute. Em 1996, retornou à Universidade da Pennsylvania como Professor Emérito. Recebeu inúmeros títulos e prêmios, sendo o único psiquiatra a receber prêmios, devido suas pesquisas, da Associação Americana de Psiquiatria e da Associação Americana de Psicologia.

PRINCÍPIO DA TERAPIA COGNITIVA

O princípio da Terapia Cognitiva pode ser assim descrito: nossas emoções e comportamentos, bem como nossa motivação, não são influenciadas diretamente pelas situações, mas sim pela forma como processamos essas situações, ou seja, pelas interpretações que fazemos dessas situações, pela representação dessas situações, ou pelo significado que atribuímos a elas. As interpretações, representações ou atribuições de significado refletem-se no conteúdo de nossos pensamentos automáticos, ditos pensamentos automáticos negativos (PAN), que ocorrem em nível pré-consciente. Para modificar emoções e comportamentos, o terapeuta intervém sobre a forma do indivíduo processar informações, ou seja, interpretar, representar ou atribuir significado a eventos, buscando promover mudanças em seu sistema de esquemas e crenças disfuncionais.

Indivíduos que apresentam disfunções psicopatológicas na interpretação, representação ou atribuição de significado às situações, refletidos pelos PAN, podem, gradualmente, perder sua flexibilidade cognitiva. Esta perda predispõe o indivíduo a distorções cognitivas e à rigidez cognitiva, ou seja, resistência ao reconhecimento de interpretações alternativas. A rigidez cognitiva, em conjunto com fatores biológicos, motivacionais e sociais, originariam os transtornos emocionais. O portador de um transtorno emocional tem uma tendência aumentada de distorcer eventos ao invés de percebê-los e, uma vez feita uma atribuição negativa ao evento, apresenta resistência ao reconhecimento das interpretações alternativas, perpetuando o transtorno psíquico.

Dessa forma, o objetivo básico da Terapia

Cognitiva é flexibilidade cognitiva, ou seja, procurar interpretações alternativas para explicar os eventos. Dito em outras palavras, a flexibilidade cognitiva permite tornar os pensamentos (interpretações, representações ou atribuições de significado), que nos ocorrem frente a situações (sobre nós mesmos, o mundo ou o futuro), apenas como hipóteses, que poderão ser confirmadas ou refutadas através de um processo racional.

RELAÇÃO SÓCRATES E TERAPIA COGNITIVA

Como Sócrates, o pai da filosofia, que viveu há vinte e cinco séculos, poderia ter relação com a mais nova das psicoterapias, formulada a menos de cinquenta anos? Conforme exposto, a terapia cognitiva foi elaborada após insatisfação com o modelo psicanalítico e behaviorista e a observação de que pacientes deprimidos apresentavam pensamentos automáticos negativos em relação a si mesmos, ao mundo e ao futuro (triade cognitiva). Estes pensamentos negativos são formados através de distorções cognitivas, isto é, de interpretações disfuncionais do evento vivenciado devido à ausência de flexibilidade cognitiva. Esta rigidez cognitiva impossibilita o indivíduo de reconhecer interpretações alternativas que, em conjunto com fatores biológicos, motivacionais e sociais, originam os transtornos emocionais.

O objetivo da Terapia Cognitiva é promover a flexibilidade cognitiva, ou seja, orientar adequadamente o indivíduo para que este possa reconhecer suas distorções cognitivas (pensamentos automáticos negativos) e considerar suas interpretações, distorcidas no caso dos pacientes com transtornos psiquiátricos, apenas como hipóteses. Essas hipóteses poderão então ser "testadas", ou seja, confrontadas, e poderão ser validadas ou refutadas. Esta confrontação se dá pela formulação de interpretações alternativas frente ao evento, tornando o indivíduo capaz de gerir sua saúde psíquica.

É justamente na formulação de interpretações alternativas ao evento, objetivo da Terapia Cognitiva, que Sócrates se revela precursor e sábio. Quando se pratica o questionamento sócrático, exercita-se a flexibilidade cognitiva. O questionamento busca a reflexão sobre o verdadeiro significado que os eventos possuem, sobre o que é real (percepção) e o que é imaginação (distorção cognitiva). Através do questionamento, identificam-se os pensamentos automáticos negativos e buscam-se interpretações alternativas que possam confrontar as crenças e esquemas disfuncionais, característicos dos

transtornos psíquicos.

O questionamento sócrático, quando devidamente praticado pelos médicos, permite que os mesmos possam, por meio da melhor evidência disponível, aconselhar, coordenar ou entregar intervenções para melhorar a saúde dos pacientes. O questionamento permite que os médicos não infiram (distorção cognitiva) sobre os fatos e reais condições, promovendo uma adequada

percepção e interpretação da condição de saúde que o paciente apresenta. O questionamento ensinado por Sócrates, quando praticado, proporciona a avaliação cognitiva e, conseqüentemente, a flexibilidade cognitiva, tornando os médicos profissionais assertivos, flexíveis e aptos a serem continentos e a reconhecer alternativas diagnósticas e terapêuticas frente aos pacientes.

ABSTRACT

The author discusses the relationship between questioning proposed by the Greek philosopher Socrates and cognitive therapy. Cognitive therapy (TC) is a recent proposal psychotherapy approach and first studied by Aaron Beck, psychiatrist, in the mid-1960s. The TC is a psychotherapy relatively brief, focused on an extensive range of psychological problems such as depression, bipolar disorder, anxiety, anger, schizophrenia, marital conflicts, sexual disorders, loneliness, panic, phobias, food disorders, substance abuse and dependence and alcohol addiction and personality disorders. The focus of the therapy is thought, and the therapist helps the patient to identify specific distortions (using cognitive) assessment and tells the patient how to change this thought.

Keywords: Cognitive therapy; Psychotherapy.

REFERÊNCIAS

- 1 - Stone IF. O julgamento de Sócrates. São Paulo: Companhia das letras; 2005.
- 2 - Huisman D. Sócrates. São Paulo: Loyola; 2006.
- 3 - Beck JS. Terapia Cognitiva – teoria e prática. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.
- 4 - McMullin RE. Manual de técnicas de terapia cognitiva. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Recebido em: 12/08/2009

Aprovado em: 14/09/2009

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Endereço para correspondência:

Mauro Porcu

Av. Mandacaru, 1590 - Jardim Canadá

87080-000 - Maringá - PR

Fone: (44) 2101-9119

E-mail: mp@wnet.com.br

NOVO REGIMENTO

Em 2006 foi divulgada a Resolução CNRM n.º 01, que dava novas formas sobre a estrutura, composição, organização e funcionamento das Comissões Estaduais de Residência Médica. Porém, o Conselho Deliberativo era composto de uma estrutura muito complexa e de muitas pessoas que representavam diversas entidades. No ano de 2008, foi apresentada em reunião da plenária da CNRM nova proposta para que as Comissões Estaduais adotassem, em seus regimentos e estatutos, um Conselho Deliberativo mais enxuto e mais realista baseado na Resolução n.º 01/2005. Assim, em março de 2009, foi aprovado novo regimento e estatuto social da Cermepar. Está disponível no Manual do Médico residente ou pode ser solicitado pelo fone (41) 3240-4049 ou por e-mail: cermepar@crmpr.org.br

DERRAME PERICÁRDICO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL. RELATO DE CASO

Pericardial effusion as Initial Manifestation of Systemic Lupus Erythematosus: case report

Marcos Antonio da Silva Cristovam¹
Adriana Chassot Bresolin²
Manoel Fernando Silva Leite²
Nelson Ossamu Osaku²
Gleice Fernanada Costa Pinto Gabriel²
Danieli Alessi³

RESUMO

O lupus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune, com envolvimento multissistêmico, mais prevalente em mulheres após a puberdade, de etiologia desconhecida. Alguns dos sistemas mais frequentemente envolvidos são: cérebro, pulmões, coração, rins, pele, serosas e os componentes do sangue. A pericardite é das manifestações mais comuns no LES da criança e pertence aos critérios diagnósticos de LES. Frequentemente assintomática, é revelada apenas pelo ecocardiograma, mas há casos raros que evoluem para o tamponamento cardíaco. Apresenta-se o caso clínico de uma adolescente do sexo feminino, com quadro clínico de derrame pericárdico causado pelo LES, que foi submetida à drenagem cirúrgica e tratada clinicamente com corticoesteróide com boa evolução.

Descritores: Derrame pericárdico; Lupus Eritematoso Sistêmico.

INTRODUÇÃO

O lupus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença de etiologia multifatorial, de natureza inflamatória, com envolvimento multissistêmico e que segue diferentes cursos e prognósticos. Caracteriza-se pela formação excessiva de auto-anticorpos, alguns causando dano citotóxico e por imunocomplexos, que são mediadores de resposta inflamatória em múltiplos sistemas orgânicos. É raro antes dos cinco anos de idade, mas há aumento considerável da incidência na adolescência, predominando no sexo feminino e acometendo todas as raças¹.

As manifestações mais comuns são febre, mal-estar, fadiga e perda de peso. Alguns dos sistemas mais frequentemente envolvidos incluem o sistema nervoso central e periférico, pulmões, coração, rins, pele, serosas e componentes do sangue^{1,2}.

A pericardite é das manifestações mais comuns no LES da criança. Ocorre em 19 a 45% dos casos e pertence aos critérios diagnósticos. Embora o tamponamento cardíaco possa ser a apresentação inicial, isto é raro e a maioria dos pacientes apresenta-se assintomática

ou com dor precordial e pequena efusão pericárdica. A pericardite é revelada apenas pelo ecocardiograma, que é o exame de eleição para o diagnóstico. Raros casos evoluem para tamponamento cardíaco. A drenagem está indicada quando há queda na pressão sanguínea e dispneia^{3,5}.

RELATO DO CASO

Adolescente de 13 anos, sexo feminino, parda. Chegou ao Pronto-Socorro do HUOP com história de início há cinco dias com taquidispneia, dor torácica e anorexia. De antecedentes prévios relatava tratamento incompleto de púrpura trombocitopênica idiopática, com prednisona, há cinco anos. Ao exame físico apresentava-se em mau estado geral, palidez cutâneo-mucosa, taquidispnéica (54 irpm), afebril e gemente. Ausculta cardíaca: hipofonese de bulhas e atrito pericárdico, além de ingurgitamento de veias jugulares externas. Ausculta pulmonar com diminuição de murmúrio vesicular em bases pulmonares. Abdome normal. Presença de pulsos finos em membros inferiores.

TRABALHO REALIZADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – CASCAVEL - PR

1 - Preceptor do Internato Médico em Pediatria do Curso de Medicina – UNIOESTE

2 - Professores do Internato Médico de Pediatria da UNIOESTE

3 - Médica Residente de Pediatria do 2.º ano – HUOP

Gasometria arterial: pH: 7,37, PaO₂: 101 mmHg, PCO₂: 17, excesso de bases: - 10 e bicarbonato: 10 e SO₂: 98%. Ureia: 74 e Creatinina: 1,51. Sódio e Potássio séricos: 138 e 4,9 respectivamente. Hemograma: Hemoglobina: 7,5 e hematócrito: 25. Leucócitos: 14.900/mm³ e plaquetas: 97.000/mm³. Exame de urina: leucócitos: 22/campo, hemácias: 17/campo, proteinúria +++/4+, hemoglobinúria: ++++/4+ e cilindros hialinos. Proteinúria de 24 horas: 633 mg (valor de referência: 150 mg/24 h.). Fator antinúcleo positivo (maior que 1/1.280); anticorpos anti-DNA-DS: reagente (maior que 1/160); fator reumatóide: 10 UI/mL; alfa 1 glicoproteína ácida: 476,2 (valor de referência: 40 a 150 mg/dL); velocidade de hemossedimentação: 86mm na 1ª hora; proteína C reativa: positiva. Radiografia de tórax: grande aumento de área cardíaca e derrame pleural (figura 1). Ecocardiograma: derrame pericárdico importante (aproximadamente 600 ml) (figura 2).

Citopatologia de líquido pericárdico: achados compatíveis com reação inflamatória crônica, com predomínio de linfócitos e monócitos. Foi submetida à drenagem do derrame pericárdico e iniciado tratamento com prednisona 60 mg/dia com boa evolução.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de LES é baseado em onze critérios diagnósticos elaborados pelo Colégio

Americano de Reumatologia. A presença de quatro ou mais desses critérios, seriada ou simultaneamente, permite a identificação do paciente com LES¹. Embora o tamponamento cardíaco possa ser a primeira manifestação do LES, isto é raro e a maioria dos pacientes se apresenta com dor torácica e pequena efusão pericárdica².

O exame de escolha no diagnóstico do derrame pericárdico é a ecocardiografia². O tratamento consiste em drenagem da efusão pericárdica e corticoesteróides⁴.

No caso clínico descrito, a adolescente apresentava quatro critérios diagnósticos quando chegou ao serviço de urgência, a saber: pericardite/derrame pericárdico, proteinúria e cilindrúria, anemia e trombocitopenia e anticorpos antinucleares.

A paciente foi submetida à drenagem do derrame pericárdico e submetida a tratamento com prednisona com boa evolução.

CONCLUSÃO

O tamponamento cardíaco como primeira manifestação do LES é rara. Ecocardiograma é o exame de imagem de escolha para confirmação diagnóstica. O tratamento é cirúrgico. Este caso pretende alertar os médicos pediatras para uma manifestação inicial pouco frequente do LES, que é o derrame pericárdico com tamponamento cardíaco.



FIGURA 1: Radiografia mostrando derrame pericárdico.

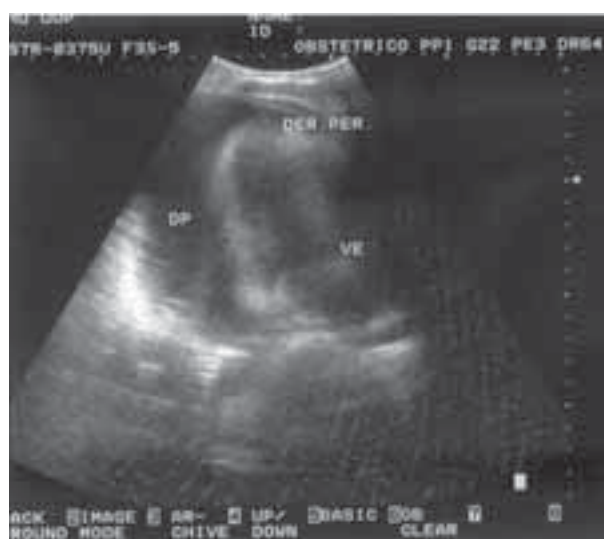


FIGURA 2: Ecocardiografia evidenciando efusão pericárdica à esquerda (DP).

ABSTRACT

The systemic lupus erythematosus (SLE) is a autoimmune disease, affects many organ systems, it is more prevalent in females after puberty, with no known etiology. Some of the systems more commonly involved are: brain, lungs, heart, kidneys, skin, serous membranes and components of the blood. The pericarditis is a manifestation more common in SLE of the child and belong at the diagnostic criteria of the SLE. Frequently asymptomatic, it is revealed only by echocardiogram, although there are rare cases that develop to cardiac tamponade. Report a case of the SLE female adolescent, with clinical features of pericardial effusion, which was submitted to pericardicentesis and corticosteroids therapy with good evolution.

Keywords: Pericardial effusion; Systemic Lupus Erythematosus.

REFERÊNCIAS

- 1 - Oliveira, SKF. Lupus Eritematoso Sistêmico, Dermatopolimiosite, Esclerose Sistêmica e Vasculites Juvenis: In: Reumatologia diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001p.589-598.
- 2 - Harn, BH. Systemic Lupus Erythematosus and Related Syndromes: In: Textbook of Rheumatology. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997, p.1015-35.
- 3 - Fernandes F, Ianni BM, Arteaga E, Benvenuti L, Mady C. Valor da Biópsia de Pericárdio no Diagnóstico Etiológico das Pericardiopatias. Arq Bras Cardiol. 1.998;70:393-95.
- 4 - Castier MB, Albuquerque EMN, Menezes MEFCC, Klumb E, Albanesi Filho, FM. Cardiac Tamponade in Systemic Lupus Erythematosus Report of Four Cases. Arq Bras Cardiol. 2.000;75:446-448.
- 5 - Zanettini MT, Zanettini JO, Zanettini JP. Pericardite – série de 84 casos consecutivos. Arq Bras Cardiol. 2004;82:360-64.

Recebido em: 10/06/2009

Aprovado em: 16/07/2009

Fonte de financiamento: nenhuma

Conflito de interesse: nenhum

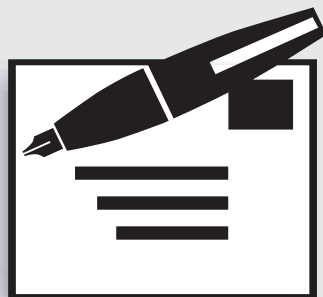
Endereço para correspondência:

Marcos Antonio da Silva Cristovam

Rua: João de Mattos, 1.145 - Bloco B - Ap. 09
85807-530 Cascavel – PR

Fone: (45) 3902-1888 - Fax: (45) 3326-3752

E-mail: ma.cristovam@uol.com.br



**Envie seu
Artigo**

para a Revista do Médico Residente via:

internet

drjcs@uol.com.br

EXPRESSÕES MÉDICAS: FALHAS E ACERTOS

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar
Carmem Cecília Galvão
Elaine Alves
Paulo Tubino

Artelho – pododáctilo. Artelho, como sinônimo de dedo do pé, é de uso impróprio, embora tradicionalmente usado no idioma português, com registros no século XV. Artelho indica adequadamente articulação (v. adiante) e, especialmente, o tornozelo. O nome pododáctilo é adequado. Do grego *podos*, do pé, e *daktylos*, dedo, passou para o latim científico como *pododactylus*. Contudo, a Terminologia Anatômica, da Sociedade Brasileira de Anatomia (2001) indica apenas as denominações hálux, segundo dedo, terceiro dedo, quarto dedo e dedo mínimo e dedos do pé, de acordo com os respectivos nomes traduzidos do latim, idioma usado na Terminologia Anatômica Internacional. Em bons dicionários de português, artelho é designação do tornozelo ou dos maléolos ou de dedo do pé. O Houaiss (2001) dá artelho como articulação, junta de ossos como *caput* de verbete, o que indica sentido preferencial ou principal. Termo originário do castelhano *artejo*, que designa as articulações dos dedos (pedarticulos), corruptela do latim *articulo* (articulação; nó das árvores), diminutivo de *artus*, articulações, juntas. O sentido de dedo do pé deve-se à influência do francês *orteil*, do francês antigo *arteil*, dedo do pé (Houaiss, ob. cit.). Inicialmente, na língua portuguesa artelho referia-se ao astrágalo, e tornozelo equivalia à região maleolar (P. Barbosa, Dicionário de Terminologia Médica Portuguesa, 1917; P. Melo, Linguagem Médica, 1943). Roquete (Dicionário da Língua Portuguesa, 1848) registra artelho como junta por onde o pé prende com a perna. Considerando-se esses aspectos, melhor deixar de parte a menção de artelho como dedo do pé nos textos médicos. Pododáctilo é termo correto para qualquer dos dedos do pé, mas, por motivo de padronização internacional, nos relatos médicos formais, indica-se o uso da nomenclatura constante na Terminologia Anatômica supracitada. Em tempo: para as pessoas em geral, no dizer “Machuquei meu hálux”, pode-se confundir *hálux* com marca de carro, segundo um amigo.

Aspecto anatômico. Expressões encontradas nos laudos médicos, como “hilo pulmonar de aspecto anatômico”, “hilo com dimensões anatômicas”, “antro gástrico de configuração anatômica”, não estão exatas: precisam ser complementadas. O aspecto anatômico pode ser normal ou anormal, este estudado como anatomia patológica. Será cientificamente mais adequado dizer, por exemplo, aspecto anatômico normal ou dimensões anatômicas normais (ou anormais).

Atentório – atentatório. Na literatura médica aparecem formações como: “ato atentório ao Código de Ética Médica”, “atentório à moral e à saúde do doente”, “atitude atentória aos direitos e à liberdade”. Contudo, *atentório* é considerado barbarismo por *atentatório*. No léxico e no registro culto, não existe a forma *atentório* (Cipro Neto P. Ao pé da letra. O Globo, 6.2.00). No VOLP (Academia, 2004), consigna-se apenas *atentatório*. Do verbo atentar, procede o adjetivo atentatório, com o acréscimo do sufixo *-(t)ório*, como ocorre em outros casos: *atestar*, *atestatório* (não *atestório*); *captar*, *captatório* (não *captório*); *citar*, *citatório* (não *citório*); *decretar*, *decretatório* (não *decretório*); *ditar*, *ditatório* (não *ditório*); *exortar*, *exortatório* (não *exortório*); *gestar*, *gestatório* (não *gestório*), *ostentar*, *ostentatório* (não *ostentório*); *protestar*, *protestatório* (não *protestório*); *refutar*, *refutatório* (não *refutório*); *transplantar*, *transplantatório* (não *transplantório*) e outros casos. Existem formas lídimas de elisão silábica na formação de alguns vocábulos (haplogogia). Talvez ocorram essas transformações para facilitar e amenizar a pronúncia. De gratuito, deriva-se normalmente *gratuidade*, nome presente em bons dicionários. Sem embargo, é *gratuidade*, forma em que há elisão da sílaba *ti*, que ficou consagrada pelo uso. Essa redução aparece em *bondoso* por *bondadoso*, *amalgamento* por *amalgamamento*, *apiedar-se* por *apiedadar-se*, *estatuário* por *estatutário*, *idololatria* por *idolatria* (Nogueira, 1995) Outros

casos: tragicômico por trágico-cômico, esplendíssimo e candíssimo por esplendidíssimo e candíssimo, caridoso por caridadoso, perdas por perdas (Barreto, 1982, p. 107, 108), idoso por idadoso. Como, em linguagem, certas inverdades, quando muito repetidas, podem virar verdades (fatos da língua), pode ocorrer que, com o uso constante, atentório passe a constar dos dicionários. Contudo, como neologismo desnecessário e malformado, convém evitá-lo nos usos da linguagem padrão.

Bala de oxigênio – torpedo de oxigênio – balão de oxigênio. Denominações coloquiais impróprias em relatos científicos formais. Configuram gíria médica. O dicionário *Aurélio* registra *balão de oxigênio* como expressão de uso popular. A expressão recomendável como termo técnico é *cilindro de oxigênio*, como consta da literatura médica. Também se diz fonte móvel de oxigênio. O tamanho é expresso pela capacidade em metros cúbicos e varia entre os fabricantes e distribuidores. Por exemplo: os maiores são de 10 m³, 7 m³, 6,20 m³ e os menores, de 3,5 m³, 1 m³, 0,6 m³ (padrões White Martins). Bala e torpedo são designações de peças militares que podem ter efeito mortífero, nesse caso, sentido contrário dos cilindros de oxigênio. Pelo mesmo motivo, convém evitar as expressões “bala de CO²” e “bala de gasogênio”. Em referência a recipientes pequenos com cerca de dois litros de capacidade, pode-se dizer garrafa de oxigênio, como aparece na literatura médica.

Bastante grave. É recomendável dizer que o paciente se apresenta em estado *muito grave*, visto que não se adocece até bastar.

Bexigoma. Inexiste nos dicionários. Configura *gíria médica* para indicar repleção, globo, distensão vesical ou, simplesmente, bexiga cheia, expressões cientificamente mais adequadas. Por ser de vasto uso na comunidade médica, “bexigoma” constitui fato da língua e, assim, não pode ser considerado erro o seu uso, particularmente no *registro coloquial*. Contudo, parece bom senso fugir a críticas e eleger, para nosso uso, opções não-censuráveis.

Bexiga neurogênica. Nome inadequado para a doença a que se refere, porquanto, ao pé da letra, significa “bexiga produtora de nervo” ou “bexiga de

origem nervosa” (de *neuro-*, referente a nervo, e *-gênica*, relativa a origem, nascimento). As expressões *bexiga neuropática* ou *cistopatia neurogênica* aproximam-se mais da definição fisiopatológica dessa disfunção vesical. Não é errado o uso de nomes defeituosos do ponto de vista da lógica ou da correção gramatical se houver clara comunicação e se seu uso for generalizado. Torna-se, assim, o nome da doença, assim como há nome de pessoas, que pode ser estranho, graficamente desalinhado ou com outros defeitos, mas é o nome do indivíduo, sua marca registrada. No entanto, se houver melhores opções, isto é, se a doença tiver outro (s) nome (s) não criticável (is), haverá mais vantagem em seu uso.

Biópsia – biopsia. Biópsia e biopsia são formas existentes na linguagem médica e dicionarizadas, de modo que podem ser de livre uso. Em modelo erudito é palavra paroxitona. Assim aparece em quase todos os dicionários de português e às vezes na literatura médica: “Biopsia hepática define sinais de colestase” (Arq. Gastroenterol., v. 35, n.4, out./dez. 1998, p. 268). As palavras com sufixo *ia*, sufixo tônico na língua grega (Aurélio, 1999), são paroxitonas, quando não foram usadas na língua latina (Bergo, 1942; Bueno, 1963): anemia, disfasia, dislalia, geografia, lipotimia, sinequia. Algumas palavras estão erroneamente consagradas na forma proparoxitona: necrópsia, biópsia, hemácia e outras. Em grego, a terminação *ia* era tônica, em latim, átona. Daí as divergências e variações em português (Amaral, 1976). A acentuação grega nem sempre passou para o português, mesmo em palavras recém-formadas (A. Amaral, ob. cit.). Ex.: diafragma, em grego *diáphragma*, próstata, em grego *prostátes*, hemorróidas: *haimorrhóis*, edema: *oidema*, diagnose: *diágnosis* e muitas outras. Quando a palavra provém do grego sem passar pelo latim, a pronúncia grega haverá de ser atendida. Mas se a passagem pelo latim deslocou-lhe a tônica, essa alteração deverá ser preservada em português (Milton O’Reilly de Souza, Vocabulário Etimológico Ortoépico e Remissivo, p. 8, e Mário Barreto: Novos Estudos da Língua Portuguesa, p. 12 – *apud* F. Araújo, Questiuículas de português, 1981). Pelo visto, biópsia e biopsia são pronúncias aceitáveis. Ambas estão registradas na ortografia oficial (Academia, 2004). Contudo, o uso coloquial da forma paroxitona (biopsia) poderia passar a impressão de pedantismo. Mas seu uso em situações formais, especialmente em relatos

científicos escritos, poderia ser aconselhável, ao menos para difundir a forma culta, desconhecida de alguns médicos e muitos gostariam de saber desse detalhe.

Boca da colostomia – boca distal ou proximal da colostomia. Pleonasmos. Do grego *stôma*, boca, colostomia significa boca ou estoma do colo. Entretanto, colostomia distal e colostomia proximal são termos aceitos por se referirem a uma parte específica da abertura. Termos técnicos: estoma distal, estoma proximal, duplo estoma ou dupla estomia.

Bolsa escrotal. Redundância. Escroto é o mesmo que bolsa. É como disséssemos “bolsa bolsal”. Do latim *scrotum*, bolsa. Termos adequados: escroto, bolsa, bolsa dos testículos, bolsa testicular. Cabe acrescentar que bons anatomistas denominam bolsa testicular cada uma das duas divisões do escroto: bolsas testiculares, direita e esquerda; cada testículo abriga-se em uma delas (Di Dio, 1999). Escroto é o nome recomendável por ser o que consta na Terminologia Anatômica (Sociedade, 2001).

Bolsa reservatório. Forma ortográfica recomendada: bolsa-reservatório. Unem-se com hífen, já que os dois elementos juntos têm significado único. Opção à bolsa coletora.

Borda contramesentérica ou antimesentérica do jejuno. Em anatomia, o tubo intestinal não tem borda. Os intestinos constituem um tubo cilíndrico, como está definido nos livros de anatomia, e cilindro não é provido de bordas. Equivaleria a dizer, grosso modo, ponta da esfera, calota do cubo, ângulo do círculo e arco do quadrado. Pode-se dizer região, parede, faixa ou área contramesentérica ou mesmo lado contramesentérico ou antimesentérico. Mesentérica é nome inglês (anglicismo desnecessário) por mesentérico em português. Concebe-se que, em uma intervenção cirúrgica, pode-se esvaziar ou comprimir uma alça intestinal e esta tomará uma forma achatada e assim formará bordas (duas ou até mais). Nesse caso, pode-se formar uma “borda mesentérica” na qual se insere o mesentério e “borda contramesentérica” no lado oposto à inserção mesentérica. Mas “borda” pode ser moldada em quaisquer outros sentidos, o que torna inconsistente o conceito anatômico de borda em relação ao intestino. Diz-se também “margem contramesentérica”. Também impropriamente se diz

“borda do esôfago”. É um linguajar especialmente cirúrgico e amplamente usado, o que lhe dá legitimidade. Em alguns aspectos, a anatomia cirúrgica parece estar em conflito com a anatomia humana estudada no curso médico básico. Por motivos de praticidade ou talvez sem motivo aparentemente justificável, muitos nomes são acrescentados à nomenclatura anatômica, como uretra posterior, brônquio fonte, ponta do baço e outros. Mas, por amor à rigurosidade em relatos científicos, à disciplina e organização científica, é frequentemente possível considerar a nomenclatura anatômica, organizada por abonados anatomistas que constituem as sociedades de especialistas nessa área.

Botriíodes – Sarcoma botriíodes é expressão existente na literatura médica o que a torna um fato da língua. Contudo, não parece haver razões que justifiquem a forma “botriíodes” senão no plural sarcomas botriíodes, tendo-se o cuidado, no contexto, de discriminar bem quando não se trata de vários tipos de sarcomas botriíodes, o que não está correto. O nome mais comumente usado é sarcoma botriíode. Do grego *bótrys*, cacho (de qualquer formação racemosa, não especificamente de uvas, como é costume dizer em relação a botriíode) e de *eidōs*, aspecto forma, que passa para português como *-ide* com a vogal de ligação *o* própria dos prefixos de origem grega (Houaiss, 2001). No latim científico, toma-se a forma *-ides* o que forma *botrioides* (sem acento), mas não se justifica esse latinismo.

Braquió estilo radial – braquió-estilo-radial – braquióestilorrádial. Todas são formas existentes na linguagem médica. Melhor braquióestilorrádial. O VOLP (Academia, 2004) traz vários termos com o prefixo braquió, nenhum com hífen. Vários termos com o prefixo estilo, nenhum com hífen. Observe-se que na literatura médica existe braquióestilorrádial: “... entre os músculos biceps braquial e o braquial e o nervo radial entre os músculos braquial e o braquióestilorrádial no terço distal do braço”. As formas sem hífen são as mais presentes no VOLP, da Academia Brasileira de Letras. O Prof. Celso Pedro Luft, em seu Grande Manual de Ortografia Globo (1989), recomenda não usar hifenização nos compostos com os afixos *acro*, *adeno*, *aero*, *ambi*, *amino*, *andro*, *anfi*, *angio*, *ano*, *arterio*, *artro*, *audio*, *auri*, *auro*, *bacterio*, *bi*, *bio*, *bradi*, *braqui*, *cefalo*, *ciclo*, *cine*, *cis*, *cisto*, *cito*, *cloro*, *cripto*, *cromo*, *crono*, *cerebro*, *cervico*, *cis*, *dorso*, *eco*, *ecto*, *endo*, *epi*, *esfero*, *espleno*, *estafilo*, *estereo*, *estilo*,

etno, ego, eletro, faringo, fibro, filo, fisio, foto, gastro, glosso, grafo, halo, hemi (opcional antes de H), *hemo, hetero, hidro, hipo, homeo, homo, ideo, idio, intro, justa, labio, laringo, leuco, linfo, linguo, lito, macro, maxi* (exceto antes de h), *medio* (há muitas exceções: v. dicionários), *mega, megalo, meso, meta, micro, mini, mio, mono, morfo, moto, multi, narco, naso, necro, nefro, neuro, nitro, noso, novi, octo, odonto, oftalmo, oligo, omo, oni, organo, orto, osteo, oto, oxi, para, penta, per, peri, piro, plano, plati, pleuro, pluri, pneumo, poli, psico, quadri, quilo, radio, retro, rino, sacro, sarco, sidero, socio, sulfo, tecno, tele, termo, tetra, tri, trans, traqueo, tras, tri, turbo, uni, uretro, vaso, video, xanto, xilo, zinco, zoo*. No VOLP, não encontrei nenhuma palavra com esses afixos com duas hifenizações. Todas estão sem hífen. Por exemplo: faringorinoscopia, laringotraqueobranquioscopia, gastroenteroanastomose, pneumoidropericardia e muitos outros casos. O Houaiss (2001) traz: pneumoultramicroscopicossilicovolcanoconiótico, um nome compridíssimo sem hífen. Tendo em vista essas considerações, braqu岸o-estilo-radial é forma aceitável, mas se questiona se é a de melhor qualidade, já que está desconforme com as condutas ortográficas existentes no VOLP, recomendadas e usadas por bons profissionais de letras. A escrita braqu岸o estilo radial é bem questionável, pois os afixos não são, de regra, nomes autônomos. Os termos com hífen são também formas portuguesas e mesmo constituem patrimônio do idioma. São fatos da linguagem. Todavia, se os afixos são elementos formadores de termos compostos e se estes representam termos autônomos com significado próprio, é desnecessário usar hífen como regra. Hifenização configura exceção. Quase todos os nomes compostos da língua portuguesa prescindem do hífen. Assim, os hifenizados constituem exceções. Usar exceção em lugar da norma para criar nomes compostos pode dar questionamentos. Observe-se que em castelhano, praticamente escreve-se tudo sem hífen. Na língua alemã são muito comuns nomes extensos e eles entendem bem e acham normal (pode ser que haja críticos, mas é o alemão).

Brônqu岸o fonte. Recomendável: brônqu岸o primário ou principal, como está registrado na Terminologia Anatômica (Sociedade, 2001) e nos compêndios de anatomia.

Bruxismo. Transliteração errônea do grego *brykhein*, ranger de dentes. Deveria ser briqueismo. Em

grego βρυχειν, em que o υ (ípsilon) tem som de i e o χ, de qui. Outrora, a transliteração do χ, (qui) fazia-se com *ch* (atualmente, kh) e o υ por vezes em som de u (como em glucose) outras vezes *i* (glicose), e a transliteração irregular produziu *bruchein*, daí bruchismo (o ditongo *ei* soa como *i*) e bruxismo. A transmutação regular é *brykhein* e, daí, briqueismo, não bruxismo (pronúncia: bruchismo). Bruxismo procede do inglês *bruxism* (pronúncia: brucism) que poderia dar *bruxismo* em português com pronúncia brucismo, que está mais próximo do étimo grego e donde se deriva (Cipro Neto, 2003, p. 204; Haubrich, 1997). O Houaiss (2001) traz a duas formas prosódicas: bruxismo (ch), forma de demonismo ligado a bruxas, cujo antepositivo *brux* é de origem desconhecida, e bruxismo (cs), forma não preferencial de briqueismo, do inglês, *bruxism*, do grego *brúkhin*, ranger os dentes. A forma prosódica errônea está consagrada. Contudo, a forma regular está dicionarizada, aparece na linguagem médica e poderá servir aos usuários exigentes que apreciam a disciplina normativa.

Bumbum – plástica de “bumbum”. Plástica de bumbum é expressão existente na literatura médica. Contudo, é imprópria para uso em relatos formais. Pode-se dizer gluteoplastia (termo mais usado) ou pigoplastia. “Bumbum” é elemento da linguagem infantil, equivalente a *xixi* (urina), *cocô* (fezes), *papar* (comer, ingerir), *neném* (criança recém-nascida, criança lactente), *au-au* (cão), *cocó* (galinha) e similares. *Bunda* configura-se como elemento de linguagem chula. Diz-se nádegas (nalgas em castelhano). Do latim vulgar *natica*, nádega (Houaiss, 2001). Em linguagem médica, usa-se dizer regiões glúteas. Do grego *gloutós*, nádega, formam-se glúteo, gluteofemoral, gluteoinguinal, gluteoperineal, fenda interglútea. *Lifting* de glúteos é termo inadequado pelo anglicismo e, ainda, pelo nome *glúteo* apresentar ambigüidade em seu uso. Ora aparece em referência aos músculos glúteos, ora em referência às nádegas ou regiões glúteas e, às vezes, não apresenta a indicação clara do seu significado. É extensamente utilizado em frases como: “O implante de prótese de silicone de glúteo é uma cirurgia dolorosa”. “Falta projeção dos glúteos em alguns casos de flacidez”. “Foi premiada pela natureza com glúteos cheios”. Há ambigüidade nesses casos, pois não indicam claramente se a referência é aos músculos ou às nádegas. Em outros usos, a referência às nádegas é lógica: “A fim de dar forma, volume e beleza aos glúteos, existe a cirurgia de implante de prótese

de silicone na região glútea". "...gordura aspirada em outras partes do corpo, como rosto, coxa, glúteos e joelhos". "É feita uma incisão no sulco entre os glúteos". Na linguagem profissional, glúteo tem sido amplamente usado como substantivo, sinônimo de nádega, o que é concordante com o étimo grego. O Aulete (1980), o Michaelis (1968) e o UNESP (2004) dão glúteo também como substantivo, referente a músculo glúteo. Dos registros históricos, consta elevado número de adjetivos que passaram a ser substantivos, o que legitima esse uso. Entretanto, é necessário ressaltar que glúteo em português é essencialmente um adjetivo, o que se vê em dições como *regiões glúteas*, *músculos glúteos*, *reflexo glúteo*. O VOLP o traz apenas como adjetivo e assim está em bons dicionários como o Aurélio (2004), o Houaiss (2001), o Universal (1999) e outros. Em geral, os dicionaristas médicos omitem adjetivos em seus vocabulários e, assim, glúteo aparece apenas em raros dicionários médicos, quando tomado como substantivo, o que demonstra ser esse uso não-preferencial. Importa acrescentar que *região glútea* é a denominação que consta na Terminologia Anatômica (2001), nos livros de Anatomia Humana, que tem conceito definido e divulgado nos ensinamentos de Anatomia, o que lhe confere preferência em relatos médicos formais. Há outra opção. Do grego *pygé*, *pygés*, nádega, traseiro, ocorrem formações como: pigalgia (dor nas regiões glúteas), pígeo (relativo à região glútea), pigomelia, pigômelo (conceito monstruoso com um ou mais membros suplementares fixados à região sacral), pigopagia (condição de gêmeos fixos nas regiões glúteas), pigópago, pigoamorfo (monstruosidade em que o conceito apresenta deformação nas regiões glúteas, um embrioma), pigodidimo (monstruosidade em que o conceito tem pelve dupla) calipígio, esteatopígia (desenvolvimento das regiões glúteas por acúmulo de gordura), uropígio (mamilo fixo às vértebras inferiores nas aves em que se implantam as penas da cauda).

Bottons – buttons. *Buttons* é o termo correto e nunca "bottons": O partido distribuiu milhares de *buttons* do candidato. (Eduardo Martins. De palavra em palavra. O Estado de São Paulo, 10.7.99). "Botton" inexistente em inglês, exceto como sobrenome. Há *bottom*, que significa fundo (*the bottom of the sea*) e *button*, botão, *emblema* em português (às vezes, melhor que usar um anglicismo), abotoadura de punho. Em Medicina, por analogia a botão, com o, ocorrem na literatura passos

como "botton gástrico", "botton anatômico" "Cartazes, bottons e adesivos também serão disponibilizados", "botons da campanha antitabagismo", "Equipe de Nefrologia trabalhará com as camisetas e bottons da Campanha" e outros. Convém corrigir.

Ca. Abreviação de câncer. Não há de constar em relatos formais. A formação normal de abreviações é com uso de letras minúsculas, terminação em uma consoante seguida de um ponto (art., tel., máx.). No presente caso, seria cân. Afastam-se dessa norma os símbolos (Na, Fe) e as siglas (BA, NE, INPS, FEPASA). Existem na literatura médica ca, Ca e CA, todas sem o ponto abreviativo. Apesar do uso consagrado, convém omiti-las, por sua formação irregular, em relatos formais.

Canulizar – canulização. Não são palavras pertencentes ao léxico do idioma. O dicionário Blakiston, em edição traduzida para o português, registra canulização correspondente ao termo inglês cannulization. O VOLP (Academia, 2004), Fortes & Pacheco, o Michaelis e o Houaiss registram cânula e canulado (apenas na acepção de que tem forma de cânula ou de canudo, sinônimo de acanulado), ao passo que vários outros tão-só averbam cânula. Assim, dizer "veia canulada" configura pleonasma. Não há registro de canulação, nem de canular. Entretanto, aparecem na literatura médica formações como: "A punção transepática do fígado, na tentativa de canulizar a veia porta, se associa frequentemente à perfuração da cápsula hepática."; "...necessidade de experiência para canulizar um pequeno, por vezes edemaciado, orifício ductal."; "...uso de retalho para canulizar a veia cava inferior ao orifício da veia cava superior."; "A canulização carotídea minimizou em muito o grau de lesão isquêmica neuronal"; "Procedimento de canulização umbilical."; "Cateter para canulização umbilical duplo lúmen."; "Canulização de artéria radial para obtenção de sangue." Canulizar e canulização estão por cateterização, cateterizar; sondagem, sondar; inserção, introdução ou instalação de cateter (ou de sonda); inserir, instalar, introduzir cateter ou sonda e similares, recursos preferenciais para os que fogem a neologismos. Tendo em vista a existência de tantos recursos, canular, canulação, canulizar e canulização tornam-se usos dispensáveis. Todavia, canular e canulação, canulizar e canulização são nomes bem formados, já que procedem de cânula (diminutivo de cano) mais os sufixos -ar, -ção, e -izar e

-ização (sufixação dupla: -izar e -ção) respectivamente e, pela sua participação generalizada na linguagem médica, poderão proximamente vir a ser dicionarizados. Impróprio em linguagem de melhor padrão é dizer “colocação” de cateter...

Caquechia. Forma indesejável de pronúncia. Caquexia, pelas normas oficiais, pronuncia-se caquecsia (Academia, 1999), prosódia indicada também no Aurélio (1999), no Michaelis (1998) e em outros bem conceituados dicionários, como o da Academia das Ciências de Lisboa (2001) e o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (1940), também elaborado por essa Academia. Do grego *καχεξια*, cakecsia; de cacós, mau, e csía, estado; a letra *ξ* (csi ou xi) obvia o som cs. Esse nome também transitou na língua latina, cachexia, saúde estragada (Houaiss, 2001), língua em que o x tem som de ks.

Casuística. Significa estudo, discussão e análise de casos particulares em que ocorrem dilemas morais, em geral relacionados a doutrinas religiosas ou filosóficas (Houaiss, 2001), parte da teologia que trata dos casos de consciência. Mas, em medicina, adota-se outro sentido especial: registro de casos clínicos ou cirúrgicos, como está no Aurélio (Ferreira, 2004), ou ainda: relativo ao número de casos estudados, o mesmo que amostra em um trabalho científico. Talvez

por analogia com caso e a terminação -ístico(a), relativo a, como em cabalística, logística, estatístico, jornalístico e semelhantes. Em geral, -ístico(a) é união de -ista e -ico(a). Casuístico significa, em sentido próprio, relativo ao casuista, isto é, o que aceita o casuismo, ou seja, a aceitação passiva de ideias, doutrinas, princípios, daí, obediência à letra da lei, como se diz no meio jurídico. Por ser, na linguagem profissional, um desvio do sentido próprio da palavra, em lugar de casuística, em dições como “trabalho com uma grande casuística”. “O artigo tem uma casuística convincente”, “casuística e métodos”, por exemplo, pode-se dizer amostra, número de casos, número de pacientes, grupo de pacientes, quantidade de doentes ou sujeitos e similares. O uso de casuística como indicação de amostra, número de sujeitos ou subconjunto populacional em uma pesquisa é muito comum em medicina, de modo que se tornou um fato da língua e, assim, não se pode tomar esse uso como erro, uma vez que é bem compreendido entre os médicos. Todavia, em linguagem científica formal mais elaborada, convém, como seleção pessoal, buscar e usar os nomes em seu sentido exato, próprio, por apreço à melhor estrutura redacional.

Referências

As referências bibliográficas deste artigo e informações sobre os autores, encontram-se na Rev. Med. Res. v.11 n.1 de JAN/MAR 2009, pg 26.

CÂMARA APROVA PROJETO DE REGULAMENTAÇÃO DA MEDICINA

O projeto de lei n.º 7.703/2006, que regulamenta a Medicina e define as atividades privativas dos médicos, foi aprovado em 21 de outubro pela Câmara dos Deputados. Conhecida como Ato Médico, a proposta, de autoria do Senado Federal, também determina quais funções podem ser exercidas por outros profissionais da área da saúde.

A votação favorável ao projeto foi considerada um marco histórico pelas lideranças médicas e políticas. A Medicina se constitui na única entre as 14 profissões de saúde ainda dependente de regulamentação. A proposta agora segue para ratificação do Senado.

O projeto de lei considera entre as atividades privativas do médico a formulação do diagnóstico e a respectiva prescrição terapêutica ao paciente; a indicação e execução de cirurgias e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatório; a prescrição de órteses e próteses oftalmológicas; a indicação de internação e a alta médica nos serviços de atenção à saúde; a realização de perícias médicas e os exames médicos-legais, exceto os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genéticas e de biologia molecular, dentre outros procedimentos.

CERMEPAR - COREMES do Paraná

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

CLÍNICA HEIDELBERG

Rua Padre Agostinho, 687, Bigorrrilho
80435-050 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3320-4900 Fax: (41) 3320-4949
E-mail: heidelberg@onda.com.br
Home Page: clinicaheidelberg.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Ratzke
Representante dos médicos residentes: Dr^a Mariana Favaro

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

Rua Carlos de Carvalho, 4191 – Centro
85810-080 – Cascavel – PR
Fone: (45) 3219-4500 Fax: (45) 3222-1464
E-mail: hsaleteterra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Eduardo Frederico Borsarini Felipe
Representante dos Médicos Residentes: Não informado

HOSPITAL BOM JESUS

Rua D. Pedro II, 181, Nova Rússia
84053-000 - Ponta Grossa - PR
Telefone e Fax: (42) 3220-5000
E-mail: zanetticons@uol.com.br
Home Page: www.corpoclinicohbj.med.br
Coordenador da COREME: Dr. Carlos Henrique Ferreira Camargo
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI

Rua Pedro Collere, 890, Vila Isabel,
80320-320 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3013-9267 Fax: (41) 3244-7093
E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br
Home Page: www.fundacaofcostantini.org.br
Coordenador da COREME: Dr. José Rocha Faria Neto
Representante dos médicos residentes: Dr. Maurício Venâncio Sperandio

HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA

Avenida Vicente Machado, 1310
80420-011 – Curitiba – PR
Fone: (41) 3016-6622 Fax: (41) 3017-5301
E-mail: cvb.pr@terra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. James Skinovsky
Representante dos Médicos Residentes: a confirmar

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

Rua General Carneiro, 181, Centro
80900-900 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3360-1839 Fax: (41) 3362-2841
E-mail: gcl@ufpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Angelo Luiz Tesser
Representante dos médicos residentes: Dr. Luisa Moreira Höpker

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO

Av. República Argentina, 4650, Novo Mundo
81050-001 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3018-8115 Fax: (41) 3018-8115
E-mail: hospitalnovomundo@softone.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Ricardo Sprenger Falavinha
Representante dos médicos residentes: Dr. Guilherme Campos Barroso

HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA

Rua Senador Souza Naves, 648-A - Centro
86010-160 - Londrina – PR
Telefone: (43) 3375-9500 Fax: (43) 3322-0433

E-mail: hoftalon@hoftalon.com.br
Home Page: WWW.hoftalon.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Nobuaki Hasegawa
Representante dos médicos residentes: Dr. Ivan Luis Idalgo Oliveira

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN

Rua Itaquatiras, 769 – Santo Onofre
85806-300 - Cascavel - PR
Fone: (45) 2101-7000 Fax: (45) 2101-7004
E-mail: hospitaldocancer@uopecan.org.br
Home Page: www.uopecan.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Luis César Bredt
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Fernando Luiz Motter

HOSPITAL DO TRABALHADOR - FUNPAR

Av. República Argentina, 4406, Novo Mundo
81050-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3212-5710 Fax: (41) 3212-5709
Email: hospstrab@sesapr.gov.br
Coordenador da COREME: Dr. Gustavo Justo Schulz
Representante dos médicos residentes: Dr. Carla Elisa Salturi

HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON

Rodovia do Caqui, 1150, Araçatuba
83430-000 - Campina Grande do Sul - PR
Fone: (41) 3679-8288 Fax: (41) 3679-8288
E-mail: repka@hospitalcaron.com.br
www.angelinacaron.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Pedro Ernesto Caron
Representante dos médicos residentes: Dr. Alan Nolla

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRIGIDA

Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3017-2200 Fax: (41) 3017-2160
Email: residencia@hmsantabrigida.com.br
Home Page: hmsantabrigida.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Cláudio Wiens
Representante dos médicos residentes: Dr^a Maurea do Rosário

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Rua Dr. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas
81060-060 - Curitiba/PR
Telefone: (41) 3361-5123 Fax: (41) 3361-5166
E-mail: cepep@lpcc.org.br; ensino@lpcc.org.br
Coordenador da COREME: Dr^a Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Representante dos médicos residentes: Dr. Murilo de Almeida Luz

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga, 91
86015-900 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3378-1800 Fax: (43) 3324-2161
E-mail: concien@sercomtel.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Abel Esteves Soares
Representante dos médicos residentes: Não informado

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE

Rua Des. Motta, 1070, Rebouças
80250-060 - Curitiba - PR
Telefones: (41) 3310-1202/1203 Fax: (41) 3225-2291
E-mail: ensino@hpp.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Antonio Ernesto da Silveira
Representante dos médicos residentes: Dr^a Cilmaria Cristina Kuwahara

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

Endereço: Rodovia PR 218 Km 01 – Jd. Universitário
86702-670 – Araçongas - Pr
Fone: (43) 3275 0200 Fax: (43) 3275 0212
E-mail: licitacaohjf@uol.com.br
Home Page: www.hospitaljoaodefraitas.org
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Frederico Koch
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Victor Hugo Feitosa

HOSPITAL SANTA RITA

Praça Sete de Setembro, 285
87015-290 - Maringá - PR
Telefones: (44) 3220-6285 Fax (44) 3220-6209
E-mail: residencia@hsr.org.br
Home Page: www.hsr.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Alvo Orlando Vizzotto Júnior
Representante dos médicos residentes: Drª Angelica Giuliangelli

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-6501 Fax: (41) 3240-6500
E-mail: secretaria.geral@hnsgr.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Cesar Andriquetto
Representante dos médicos residentes: Dr. Juliano Duque Scheffer

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Av. Mar Floriano Peixoto, 2509, Prado Velho
80220-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558 Fax: (41) 3222-1071
Email: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcos Rainer Günther
Representante dos médicos residentes: Não informado

HOSPITAL REGIONAL DE MARINGÁ

Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá
87080-000 - Maringá - PR
Telefones: (44) 2101-9119/2101-9423
E-mail: sec-dmd@uem.br
Home Page: www.dmd.uem.br
Coordenador da COREME: Dr. Mauro Porcu
Representante dos médicos residentes: Diego Ricardo Colferai

HOSPITAL SÃO VICENTE

Av. Vicente Machado, 401, Centro
80420-010 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3111-3175 Fax (41) 3111-3019
E-mail: medicos@funef.com.br
Home Page: www.funef.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Geraldo Alberto Sebben
Representante dos médicos residentes: Dr. Luis Eduardo Durães Barboza

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Avenida São José, 300, Cristo Rei
80350-350 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3271-3009 Fax: (41) 3262-1012
E-mail: academica.huc@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Adriano Keijiro Maeda
Representante dos médicos residentes: Dr. Fernando Martins Piratelo

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre
85804-260 - Cascavel - PR
Telefone: (45) 3221-5277 Fax: (45) 3326-3752
E-mail: residenciaunioeste@yahoo.com.br
Home Page: www.unioeste.br/huop
Coordenador da COREME: Dr. Allan Cezar Faria Araujo
Representante dos médicos residentes: Drª Renata Telli Bortolaz

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorriho
80730-400 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-5486 Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuec@hotmail.com
Coordenador da COREME: Dr. Jean Alexandre F. Correia Francisco
Representante dos médicos residentes: Não informado

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR

Avenida Robert Koch, 60
86038-350 - Londrina - PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residenciahu@uel.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcos Cesar Barros de Almeida Camargo
Representante dos médicos residentes: Dr. Fernando Pravato Munhoz

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA

Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 - Londrina - PR
Telefones: (43) 3379-2600 Fax: (43) 3379-2696
E-mail: diretoriaclinicaicl@yahoo.com.br
www.icl-cancer.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Cássio José de Abreu
Representante dos médicos residentes: Não informado

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA (INC)

Rua Jeremias Maciel Perretto, 300 Campo Comprido
81210-310 - Curitiba - PR
Telefone/Fax: (41) 3028-8580
e-mail: inc@inc-neuro.com.br
www.inc-neuro.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Ricardo Ramina
Representante dos médicos residentes: Dr. Erasmo Barros da Silva Júnior

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

Praça Rui Barbosa, 694, Centro
80010-030 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558 Fax: (41) 3227-1071
E-mail: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcos Günther
Representante dos médicos residentes: Não informado

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Rua Santos Dumont, 555, Vila Operária
87050-100 - Maringá - PR
Telefone: (44) 3027-5605 Fax: (44) 3027-5799
E-mail: coreme@santacasamarina.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira
Representante dos médicos residentes: Dr. Luciano Borna Ortega

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA

Av. Dr. Francisco Burzio, 774, Centro
84010200 Ponta Grossa - PR
Telefone/Fax: (42) 3026-8000
E-mail: coreme@scmpg.org.br
Home Page: www.scmpg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Rafael P. Rocha
Representante dos médicos residentes: Dr. Dieyson Martins de Melo Costa

(* As instituições devem promover a
atualização cadastral enviando e-mail para
cermepar@crmpr.org.br

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

History Museum of Medicine

Ehrenfried Othmar Wittig¹

Wittig EO. História da Medicina. Rev. Méd. Res. 2009; 11(3):130.

URINOL OU PENICO

Penico é também chamado de urinol, bacia, bispode ou vaso sanitário conforme a região do Brasil.

Peça de uso frequente na higiene, constitui recipiente com formato arredondado, de fundo chato, que é preservado no quarto de dormir, sob a cama, e usado para a coleta de urina ou fezes, eventualmente, como escarradeira.

Este utensílio era confeccionado com ferro, bronze, louça, alumínio, cerâmica ou ágata, e por ter preço mais acessível, ultimamente, tem sido de plástico. Eram baixos e largos suficientes para poder ser sentado agachado e não virar facilmente.

De forma geral possui uma alça do mesmo material, que serve como pegador para ser transportado para a eliminação do conteúdo, os dejetos.

Um penico peculiar era o tipo bourdaloue, um histórico na toilet, era de formato retangular ou mais frequente oval alongado, para uso das damas. Alguns tinham a parte anterior um pouco mais alta, que possibilitava que a mulher urinasse de pé ou agachada, o que permitia não errar o alvo e não ter que lavar muito as roupas.

Os urinóis serviam para adultos e crianças. No século XX com a presença de novas peças higiênicas (privadas dentro de casa, água encanada etc.) especialmente para eliminação de detritos, eles passaram a ter menos uso.

Nos séculos XVIII / XIX, estas peças tiveram nas camadas mais abastadas, um fino acabamento, mais diferenciado, especialmente, com pinturas nas peças de porcelana e cerâmica. Observe a beleza da pintura e ornamentação desta peça européia do século XIX, com tampa protetora igualmente pintada. Já no império romano era utilizado, como na maioria dos países; mais antigamente era usado em substituição ao agachamento em terreno.

Na peça ao lado, vemos um penico de porcelana branca. Embora, já menos usual, quem de nós não teve quando criança seu peniquinho de estimação.

Quase todos os países fizeram uso deste utensílio higiênico. Entre nós os mais velhos se recordam quando, a maioria, na infância, tinham em seu lar uma "casinha" no quintal e precisavam fazer uso para suas necessidades. Como era desagradável nos dias frios de inverno, de chuva e com medo da noite, levantar para ir ao quintal e naquele pequeno cubículo, pouco agradável, mas muito necessário, sentar no tampo com um furo, fazer as necessidades higiênicas e usar no final quase sempre, e higienizar-se como papel, um jornal ou as vezes no grande interiorzão, um sabugo de milho

O penico ficava em baixo da cama. Pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção, desfrutavam deste interessante recurso, daí também seu nome de "vaso de cama", que era esvasiado e despejado diariamente pela manhã, criando algumas piadas pelo gesto de esvasiá-lo pela janela.

DESCRITORES – História da Medicina, Museu de Medicina, penico, urinol, urina, fezes.

KEYWORDS – History of Medicine, Medicine Museum, chamber pot, urine, feces



Peças:

Aquisição da AMP.

¹ - Diretor do "Museu de História da Medicina", da Associação Médica do Paraná.

Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia, do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná.

Para doações e correspondência:

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

DESAFIOS DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

tema da I Jornada da Cermepar

Um encontro para trocar impressões e debater desafios atuais da Residência Médica no País. Este foi o propósito da I Jornada da Comissão de Residência Médica do Paraná, atividade que ocorreu em 10 de setembro na sede do Conselho Regional de Medicina (CRMPR) e reuniu mais de 60 participantes, entre residentes, preceptores, coordenadores de programas de residência médica, representantes de entidades médicas e acadêmicos do Paraná e de outros Estados.

Durante a abertura da Jornada, o presidente do CRMPR, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho falou sobre a relevância de atividades que instiguem a reflexão sobre Residência Médica. Para ele, este é o modelo mais completo para formação dos médicos brasileiros. Na opinião do ex-presidente da Comissão de Residência Médica do Paraná (Cermepar), João Carlos Simões, é necessário investir no residente e dar subsídios para sua formação, “pois ele é a maior garantia de uma Medicina de qualidade”.

A melhoria da estrutura dos programas, o aumento no investimento da capacitação de preceptores, a revisão da carga horária e do número de vagas nas residências foram citados, pelos palestrantes, como principais desafios da Residência Médica. Na visão do conselheiro do Conselho Federal de Medicina e seu representante titular na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Roberto Luiz D’Ávila, a forma atual da Residência Médica no Brasil está ameaçada e precisa passar por uma reestruturação. Ele defendeu a criação de um estudo nacional permanente que indique a quantidade de vagas ofertadas no País e a necessidade de novas. “Em Portugal, por exemplo, essa metodologia já é aplicada há alguns anos”, conta o conselheiro federal. “Não sabemos nossas necessidades. Precisamos descobri-las para administrar custos, definir investimentos e alocar recursos humanos”, diz.

A constatação do representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) na CNRM, Adriano Massuda, é de que o problema estrutural da Residência Médica também é reflexo das dificuldades que afetam todos os níveis do sistema de saúde brasileiro. Dados apresentados por ele revelaram que, em 2000, o Brasil formou sete mil médicos, que concorreram a sete mil vagas de Residência. Em 2009, o número de

egressos cresceu 50%, mas a quantidade de vagas para especialização permaneceu a mesma de 2000. A previsão é que, em 2014, o Brasil forme aproximadamente 18 mil novos profissionais, que deverão disputar as mesmas sete mil vagas dos Programas de Residência Médica.

De acordo com Adriano Massuda, a modalidade ainda é a melhor forma de capacitação prática, mas, para que seja valorizada, os médicos precisam se unir. “Quando a classe se mobiliza tem força social, tem voz para lutar por mudanças”, afirma, destacando que deve ser abordada a sobrecarga horária da residência, que muitas vezes ultrapassa 48 horas de trabalho, e os subsídios para qualificação dos preceptores. Na opinião do presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Romes André Proença de Souza (do Amazonas), o que deve ser discutida com maior ênfase é a remuneração do profissional residente. “Qual o estímulo que o médico tem para buscar especialização? Qual o apoio que o médico especialista tem para se tornar um preceptor?”, questiona.

A presidente da Associação dos Médicos Residentes do Paraná (Amerepar), Luisa Moreira Höpker, finalizou as apresentações explicando que a instituição atua em conjunto com as Coremes, propondo soluções para os problemas enfrentados no ambiente hospitalar. Durante a Jornada, ela aproveitou para solicitar aos residentes que acompanhem mais de perto as atividades da Amerepar e das Associações de médicos residentes de cada hospital para se interarem da realidade dos profissionais. “Espero que os médicos abracem a causa, participem das reuniões da Associação e estimulem o pensamento crítico e os debates sobre a Residência Médica no Brasil”, afirmou. Na oportunidade, ainda, foi lançado oficialmente a logotipo oficial da Amerepar.

A I Jornada da Cermepar foi organizada pelo CRMPR, em parceria com a Cermepar. A atividade contou ainda com o apoio da Amerepar. Também participaram da abertura do evento os conselheiros do CRMPR Gerson Zafalon Martins e Darley Rugeri Wollmann Júnior, o tesoureiro do CFM José Hiran da Silva Gallo e o integrante da Comissão de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira, Jurandir Marcondes Ribas Filho.

LANÇADO MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE

Manual do Médico Residente

O Manual do Médico Residente teve o seu pré-lançamento durante a I Jornada da Cermepar realizada na noite de 10 de setembro, na Casa do Médico, em iniciativa conjunta do Conselho Regional de Medicina, Comissão de Residência Médica do Paraná e a Associação dos Médicos Residentes do Paraná (Amerepar). O lançamento oficial ocorreu no dia 19 de outubro, como parte das atividades do 47.º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM 2009), que reuniu mais de 3 mil participantes em Curitiba. O livro acabou se transformando num dos grandes atrativos do evento, despertando a atenção de estudantes, médicos e professores.

A distribuição do manual ocorreu no estande do Conselho durante os quatro dias de Congresso. Para a sessão de autógrafos, estiveram presentes o editor-coordenador, Prof. Dr. João Carlos Simões, que também é editor científico da Revista do Médico Residente, e os coautores Allan Cesar Faria Araujo; Jorge Ribas Timi; Luisa Moreira Höpker, Neila Falconi Bomfim e Adriano Keijiro Maeda.

Reflexão crítica

O livro foi editado pelo CRMPR, dentro de seu Programa de Educação Médica Continuada, adequado à série Cadernos do Conselho. Como explica o editor, trata-se de uma publicação inédita do CRMPR, que propicia uma visão ampla sobre formação, residência e atuação na atividade médica. É direcionado para os residentes do Paraná e do Brasil e, também, para todas as pessoas que vivem a Residência Médica. "O objetivo é promover o debate e a reflexão crítica, além de oferecer visão ética e humanística, e aperfeiçoar a Residência Médica no Brasil", afirma. A obra, de 168 páginas, reuniu artigos de 22 articulistas, incluindo o editor e ainda a Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica, Maria do Patrocínio Tenório Nunes; o presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes, Romes André Proença de Souza; a presidente da Associação dos Médicos Residentes do Paraná, Luisa Moreira Höpker; o representante da Associação Médica Brasileira na CNRM, Renato Passini Júnior; e o vice-presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e presidente da Regional do Paraná, Prof. César Alfredo Pusch Kubiak.

EDITOR

João Carlos Simões

COEDITORES/COLABORADORES

Adriana Chassot Bresolin, Adriano Keijiro Maeda, Allan Cesar Faria Araujo, Andy Petroianu, César Alfredo Pusch Kubiak, Evandro Guimarães de Sousa, Hugo Manuel Paz Morales, Jorge R. Ribas Timi, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Luisa Moreira Höpker, Maria Tenório do Patrocínio Nunes, Marilise Katsurayama, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Neila Falcone Bomfim, Phallcha Luizar Obregón, Renato Passini Júnior, Roberto de Queiroz Padilha, Romes André Proença de Souza, Sérgio Maciel Molteni, Tânia Maria Santos Pires e Thelma Skare.



Na sessão de autógrafos, estudantes, médicos e professores presentes ao COBEM fizeram fila para receber um exemplar do Manual.



Neila Falcone Bonfim, Luisa Moreira Höpker, Adriano Keijiro Maeda, João Carlos Simões, Jorge Ribas Timi e Allan Cesar Faria Araujo, participantes da obra e presentes ao lançamento no COBEM 2009.

Jornada da Cermepar debate desafios da Residência Médica



Composição da mesa diretora da I Jornada da Cermepar: Adriano Massuda, representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas na CNRM; Darley Rugeri Wollmann Júnior, conselheiro do CRMPR e representante do Simepar; José Hiran da Silva Gallo, tesoureiro do CFM; Roberto Luiz D'Avila, conselheiro do CFM e seu representante na CNRM; Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, presidente do CRMPR; Gerson Zafalon Martins, representante do Paraná no Conselho Federal; Jurandir Marcondes Ribas Filho, da Comissão de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira; João Carlos Simões, editor-científico da Revista do Médico Residente e coordenador da I Jornada; Romes André Proença de Souza, presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes; e Luísa Moreira Höpker, presidente da Associação Estadual dos Médicos Residentes do Paraná.



Vista da plateia durante a II Jornada.



Romes André Proença de Souza, presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes.



Gerson Zafalon Martins, representante do Paraná no Conselho Federal de Medicina e Jurandir Marcondes Ribas Filho, da Comissão de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira.



José Hiran da Silva Gallo, tesoureiro do CFM.



Jurandir Marcondes Ribas Filho, da Comissão de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira e João Carlos Simões, editor-científico da Revista do Médico Residente e coordenador da I Jornada Brasileira.



Roberto Luiz D'Avila, conselheiro do CFM e seu representante na CNRM; Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, presidente do CRMPR.



Adriano Massuda, representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas na CNRM.

CONTEÚDO / CONTENT

INSTRUÇÃO AOS AUTORES / AUTHORS INSTRUCTION	94
EDITORIAL / EDITORIAL	
UM LEGADO	
<i>A Legacy</i>	
João Carlos Simões	96
DO CONHECIMENTO E HABILIDADES À ATITUDE. É PRECISO SENTIR-SE SER MÉDICO.	
<i>From knowledges and ability to attitude. Is need to feel to be a doctor</i>	
Donizetti Dimmer Giamberardino Filho	97
OS NÃOS NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	
<i>Dont's in doctor-patient relationship</i>	
Perseu Castro de Lima	98
ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE	
AVALIAÇÃO CURRICULAR PADRONIZADA DOS CANDIDATOS A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MINAS GERAIS	
<i>Standardized curricular assessment of candidates for Medical Residency in the state of Minas Gerais</i>	
Lauro José Víctor Avellán Neves, Antonio Fernandes Lages, Thiago Reis Sallum	100
BLOQUEIOS CARDÍACOS EM ESPONDILOARTRITES	
<i>Heart blocks in spondyloarthritis</i>	
Ana Paula Beckhauser de Campos, Marília Barreto Silva, Thelma L. Skare, Ronald Kool, Guilherme Barreto Gameiro Silva, José Antonio da Silva	107
NEFROLITÍASE ASSOCIADA AO USO DE TOPIRAMATO NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA	
<i>Nephrolithiasis associated with the use of topiramate in pediatric population</i>	
Luis Alberto Batista Peres, José Roberto Leonel Ferreira, Marta Regina Clivati, Júlio Ricardo Ramos	111
ARTIGO ESPECIAL ; SPECIAL ARTICLE	
SÓCRATES E PSICOTERAPIA COGNITIVA	
<i>Socrates and Cognitive Psychotherapy</i>	
Mauro Porcu, Ricardo Franzin	115
RELATO DE CASO ; CASE REPORT	
DERRAME PERICÁRDICO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DO LUPUS	
ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL. RELATO DE CASO	
<i>Pericardial effusion as Initial Manifestation of Systemic Lupus Erythematosus: case report</i>	
Marcos Antonio da Silva Cristovam, Adriana Chassot Bresolin, Manoel Fernando Silva Leite, Nelson Ossamu Osaku, Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel, Danieli Alessi	119
EXPRESSÕES MÉDICAS / MEDICAL EXPRESSION	
EXPRESSÕES MÉDICAS: FALHAS E ACERTOS	
<i>Medical expression: failures and hits</i>	
Simônides Bacelar, Carmem Cecília Galvão, Elaine Alves, Paulo Tubino	122
CERMEPAR - COREMES DO PARANÁ / CERMEPAR / COREMES OF PARANA	
Instituições com residência médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC.....	128
MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA / MEDICINE HISTORY MUSEUM	
<i>History Museum of Medicine</i>	
Ehrenfried Othmar Wittig	130