

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE





CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
Diretoria junho de 2010 a janeiro de 2012

Presidente

Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Vice-Presidente

Alexandre Gustavo Bley

Secretário-Geral

Hélcio Bertolozzi Soares

1.º Secretário

José Clemente Linhares

2.º Secretário

Marco Antonio doS. Marques Ribeiro Bessa

Tesoureira

Roseni Teresinha Florencio

2.º Tesoureiro

Sérgio Maciel Molteni

Corregedor-Geral

Alceu Fontana Pacheco Júnior

1.ª Corregedora

Marília Cristina Milano Campos

2.º Corregedor

Roberto Issamu Yosida

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre

80810-340 Curitiba - PR

Telefone: (41) 3240-4026 - 3240-4049

www.crmpr.org.br

revistadoresidente@crmpr.org.br

imprensa@crmpr.org.br



COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO PARANÁ
(CERMEPAR) 2009 - 2011

Presidente

Adriano Keijiro Maeda
(Hospital Cajuru - Curitiba)

Vice-Presidente

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
(Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)

1.º Secretário

Allan Cezar Faria Araujo
(UNIOESTE - Cascavel)

2.º Secretário

Alvo Orlando Vizzotto Junior
(Hospital Santa Rita - Maringá)

Tesoureiro

Claudio Wiens
(Hospital Santa Brígida - Curitiba)

Diretor Científico-Cultural

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

Conselho Fiscal

Luiz Salim Emed,
Jean Alexandre Furtado Correia Francisco
João Carlos Simões



ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DO PARANÁ (AMEREPAR)

Presidente:

Maria Cecília Beltrame Carneiro

amerepar@gmail.com



CAPA

A arte da capa da RMR traz a Constelação de Ofiúco, que representa o homem segurando a serpente. Na mitologia, Ofiúco é identificado com Asclépio, o deus grego da medicina que ressuscita os mortos. A constelação está presente na Casa do Médico, integrando-se ao conjunto arquitetônico do prédio-sede do Conselho de Medicina do Paraná.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista do Médico Residente [recurso eletrônico] / Conselho Regional de Medicina do Paraná, Comissão Estadual de Residência Médica. - v. 13, n.1 (jan./mar. 2011). - Curitiba: CRM-PR, 2011-

Recurso Eletrônico, acesso <http://www.crmpr.org.br/crm2/index.php>.
Trimestral
ISSN 0000-0000

1. Medicina. 2. Internato e Residência I. Título.
CDD 610 CDU 61

Sumário

Contents

Editorial - Editorial

- 7 **A nova Revista do Médico Residente do CRM-PR**
The new Journal of the Medical Resident
João Carlos Simões
- 9 **O Código de Ética Médica e a construção de uma sociedade mais justa, solidária e saudável**
The Code of Medical Ethics and the construction of a fairer, more caring and healthier society
Alexandre Gustavo Bley

Artigo Original - Original Article

- 11 **Resposta hemodinâmica após uso de corticoide na sepse experimental**
Hemodynamic changes following corticoid treatment in experimental sepsis
Sérgio Luiz Rocha, Anna Carolina Botti de Oliveira, Déborah Fernandes Bega, Guilherme Roberto Zammar, Talita Recheleto Strano
- 18 **Presença de anticorpos anti IgA em pacientes atendidos em ambulatório de pediatria geral**
Presence of anti-IgA antibodies in outpatients evaluated in pediatrics general ambulatory
Marcos Antonio da Silva Cristovam, Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel, Nelson Ossamu Osaku, Sibila Aiache Pegoraro, Ana Paula Adame
- 23 **Desempenho funcional das mãos em pacientes com esclerodermia sistêmica e sua associação com sintomas e perfil de autoanticorpos**
Functional performance of hands in patients with systemic scleroderma and its association with symptoms and autoantibodies profile
Bruna Leticia Toebe, Carla Luiza Boros, Thelma L. Skare

Artigo de Revisão - Review Article

- 31 **Complicações da monitorização da pressão intracraniana intraparenquimatosa: revisão de literatura**
Complications of intraparenchymal intracranial pressure monitoring: a review of literature
Anderson Tomoyuki Kochi, Hugo Meneguetti Manetti, Jaime Fontanelli Freitas, Julio Cezar Gomes Kristochick, Ricardo Joekel Beleze, Adriano Keijiro Maeda, Carlos Alberto Mattozo, Jaques Dieter Bayerl

Artigo Especial - Special Article

- 38 **Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica**
Partnership between assisting hospitals and medicine faculties aiming at offering Programmes of Medical Residency
Ana Cristina Ribeiro Zöllner, Evandro Guimarães de Sousa
- 45 **Publicidade, consentimento e compromisso de resultado. Reforma do Código de Ética Médica**
Publicity, consent Inform and results compromise. Medical Ethics Code Reform
Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

Relato de Caso - Case Report

- 49 **Abdome agudo por torção de testículo criptorquídico em adulto**
Acute abdomen by undescended testicle torsion in adult
Carlos Edmundo Rodrigues Fontes, Marino José Mardegan, Aissar Eduardo Nassif, Rosa Virgine Tajra Batista
- 52 **Trauma testicular**
Testicle trauma
Daniel Santos Maia, Daniel Mourão França, Felipe Torres Rabêlo, Marcelo Esteves Chaves Campos, Marcelo Sousa Cunha Leite, Sérgio Santos Rametta, Nayara Gonçalves Ferreira, Rafael da Silveira de Castilho Jacob, José Eduardo Fernandes Távora
- 57 **Adenocarcinoma de Próstata evoluindo com suboclusão retal, metástase subcutânea e PSA total menor que 1ng/ml. Relato de caso e revisão de literatura**
Prostate adenocarcinoma with retal subocclusion evolution, subcutaneous metastases and psa below 1 ng/ml. Case report and literature review
Ricardo Cavalheiro Cavalli, Antonio Ivo Moritz, Murilo Minoru Murata, Jair de Campos Júnior, Fábio Monteiro Crialezi, Cyro Cezar de Oliveira

Expressões médicas - Medical expression

- 61 **Expressões médicas: falhas e acertos**
Medical expression: failures and hits
Simônides Bacelar, Carmem Cecília Galvão, Elaine Alves, Paulo Tubino



A Revista do Médico Residente (ISSN 0000-0000) é uma publicação trimestral do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, com apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná. Cartas e artigos devem ser enviados para: Revista do Médico Residente - Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba (PR) - CEP 80810-340 - Fone(41) 3240-4049/ Fax: (41) 3240- 4001

E-mail:

drjcs@uol.com.br

revistadoresidente@crmp.org.br

A Revista do Médico Residente é enviada por meio eletrônico a todos os médicos e estudantes de Medicina cadastrados no CRM-PR, Comissões de Residências Médicas, Entidades Médicas, Bibliotecas, Centros de Estudos e publicações diversas.

Autorizada a republicação de artigos com a citação da fonte.

REVISÃO LÍNGUA INGLESA

Roberto Smolka

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Gisele T. Liegel Glock (CRB9-1178)

Maria Isabel Schiavon Kinasz (CRB9-626)

CONSULTORES INTERNACIONAIS

Jatin P. Shah (Memorial Hospital) – NY (EUA)

João Luis Raposo D'Almeida - Lisboa (Portugal)

Júlio César Fernandes - Montreal (Canadá)

Milena Braga - Baltimore (EUA)

Ricardo Lopez (FAESS) - (Argentina)

Roger H. Kallal (North Wewestern Memorial) – Chicago (EUA)

Luiz Alencar Borba (Universidade de Arkansas) - (EUA)

JORNALISTA RESPONSÁVEL

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

DIAGRAMAÇÃO

Vert Comunicação (41 3252-0674)

FUNDADOR E EDITOR CIENTÍFICO

João Carlos Simões (FEPAR) - Curitiba (PR)

EDITORES ASSOCIADOS

Alcino Lázaro da Silva (UFMG) - Belo Horizonte (MG)

Carlos Vital Tavares Correa Lima (CFM) - Recife (PE)

Luiz Fernando Moreira (UFRGS) - Porto Alegre (RS)

CONSELHO EDITORIAL

Ademar Lopes (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)

Allan Cezar Faria Araújo (UNIOESTE) - Cascavel (PR)

André Lopes Carvalho (USP) - Barretos (SP)

Andy Petroainu (UFMG) - Belo Horizonte (MG)

Antonio Carlos Lopes (UNIFESP) - São Paulo (SP)

Antonio Nocchi Kalil (Santa Casa) - Porto Alegre (RS)

Armando d'Acampora (UFSC) - Florianópolis (SC)

Carlos Edmundo Rodrigues Fontes (UEM) - Maringá (PR)

Carlos Teixeira Brandt (UFPE) - Recife (PE)

Ivan Tramujas da Costa e Silva (UFAM) - Manaus (AM)

Ivo Pitanguy (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ)

José Eduardo de Siqueira (UEL) - Londrina (PR)

Luiz Alberto Sobral Vieira Jr (HUCAMoraes – UFES) - Vitória (ES)

Fábio Biscegli Jatene (USP) - São Paulo (SP)

Marcos Desidério Ricci (USP) - São Paulo (SP)

Marcus Vinicius Henriques Brito (UEPA) - Belém (PA)

Maria do Patrocínio Tenório Nunes(USP) - São Paulo (SP)

Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho (UFPR) - Curitiba (PR)

Nicolau Kruehl (UFSC) - Florianópolis (SC)

Olavo Franco Ferreira Filho (UEL) - Londrina (PR)

Orlando Martins Torres (UFMA) - São Luis (MA)

Reginaldo Ceneviva (USP) - Ribeirão Preto (SP)

Roberto Gomes (Sociedade Bras. Cancerologia) - Vitória (ES)

Saul Goldemberg (UNIFESP) - São Paulo (SP)

William Saad Hossne (UNESP) - Botucatu (SP)

CONSELHO DE REVISORES

Antonio Sérgio Brenner (UFPR) - Curitiba (PR)

César Alfredo Pusch Kubiak (UNICENP) - Curitiba (PR)

Elias Kallás (UNIVAS) - Pouso Alegre (MG)

Flávio Daniel Tomasich (UFPR) - Curitiba (PR)

Gilmar Amorim de Sousa (HC da UFRN) - Natal (RN)

Gustavo Cardoso Guimarães (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)

Hamilton Petry de Souza (PUC) - Porto Alegre (RS)

Hélio Moreira Júnior (UFG) - Goiânia (GO)

Humberto Oliveira Serra (HUUFMA) - São Luis (MA)

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPR) - Teresina (PI)

José Eduardo Aguiar do Nascimento (UFMT) - Cuiabá (MT)

José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian UFMS) - C. Grande (MS)

Jurandir Marcondes Ribas Filho (FEPAR) - Curitiba (PR)

Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno Infantil) - Goiânia (GO)

Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE) - Cascavel (PR)

Luiz Carlos Von Bahten (PUC) - Curitiba (PR)

Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)

Manoel R. M. Trindade (UFRGS) - Porto Alegre (RS)

Marcelo Thiele (UNICAMP) - Campinas (SP)

Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL) - Maceió (AL)

Milton de Arruda Martins (USP) - São Paulo (SP)

Neila Falcone da Silva Bomfim (HU Adriano Jorge) - Manaus (AM)

Nilton Ghiotti de Siqueira (UFAC) - Rio Branco (AC)

Orlando Costa e Silva Jr (FMRP) - Ribeirão Preto (SP)

Paulo Kotze (PUC) - Curitiba (PR)

Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM) - Cuiabá (MT)

Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB) - João Pessoa (PB)

Ricardo Ribeiro Gama (FEPAR) - Curitiba (PR)

Robson Freitas de Moura (Escola Baiana de Medicina) Salvador (BA)

Rogério Saad Hossne (UNESP) - Botucatu (SP)

Salustiano Gomes de Pinho Pessoa (UFC) - Fortaleza (CE)

Simone Maria de Oliveira (UFSE) - Aracaju (SE)

Simônides Bacelar (UNB) - Brasília (DF)

Thelma Larocca Skare (FEPAR) - Curitiba (PR)

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

AUTHORS INSTRUCTIONS

ISSN 0000-0000

MISSÃO

A Revista do Médico Residente (ISSN 0000-0000), editada desde 1999, é órgão oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e, com o apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná, é editada trimestralmente com um único volume anual e tem por missão a publicação de artigos científicos da área biomédica e de artigos especiais que contribuam para o ensino e desenvolvimento da Residência Médica do Brasil. A Revista do Médico Residente aceita artigos escritos em português, espanhol e inglês nas seguintes categorias: artigos originais, artigos de revisão ou atualização, relatos de casos, ensaios, artigos de opinião, conferências, artigos de história e cartas ao editor. Outras seções poderão ser incluídas conforme o interesse do CRM-PR na divulgação de temas relevantes que não se incluam nas categorias citadas.

MANUSCRITOS

Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e enviados somente por meio eletrônico (para: drjcs@uol.com.br ou revistadoresidente@crmpr.org.br) quando o autor principal receberá resposta por e-mail da confirmação do recebimento. **Os manuscritos devem estar acompanhados de uma carta de autorização, assinada pelo autor principal, seguindo o modelo abaixo e enviado eletronicamente.** Uma vez aceito para publicação, torna-se o artigo propriedade permanente da Revista do Médico Residente, com reserva dos direitos autorais.

MODELO DE CARTA DE AUTORIZAÇÃO

O autor abaixo assinado, em nome dos coautores nominados (se houver) transferem para a Revista do Médico Residente todos os direitos de publicação, em qualquer meio, do artigo (título), assumem que é inédito, não foi encaminhado para outro periódico e que o estudo foi conduzido com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da instituição onde foi realizado ou com o consentimento livre e informado nos estudos com pacientes. Incluir nome completo, endereço postal, telefone, fax, e-mail.

Os artigos devem ser digitados em espaço simples em fonte Arial ou Times New Roman tamanho da fonte 12, devidamente numeradas, iniciando com a do título. Devem ser escritos de forma clara e concisa, usando-se a terceira pessoa do singular ou plural, constando as partes adequadas do preparo de cada artigo referidas abaixo.

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 n.º do processo.
3. Ofício da aprovação do trabalho pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição.

REFERÊNCIAS

A Revista do Médico Residente segue o "Uniform Requiremen-

tes for Manuscripts Submitted do Biomedical Periodical Journals", elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org), conhecido como "Convenção de Vancouver".

REVISÃO ENTRE OS PARES (PEER REVIEW)

A Revista do Médico Residente tem os artigos avaliados pelos pares (peer-review). Os artigos anônimos são encaminhados via e-mail para dois membros também anônimos do Conselho dos Revisores ou do Conselho Editorial escolhidos pelo editor que, por meio de preenchimento de um roteiro de análise anexo, que envolvem relevância da contribuição, título, redação, originalidade, validades dos métodos, dos resultados e procedem a aprovação ou não. A critério do Editor Científico, o artigo poderá ser submetido a revisores externos. Artigos rejeitados serão devolvidos aos autores anexados com as sugestões dos revisores.

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, ensaios especiais, notas prévias e cartas ao editor.

A Revista do Médico Residente apoia a posição do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) para registro de ensaios clínicos. Portanto, a partir de 1.º de Janeiro de 2010, somente passaram a ser aceitos para publicação os ensaios controlados aleatoriamente (randomized controlled trials) e ensaios clínicos (clinical trials), pesquisas que tenham recebido número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icjme.org). O número de identificação deverá constar no final do artigo.

TIPOS DE ARTIGOS

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 com até 300 palavras, descritores com no máximo cinco palavras-chave que estejam contidas nos Descritores de Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br>) ou no MESH (www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html). Não devem ser usadas palavras-chave que não constem no DeCS/MESH, pois poderão ser recusadas. Incluem: introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, abstract, keywords e referências. As referências devem ser limitadas a cerca de trinta (30), citando todos os autores até seis. Com mais de seis autores, cita-se depois dos seis nomes a expressão et al.

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, ge-

almente 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 um autor.

Artigo especial: são ensaios, conferências, análises críticas. Discursos escritos ou discussão de temas especiais dirigidos principalmente para a 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, e de cada autor, cidade, estado e país. Incluir, ainda, o endereço completo do autor responsável e seu endereço eletrônico.

Resumo: deve ser estruturado e não exceder 300 palavras. 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.º 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 sequência e de maneira concisa, sem comentários e fazendo quando pertinente re-

ferências às tabelas e ou figuras. Utilizar abreviaturas aprovadas e padronizadas.

GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

As figuras devem ser as referidas no texto e devem vir logo após a referência no texto. As figuras não devem ser inseridas no documento principal. 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. Procurando uniformizar os termos anatômicos, os autores deverão usar a Terminologia Anatômica, São Paulo, Editora Manole, 1ª ED, 2001.

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 300 palavras e ser estruturado como no resumo: Background, Methods, Results, Conclusion and KeyWords.

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

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

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

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Revista: Pacheco JF, Dias R, Silva MG, Tristão AR, de Luca LA. Prevenção de aderências pélvicas: Estudo experimental em ratas com diferentes modalidades terapêuticas. RBGO.2003 Set; 25(5):359-64.

Livro: Goodwin FK, Jamison KR. Maniac-Depressive Illness. New York: Oxford University Press; 1990.

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

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

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

A nova revista do médico residente do CRM-PR

The new Journal of the Medical Resident

João Carlos Simões*

"Knowledge is power."

(Sir Francis Bacon, *Religious Meditations, Of Heresies*, 1597)

Stumpf^[1] escreveu que: "Os cientistas necessitam divulgar o seu trabalho, a sua pesquisa, para transformar os dados manipulados em informação e, assim, gerar conhecimento".

As revistas médicas, em papel, possuem inúmeras dificuldades de publicação: tempo, limitação de espaço, alto custo de publicação, altos preços de assinatura, arduo processo de indexação, obstáculos na conservação em bibliotecas e produção em papel, atualmente, antiecológica.

Em janeiro do ano de 1665, o periódico francês *Journal des Sçavans* foi publicado semanalmente em Paris e divulgava notícias do cotidiano, relatos de física, química, anatomia e meteorologia.

A segunda revista foi o *Philosophical Transactions da Royal Society of London*, publicada em maio de 1665. Buscando atribuir um caráter mais científico ao periódico, a *Royal Society* decidiu investir nos relatos de experimentos científicos. Com periodicidade mensal, o *Philosophical Transactions* rapidamente alcançou a tiragem de 1200 exemplares^[2].

A primeira publicação, no Brasil, foi a *Gazeta Médica do Rio de Janeiro*, criada em 1862 e, a seguir, surgiu a *Gazeta Médica da Bahia*, em 1866. Entretanto, a primeira revista regularmente publicada no Brasil, em 1917, foram os Anais

da Academia de Ciências, com o nome de *Revista da Sociedade Brasileira de Ciências*.

Transcorridos quase três séculos depois da criação da primeira revista científica impressa, surge, em 1978, a primeira revista científica eletrônica, financiada pela National Science Foundation e desenvolvida no New Jersey Institute of Technology, nos Estados Unidos da América.

CUSTO DE UMA REVISTA IMPRESSA

A edição de uma revista médica é laboriosa e onerosa. Começa pela criação intelectual do autor, o envio do manuscrito para o editor e, a partir daí, todos os procedimentos necessários são custeados pela revista, desde a seleção, correção, formatação, diagramação, preparação das tabelas e gráficos, edição da cópia e, enfim, a produção da revista.

Existe, também, o custo com o profissional ou empresa especializada na diagramação e editoração, além das despesas de impressão, que incluem a elaboração de fotolito, composição, leiaute, impressão propriamente dita, tipo do papel, paginação e encadernação.

King e Tenopir^[2], sugerem que para produzir, normalizar, editar, compor publicações

* Editor Científico da Revista do Médico Residente

científicas e acadêmicas é gasto por volta de US\$ 4 mil por artigo, quando todas as despesas diretas e indiretas são consideradas.

Os custos de impressão e distribuição são da ordem de US\$ 40 por assinatura. Portanto, preparar a matriz de uma revista com cem artigos custaria US\$ 400 mil (ignorando as demais matérias da revista). Devido a esse valor elevado e fixo, uma revista com tiragem restrita a mil exemplares exigiria um preço de US\$ 400 para cobrir seu custo de produção, mais US\$ 40 cobrir os custos de impressão e distribuição.

INDEXAÇÃO

O processo de indexação de uma revista chan-cela o indicador de qualidade necessário para que esta possa pertencer a um ou mais bancos de dados de renome internacional, em uma área específica do conhecimento, como por exemplo, LILACS, MEDLINE, ISI. É um fator de qualidade seminal para que a produção científica nela apresentada se torne conhecida e reconhecida internacionalmente. A indexação permite uma recuperação eficiente e rápida da informação.

Em 1994, o Núcleo de Informática Biomédica da Universidade Estadual de Campinas construiu um dos primeiros projetos em publicação eletrônica científica na Internet no Brasil: o Hospital Virtual Brasileiro, um recurso de informações médicas na Internet. Logo após, surgiu o e-pub – Grupo de Publicações Eletrônicas em Medicina e Biologia, uma divisão do NIB

responsável pelo desenvolvimento de revistas eletrônicas. Este desenvolveu a primeira publicação científica brasileira puramente eletrônica, o *On-line Journal of Plastic and Reconstructive Surgery*.

A Revista do Médico Residente tem 13 anos de existência. Nasceu de uma experiência doméstica de preceptores e residentes de uma Instituição Universitária. Há mais de sete anos está em processo de indexação na base de dados do LILACS.

Há aproximadamente quatro anos tem sido amparada pelas atividades científicas de educação continuada do Conselho Regional de Medicina do Paraná, com o apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná, e agora dá um passo de modernização importante na sua publicação exclusivamente *online*.

A publicação *online* permite a divulgação do conhecimento com uma interatividade entre os autores e leitores, a facilidade de acesso, a rapidez na publicação, a atualização constante e o custo mais acessível.

Entretanto, será necessário resolver alguns problemas para permitir o acesso sem dificuldades e os avisos de divulgação das edições para todas as instituições com residência médica, preceptores e médicos residentes, que são o alvo precípua desta publicação científica, para ajudá-los na qualidade do seu aperfeiçoamento científico próprio deste importante programa de pós-graduação *senso lato*.

REFERÊNCIAS

1. Stumpf IRC. Passado e futuro das revistas científicas. Ci Inf. 1996;25(3):383-6

2. King DW, Tenopir C. A publicação de revistas eletrônicas: economia da produção, distribuição e uso. Ci Inf. 1998;27(2).

O Código de Ética Médica e a construção de uma sociedade mais justa, solidária e saudável

The Code of Medical Ethics and the construction of a fairer, more caring and healthier society

Alexandre Gustavo Bley*

A Medicina, como uma das profissões milenares que servem de base para a estruturação da sociedade, tem em seu pai, Hipócrates, a expressão maior que deixou conceitos para a prática da mesma, quais sejam: os princípios da beneficência, não-maleficência, respeito à vida, à privacidade e à confidencialidade. A isto chamamos os princípios da Ética Hipocrática. Dentro destes parâmetros, que permanecem atuais, outros conceitos foram acrescentados, caracterizando-se assim a Medicina como uma ciência que eticamente se dedica ao que é mais sagrado: a vida em plenitude.

Ser Médico, ou seja, profissional que desenvolva a Medicina, acima de tudo tem que espelhar estas premissas, perseverar pela qualidade de vida, pela saúde em suas diversas facetas, respeitar a dignidade e a integridade dos que lhe pedem auxílio. Apesar de conceitos antigos, com o advento das grandes guerras, o mundo teve que declarar códigos de costumes, nortear o pensamento novamente e estabelecer regras de conduta ética. Com alguns ensaios anteriores, em 1944 o primeiro Código de Deontologia Médica foi oficialmente reconhecido no Brasil. Desde então, outros quatro códigos estiveram vigentes no país.

Neste mês de abril, mais especificamente no dia 13, o atual Código de Ética Médica,

sexto editado, completa um ano de vigência. Não devemos chamá-lo de Novo Código de Ética Médica, pois, na realidade, o que ocorreu foi uma atualização do já redemocratizado Código de 1988, especialmente utilizando-se de uma linguagem mais jurídica, buscando amparo nos Códigos Civil e Penal, bem como acompanhando os progressos científicos, como nos casos da genética e reprodução assistida. Com certeza um Código mais condizente com os dias atuais e trazendo à discussão temas bioéticos como a autonomia do paciente e do médico, ortotanásia e cuidados paliativos.

A observância às regras do Código de Ética Médica é a base do que se conceitua uma Medicina de boa prática, onde direitos e deveres dos médicos estão explícitos. Não vejo, como alguns meios de comunicação chegaram a citar, como ferramenta para solucionar os graves problemas encontrados na saúde, seja pública ou privada. Quando editado e lançado, passava-se a impressão de que a saúde neste país seria dividida entre antes e depois deste Código. Por maior exposição que isto possa exercer, confesso que ele não tem e nunca teve este propósito, pois se trata de um código de conduta profissional que pouco modificou em sua essência. Se formos analisar os Princípios

*Alexandre Gustavo Bley é vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Fundamentais deste Código, que nada mais é do que as bases para o desempenho ético desta nobre profissão, poucas mudanças ocorreram. Ou seja, os médicos deste país já trabalhavam com estas premissas e os casos em que isso não ocorria eram analisados pelos Conselhos Regionais espalhados por este Brasil.

Poder-se-ia perguntar o que modificou na prática cotidiana da classe médica desde a implantação dos conceitos trazidos nesta nova edição. No geral, muito pouco, mas como foram acrescentados temas pontuais, ampliou-se o sentido de dever do médico para com a sociedade. Administrativamente alguns ajustes tiveram que ser realizados em todas as Corregedorias dos Conselhos Regionais e Federal, no sentido de se adequar a codificação para os fatos ocorridos a partir do dia de sua vigência. Os fatos anteriores ainda são avalia-

dos pelo Código de 1988. *Tempus regit actum* (o tempo rege o ato), que impõe obediência à lei em vigor quando da ocorrência do fato. Isto faz com que, na prática, este Código vigente desde abril de 2010, seja aplicado em todas as queixas apresentadas somente daqui a alguns anos. Este período de transição está devidamente equacionado, com normas emanadas pelo Conselho Federal de Medicina e seguidas por todos os estados.

Mais do que toda uma codificação, a revisão do Código de Ética Médica representou a preocupação e o respeito de toda uma classe para com aqueles que devem se beneficiar de uma saúde de qualidade, ou seja todo o povo brasileiro. Como se diz, trata-se de um contrato de trabalho, assumido por todos nós, médicos deste país, com a população, na construção de uma sociedade mais justa, solidária e saudável.

Resposta hemodinâmica após uso de corticoide na sepse experimental

Hemodynamic changes following corticoid treatment in experimental sepsis

Sérgio Luiz Rocha¹

Anna Carolina Botti de Oliveira²

Déborah Fernandes Bega²

Guilherme Roberto Zammar²

Talita Recheleto Strano³

RESUMO

OBJETIVO: Apesar dos recentes avanços em suporte de vida, pouco se tem alcançado em termos de alteração na mortalidade relacionada à sepse. Uma alternativa terapêutica é o uso de corticoides, porém com resultados contraditórios na prática clínica. O objetivo deste trabalho foi o de avaliar a frequência respiratória (FR), pressão arterial média (PAM), fluxo sanguíneo hepático e renal e dosagem fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), em animais sépticos tratados com dexametasona.

MÉTODOS: Trinta ratos Wistar foram submetidos à ligadura e punção do ceco (LPC) e divididos em: grupo controle (GC) (n = 10); grupo dexametasona 1 (GD1) tratado com dexametasona 4mg/kg (n = 9); grupo dexametasona 2 (GD2) tratado com dexametasona 0,5mg/kg (n= 10). Após 15 horas, foi injetado a dexametasona no GD1 e GD2 e, a seguir, todos os animais foram submetidos à cateterização da artéria femoral para avaliação da PAM, seguida de laparotomia para verificação de fluxo hepático e renal através de fluxômetro a laser. Na sequência, amostras sanguíneas foram coletadas para dosagem de TNF- α . No final do experimento foi realizada a retirada de órgãos e análise histopatológica dos pulmões, fígado e rins. Para a comparação dos grupos em relação às variáveis do estudo foi usado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

RESULTADOS: Nos dois grupos tratados com dexametasona, o fluxo renal aumentou significativamente, com aumento maior no GD1. Quanto à FR, houve queda no GD1. Ocorreu diminuição do fluxo hepático, além de um aumento da PAM em ambos os grupos que receberam dexametasona, mas sem diferença significativa quando comparadas entre si. Com relação às alterações inflamatórias, houve diminuição significativa do TNF- α no GD2.

Trabalho realizado no laboratório de Técnica Operatória da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

1- Professor orientador do Programa de Bolsa de Iniciação Científica da PUCPR e Doutor em Clínica Cirúrgica pela UFPR.

2- Estudantes do 10.º período de Medicina da PUCPR.

3- Estudante do 8.º período de Medicina da PUCPR.

CONCLUSÃO: Ratos submetidos à sepse por 15 horas através da LPC apresentam aumento significativo do fluxo sanguíneo renal com uso de corticoide, e redução significativa do TNF- α com a dose de 0,5mg/kg de dexametasona.

DESCRITORES: *Sepse; Corticosteroides; Dexametasona.*

Rocha SL, Oliveira ACB, Bega DF, Zammar GR, Strano TR. Resposta hemodinâmica após uso de corticoide na sepse experimental. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

INTRODUÇÃO

Sepse grave é uma condição comum, dispendiosa e frequentemente fatal^[1]. O quadro séptico é caracterizado pela presença de três processos distintos, porém concomitantes, sendo eles: a infecção, as alterações hemodinâmicas e a resposta inflamatória local e generalizada^[2].

Mesmo com a grande quantidade de investigação sobre sepse e dos recentes avanços tecnológicos no diagnóstico, pouco se tem alcançado em termos de alteração na mortalidade relacionada à sepse^[3].

O uso de corticoide no tratamento da sepse permanece controverso. Discute-se atualmente algumas questões a respeito do momento correto de introduzir tal terapia, bem como qual seria o corticoide ideal, juntamente com sua dose efetiva para o tratamento da sepse. Portanto, a necessidade de se obter mais esclarecimentos a respeito da ação dos corticoides em estados sépticos, é a proposta deste estudo experimental.

Coloca-se como hipótese que o tratamento com corticoide em animais com sepse, induzida pela ligadura e punção do ceco, levará a modificações hemodinâmicas e inflamatórias com melhor entendimento dos seus efeitos nesta condição.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no laboratório de Técnica Operatória da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, utilizando animais fornecidos pelo

biotério, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Uso de Animais (CEUA).

Trinta ratos Wistar foram submetidos à ligadura e punção do ceco (LPC) e divididos em: grupo controle (GC) (n = 10); grupo dexametasona 1 (GD1) tratado com dexametasona 4mg/kg (n = 10); grupo dexametasona 2 (GD2) tratado com dexametasona 0,5mg/kg (n= 10). Após 15 horas de LPC, foi injetado a dexametasona no GD1 e GD2 e, a seguir, todos os animais foram submetidos à cateterização da artéria femoral para avaliação da PAM, seguida de laparotomia para verificação de fluxo sanguíneo hepático e renal através de fluxômetro a laser. Na sequência, amostras sanguíneas foram coletadas para dosagem de TNF- α .

Para a comparação dos grupos em relação às variáveis do estudo, foi usado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

RESULTADOS

Os experimentos foram realizados nos trinta ratos na mesma sequência ocorrendo um óbito no grupo tratado com 4mg/kg de dexametasona (GD1). As frequências respiratórias (Fr), os parâmetros hemodinâmicos e o marcador inflamatório avaliados nos grupos estão demonstrados na Tabela 1, com o valor de suas medianas.

Tabela 1. Parâmetros e marcador inflamatório.

VARIÁVEIS	GC N=10	GD1 N=9	GD2 N=10
Fr 1 (RPM)	55	48	60
Fr 2 (RPM)	69	66	71
PAM (mm/Hg)	43	52	45
FH (ml/min/100g)	35	23	24
FR* (ml/min/100g)	21	42 [†]	26
TNF*	0,71	0,83	0,61 [‡]

GC, grupo controle; GD1, grupo dexametasona 4mg/kg; GD2, grupo dexametasona 0,5mg/kg; Fr1, frequência respiratória dos animais sem sepse; Fr2, frequência respiratória após 15h de ligadura e punção de ceco; RPM, respirações por min; PAM, pressão arterial média; FH, fluxo sanguíneo hepático; FR, fluxo sanguíneo renal; TNF, fator de necrose tumoral alfa.

*p<0,05 comparando os grupos entre si.

[†]p<0,05 comparando com GC e com GD2.

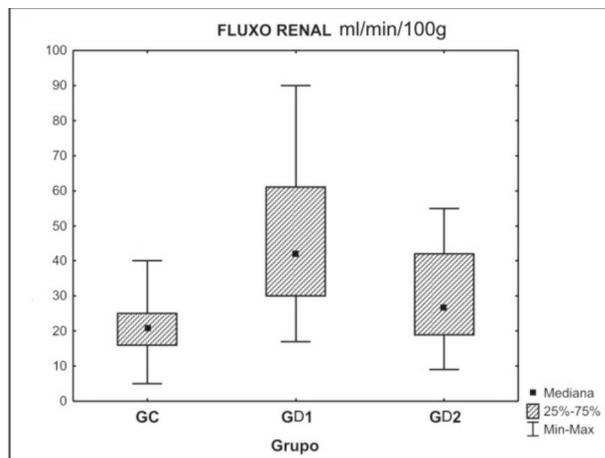
[‡]p<0,05 comparando com GD1.

Comparando os grupos entre si as frequências respiratórias dos animais sépticos (Fr2), diminuiu no grupo que recebeu 4mg/kg de corticoide (GD1). Já o grupo que recebeu a menor dose de corticoide (GD2) teve um acréscimo no valor de suas Fr2. Estas alterações não tiveram significado estatístico.

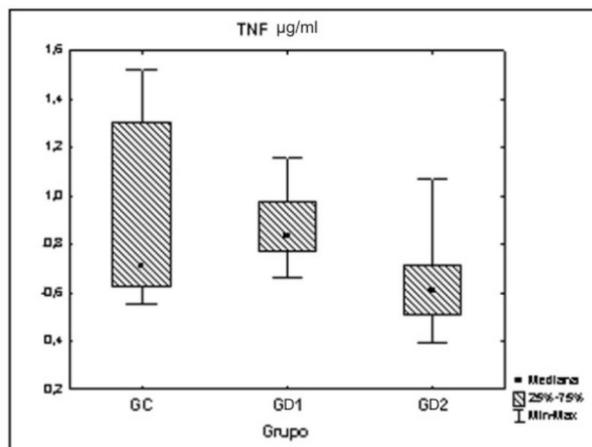
O valor da pressão arterial média (PAM) encontrado nos grupos que receberam corticoterapia foi maior do que no grupo controle. No GD1 esse aumento foi de 20% e no GD2 foi de apenas 6%. Quando os grupos foram comparados entre si, o valor de p foi igual a 0,679, não tendo significado estatístico.

Ocorreu um decréscimo no fluxo sanguíneo hepático (FH) dos animais tratados com dexametasona quando comparados aos animais que não receberam tal terapia após LPC. Esta alteração não teve significância estatística (p>0.05).

Verificou-se acréscimo de 100% no GD1 e de 26% no GD2 no fluxo sanguíneo renal (FR) em relação ao grupo controle, com diferença significativa (p=0,013), quando comparados entre si. A figura 1 é a representação gráfica de suas variáveis.

**Figura 1. Gráfico com as variáveis do fluxo renal.**

A análise do marcador inflamatório, fator de necrose tumoral alfa (TNF), apresentou comportamentos diferentes de acordo com a dose de corticoide. No grupo D1 ocorreu aumento significativo do marcador e, no grupo tratado com menor dose de corticoide (GD2), ocorreu diminuição, também significativa, deste marcador. A comparação entre os três grupos gerou um p=0,029, portanto significativo. Essas alterações, bem como suas variáveis, estão demonstradas na fig. 2.

**Figura 2. Gráfico com as variáveis do TNF.**

DISCUSSÃO

A corticoterapia passou a ser reconsiderada na sepse após recente evidência de disfunção adrenal durante a mesma, juntamente com

um melhor entendimento sobre o mecanismo e ação dos glicocorticoides^[4], sendo objeto de pesquisa de muitos autores. Sabe-se que a dexametasona diminui a formação de óxido nítrico^[5-9], um potente vasodilatador presente nos pacientes sépticos e o provável causador da hipoperfusão de órgãos importantes, como fígado e rins. A dexametasona exerce efeitos benéficos sobre a falência circulatória e disfunção múltiplas de órgãos, causada pela sepse^[10], além de influenciar os principais mediadores da resposta inflamatória^[11].

A taquipneia é colocada como um dos critérios diagnósticos no quadro de sepse^[12], por isso a FR foi verificada. A mensuração desse parâmetro foi realizada, primeiramente, nos animais sadios e, em um segundo momento, após 15 horas de LPC, nos animais sépticos. Houve um aumento da FR em todos os grupos, não tendo significância estatística, mas corroborando o método como indutor de sepse.

O choque séptico geralmente resulta em uma dramática queda da resistência vascular periférica, disfunção cardíaca e uma generalizada má distribuição do fluxo sanguíneo^[13], contribuindo para queda da PAM e hipoperfusão tecidual.

Modelos experimentais demonstraram que a dexametasona foi efetiva pra reverter a hipotensão^[14] e diminuir o efeito vasopressor^[15]. Em outro estudo, que também utilizou animais com sepse, concluiu-se que a dexametasona não só inibiu como também atrasou significativamente a queda da PAM^[16]. Nosso modelo atestou um aumento da PAM nos grupos tratados com corticoide, provavelmente pelo efeito da dexametasona em inibir seletivamente o óxido nítrico, um potente vasodilatador^[5-9]. Esse aumento não foi estatisticamente significativo.

Há evidências de que o aumento de media-

dores pró-inflamatórios e óxido nítrico podem comandar diretamente a destruição hepatocelular, representada pela liberação de enzimas hepáticas, incluindo as aminotransferases^[17]. Por isso, estudos experimentais avaliam o dano hepatocelular com a dosagem destas enzimas. Em ratos sépticos tratados com dexametasona, ocorreu redução significativa dos níveis séricos dessas aminotransferases^[18], revelando a atenuação do dano hepático causado pela sepse^[10]. Em nosso experimento, foi investigado se essa atenuação, assim como diminuição da produção de óxido nítrico, era capaz de melhorar o fluxo hepático nos animais que desenvolveram sepse.

Tarim et al. demonstrou que, por mecanismos ainda não esclarecidos, a dexametasona alterou as contrações provocadas pela adrenalina, tanto na artéria hepática como na veia porta, em ratos sépticos^[19]. Talvez essa alteração não seja suficiente para melhorar o fluxo hepático, como observado em nosso modelo, o qual demonstrou redução do fluxo nos animais que receberam corticoterapia, não havendo significado estatístico.

A falência renal aguda, na vigência de sepse, tem como principal fator de sua patogênese a hipotensão sistêmica, causando hipoperfusão e redução da filtração glomerular^[20]. Sabe-se que a terapia com dexametasona aumenta o fluxo sanguíneo aórtico^[14,15], talvez repercutindo no fluxo renal.

A melhora da disfunção renal causada pela sepse foi obtida em estudo de Leach et al.^[10]. A dexametasona também protegeu a disfunção renal, melhorou o equilíbrio hidroeletrólítico e atenuou a acidose metabólica provocada pela sepse, em outro modelo experimental. Esse mesmo estudo sugeriu que a mesma dose possa aumentar o fluxo sanguíneo renal, bem como sua pressão de perfusão^[16]. A pressão de perfusão renal não foi

mensurada em nosso modelo, porém, como previsto pelo estudo referido anteriormente, verificamos alteração no fluxo renal. Ocorreu um aumento significativo ($p=0,013$) no valor das medianas do fluxo renal nos grupos tratados com dexametasona e esse aumento chegou a ser o dobro no GD1, quando comparado ao grupo controle.

O TNF- α ocupa um papel importante na patogênese da sepse^[21-23], justificado pela presença de TNF- α em animais e homens sépticos^[24-26]. A administração de TNF- α em animais induziu hipotensão, aumento da permeabilidade vascular e falência múltipla de órgãos^[27,28], efeitos similares aos observados em casos de sepse em humanos.

A nível celular, os glicocorticoides têm sua ação mediada por inibição da produção de citocinas com atividades pró-inflamatórias, dentre

elas o TNF- α ^[29-31]. Estudos experimentais obtiveram inibição^[32] e redução^[18] significativa do TNF- α sérico dos animais, resultado compatível com o observado em nosso modelo, o qual encontrou redução significativa da TNF- α no GD2.

CONCLUSÃO

Concluimos que a dexametasona levou a modificações hemodinâmicas e inflamatórias nos animais sépticos. As alterações ocorridas com a FR, PAM e fluxo hepático não tiveram significado estatístico. Já as alterações do fluxo renal e do TNF- α tiveram significância estatística, ocorrendo aumento no fluxo sanguíneo renal dos dois grupos que receberam corticoterapia. Com relação ao mediador inflamatório, houve redução no grupo que recebeu a menor dosagem de dexametasona.

ABSTRACT

BACKGROUND - Despite recent technological advances, little has been achieved in terms of changes in mortality related to sepsis. Details about the steroids in sepsis need to be clarified and verified. The objective of this paper was to evaluate the hemodynamic changes, such as respiratory rate (RR), mean arterial pressure (MAP), liver blood flow, renal flow and inflammatory changes, such as tumor necrosis factor alpha (TNF- α) in septic rats treated with dexamethasone.

METHODS - Thirty Wistar rats underwent cecal ligation and puncture and divided into control group (CG) (n = 10), experimental group treated with dexamethasone 4 mg / kg (GD1) (n = 9) and experimental group treated with dexamethasone 0.5 mg / kg (GD2) (n = 10). After 15 hours all animals were subjected to femoral artery catheterization for evaluation of MAP, followed by laparotomy to check liver and renal flow. As a result, blood samples were collected, in which TNF- α was measured. For comparison of groups regarding the variables of the study the nonparametric test Kruskal-Wallis was used. P values <0.05 indicated statistical significance.

RESULTS - In both groups treated with dexamethasone renal flow increased significantly. We observed decrease in renal and hepatic blood flow, and increased MAP in both groups who received dexamethasone, but these changes had no significant statistical difference. Concerning inflammation, it decreased significantly in GD2.

CONCLUSION - The study suggests that dexamethasone was responsible for de inflammatory and hemodynamic changes found in septic animal.

KEYWORDS: Sepsis; Adrenal Cortex Hormones; Dexamethasone.

REFERÊNCIAS

1. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in The United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med*. 2001 Jul;29(7):1303-10.
2. Benjamim CF. Atualização sobre mediadores e modelos experimentais de sepse. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2001 Jan./Mar; 34(1):18-26.
3. Carvalho PRA, Trotta EA. Avanços no diagnóstico e tratamento da sepse. *J pediatr (Rio J)*. 2003 Nov;79(2) Suppl 2:195-204.
4. Prigente H, Maxime V, Annane D. Clinical review: corticotherapy in sepsis. *Critical Car*. 2004 Apr;8(2):122-9.
5. Lang CH, Bagby GJ, Ferguson JL, Spitzer JJ. Cardiac output and redistribution of organ blood flow in hypermetabolic sepsis. *Am J Physiol*. 1984 Mar;246(3 Pt 2):R331-7.
6. Radomski MW, Palmer RM, Moncada S. Glucocorticoids inhibit the expression of an inducible, but not the constitutive, nitric oxide synthase in vascular endothelial cells. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1990 Dec;87(24):10043-7.
7. Palmer RM, Bridge L, Foxwell NA, Moncada S. The role of nitric oxide in endothelial cell damage and its inhibition by glucocorticoids. *Br J Pharmacol*. 1992 Jan;105(1):11-2.
8. Simmons WW, Ungureanu-Longrois D, Smith GK, Smith TW, Kelly RA. Glucocorticoids regulate inducible nitric oxide synthase by inhibiting tetrahydrobiopterin synthesis and L-arginine transport. *J Biol Chem*. 1996 Sep 27;271(39):23928-37.
9. Barnes PJ. Anti-inflammatory actions of glucocorticoids: molecular mechanisms. *Clin Sci (Lond)*. 1998 Jun;94(6):557-72.
10. Leach M, Hamilton LC, Olbrich A, Wray GM, Thiemermann C. Effects of inhibitors of the activity of cyclo-oxygenase-2 on the hypotension and multiple organ dysfunction caused by endotoxin: a comparison with dexamethasone. *Br J Pharmacol*. 1998 Jun;124(3):586-92.
11. Chrousos GP. The stress response and immune function: clinical implications. The 1999 Novera H. Spector Lecture. *Ann NY Acad Sci*. 2000;917:38-67.
12. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Intensive Care Med*. 2003 Apr;29(4):530-8.
13. Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients in sepsis. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 1999 Mar;27(3):639-60.
14. Mansart A, Bollaert PE, Seguin C, Levy B, Longrois D, Mallié JP. Hemodynamic effects of early versus late glucocorticosteroid administration in experimental septic shock. *Shock*. 2003 Jan;19(1):38-44.
15. Mansart A, Bollaert PE, Levy B, Nicolas MB, Mallié JP. Comparative effects of dexamethasone and L-canavanine in experimental septic shock. *Eur J Pharmacol*. 2003 Aug 15;475(1-3):61-7.
16. Tsao CM, Ho ST, Chen A, Wang JJ, Li CY, Tsai SK. Low-dose dexamethasone ameliorates circulatory failure and renal dysfunction in conscious rats with endotoxemia. *Shock*. 2004 May;21(5):484-91.
17. Wang J, Redmond HP, Wu QD, Bouchier-Hayes D. Nitric oxide mediates hepatocyte injury. *Am J Physiol*. 1998 Nov;275(5 Pt 1):G1117-26.
18. Chatterjee S, Premachandran S, Shukla J, Poduval TB. Synergistic Therapeutic Potential of Dexamethasone and L-arginine in Lipopolysaccharide-Induced Septic Shock. *J Surg Res*. 2007 Jun 1;140(1):99-108.
19. Tarim MA, Sayek I, Erdemli I. Effect of dexamethasone on hepatic vascular response in experimental sepsis. *ANZ J Surg*. 2005 Jan-Feb;75(1-2):76-9.
20. Groeneveld AB. Pathogenesis of acute renal failure during sepsis. *Nephrol Dial Transplant*. 1994;9 Suppl 4:47-51.
21. Mathison JC, Wolfson E, Ulevitch RJ. Participation of tumor necrosis factor in the mediation of gram negative bacterial lipopolysaccharide-induced injury in rabbits. *J Clin Invest*. 1988 Jun;81(6):1925-37.
22. Simpson SQ, Casey LC. Role of tumor necrosis factor in sepsis and acute lung injury. *Crit Care Clin*. 1989 Jan;5(1):27-47.
23. Remick D, Strieter RM, Eskandari MK, Nguyen DT, Genord MA, Raiford CL. Role of tumor necrosis factor-alpha in lipopolysaccharide-induced pathologic alterations. *Am J Pathol*. 1990 Jan;136(1):49-60.
24. Hesse DG, Tracey KJ, Fong Y, Manogue KR, Palladino MA Jr, Cerami A. Cytokine appearance in human endotoxemia and primate bacteremia. *Surg Gynecol Obstet*. 1988 Feb;166(2):147-53.
25. Michie HR, Manogue KR, Spriggs DR, Revhaug A, O'Dwyer S, Dinarello CA. Detection of circulating tumor necrosis factor after endotoxin administration. *N Engl J Med*. 1988 Jun 9;318(23):1481-6.

26. Damas P, Reuter A, Gysen P, Demonty J, Lamy M, Franchimont P. Tumor necrosis factor and interleukin-1 serum levels during severe sepsis in humans. *Crit Care Med.* 1989 Oct;17(10):975-8.
27. Remick DG, Kunkel RG, Larrick JW, Kunkel SL. Acute in vivo effects of human recombinant tumor necrosis factor. *Lab Invest.* 1987 Jun;56(6):583-90.
28. Tracey KJ, Lowry SF, Fahey TJ 3rd, Albert JD, Fong Y. Cachectin/tumor necrosis factor induces lethal shock and stress hormone responses in the dog. *Surg Gynecol Obstet.* 1987 May;164(5):415-22.
29. Cavaillon JM. Action of glucocorticoids in the inflammatory cascade. *Réanim Urgences.* 2000;9:605-612.
30. Beishuizen A, Thijs LG, Haanen C, Vermes I. Macrophage migration inhibitory factor and hypothalamo-pituitary-adrenal function during critical illness. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001 Jun;86(6):2811-6.
31. Beishuizen, A, Thijs LG. Endotoxin and the hypothalamo-pituitary-adrenal (HPA) axis. *J Endotoxin Res.* 2003;9(1):3-24
32. Chang CK, Llanes S, Schumer W. Effect of dexamethasone on NF- κ B activation, tumor necrosis factor formation, and glucose dyshomeostasis in septic rats. *J Surg Res.* 1997 Oct;72(2):141-5.

Recebido em : 22/10/2010

Aprovado em 25/11/2010

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor principal : Anna Carolina Botti de Oliveira

Endereço: Av. Visconde de Guarapuava, 4303, apart. 1104, bairro Batel, Curitiba (PR). CEP 80250-220

E-mail: annabotti@yahoo.com.br

Presença de anticorpos antigliadina em pacientes atendidos em ambulatório de pediatria geral

Presence of antigliadin antibodies in outpatients evaluated in pediatrics general ambulatory

Marcos Antonio da Silva Cristovam¹
Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel²
Nelson Ossamu Osaku²
Sibila Aiache Pegoraro³
Ana Paula Adame³

RESUMO

OBJETIVO - Avaliar a presença de anticorpos IgA e IgG antigliadina (AGA) em um grupo de pacientes com queixas gastrointestinais atendidas em um ambulatório de pediatria geral.

MÉTODOS - Foram incluídas neste estudo crianças de ambos os sexos, entre 1 e 17 anos de idade, com queixas de: constipação, diarreia crônica, baixa estatura, baixo peso, distensão abdominal, síndrome de Down e diabetes tipo I. Foram analisados 36 prontuários de pacientes com dosagem de AGA IgA e IgG.

RESULTADOS - Trinta e seis prontuários foram avaliados no período de janeiro/09 a janeiro/10 em um ambulatório de pediatria geral, sendo 16 do sexo feminino e 20 do sexo masculino. A positividade IgA AGA >5 em crianças foi de 10 pacientes (27,77%) e IgG >12 de onze (30,55%). 80% dos que tinham títulos de IgA positivo também apresentavam IgG positivo, sendo estas crianças encaminhadas para avaliação em serviço de gastroenterologia pediátrica.

CONCLUSÃO - Com a análise dos dados apresentados, conclui-se que estes testes sorológicos podem ser úteis como triagem inicial entre as crianças que deverão ser submetidas a exames confirmatórios de maior sensibilidade e especificidade, como dosagem de anticorpos antiendomíseo e anticorpos antitransglutaminase, além da biópsia intestinal.

DESCRITORES: *Doença celíaca; Anticorpos antigliadina; Sintomas gastrointestinais.*

Cristovam MAS, Gabriel GFCP, Osaku NO, Pegoraro SA, Adame AP. Presença de anticorpos antigliadina em pacientes atendidos em ambulatório de pediatria geral. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

Trabalho realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – Cascavel (PR).

1. Preceptor do Internato Médico de Pediatria do curso de Medicina da UNIOESTE.

2. Professores Assistentes do Internato Médico de Pediatria do curso de Medicina da UNIOESTE.

3. Estudantes do 6º ano do curso de Medicina da UNIOESTE.

INTRODUÇÃO

A doença celíaca (DC) é uma intolerância permanente ao glúten, caracterizada por atrofia total ou subtotal da mucosa do intestino delgado proximal e consequente má absorção de alimentos, em indivíduos geneticamente susceptíveis^[1]. Os sintomas apresentados pelos pacientes celíacos podem ser típicos ou atípicos e envolver ou não o trato gastrointestinal^[1,2]. Existe uma correlação entre o tipo de manifestação clínica apresentada e a idade de início da doença. Em lactentes, predominam os sintomas gastrointestinais; em crianças maiores também podemos ter sintomas gastrointestinais mais leves, além de anemia, atraso puberal e baixa estatura. Em adolescentes e adultos jovens, a anemia é uma forma comum de apresentação^[4,6,7,9]. Os alimentos que contém glúten são: trigo, centeio e cevada, que devem ser evitados pelos pacientes celíacos.

A forma clássica da DC consiste em sintomas gastrointestinais que iniciam precocemente, entre 6 e 24 meses de idade, semanas ou meses após a introdução do glúten na dieta. Lactentes e crianças jovens apresentam tipicamente diarreia crônica (com fezes gordurosas, volumosas e fétidas), anorexia, distensão abdominal, dor abdominal, baixo ganho de peso ou perda de peso, hipotrofia muscular, vômitos, palidez e edema. Constipação pode acontecer em alguns casos. Desnutrição severa e até caquexia podem ocorrer se o diagnóstico for retardado. Também são verificadas alterações de comportamento como irritabilidade e depressão^[1,4,5,6,9].

A forma atípica da DC caracteriza-se pelo predomínio de manifestações extra-intestinais como: anemia por deficiência de ferro ou folato, aumento de transaminases, hipoprotrombinemia por deficiência de vitamina K, alterações no esmalte dentário, baixa estatura

isolada; atraso puberal, infertilidade e abortos; estomatites recorrentes, osteoporose, manifestações neurológicas (epilepsia, ataxia, neuropatia periférica) e artrites^[1,2,3].

A DC também pode se associar a outras doenças e ser diagnosticada através do rastreamento de grupos considerados de risco, como diabéticos tipo I, pacientes com síndrome de Down, deficiência de IgA, tireoidite autoimune e doença hepática crônica, como a cirrose biliar^[6,8].

Os critérios diagnósticos incluem sorologia positiva e uma biópsia de intestino delgado, a qual constitui o padrão ouro no diagnóstico e mostra dano à mucosa característico, seguidos de melhora clínica e normalização dos testes sorológicos após retirada do glúten da dieta^[9,10]. O diagnóstico é baseado inicialmente na demonstração da anormalidade da mucosa com o exame histológico revelando acentuada atrofia ou perda quase completa das vilosidades. Nesses casos, o epitélio superficial mostra degeneração e achatamento das células colunares que são normalmente cilíndricas e com maior número de linfócitos na camada epitelial. As criptas apresentam-se alongadas, hiperplásicas e tortuosas. A lâmina própria exibe aumento global de plasmócitos, linfócitos, macrófagos, eosinófilos e mastócitos^[1,9].

O tratamento da DC é basicamente dietético, devendo-se excluir o glúten da dieta por toda a vida, tanto nos indivíduos sintomáticos quanto nos assintomáticos. Após a retirada do glúten a resposta clínica é rápida, havendo desaparecimento dos sintomas gastrointestinais dentro de dias ou semanas, observando-se notável incremento na velocidade de crescimento depois de pouco tempo de dieta^[1,2,9].

O objetivo deste artigo foi avaliar a presença de anticorpos IgA e IgG anti gliadina (AGA) em um grupo de pacientes com queixas gastroin-

testinais e extra-gastrointestinais atendidas em um ambulatório de pediatria geral.

MÉTODOS

Foram analisados prontuários médicos de crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de pediatria geral de uma unidade básica de saúde do município de Cascavel (PR), no período de janeiro/09 a janeiro/10. Foram incluídos neste estudo pacientes que apresentavam queixas como constipação intestinal, diarreia crônica, distensão abdominal e dor abdominal crônica recorrente, diabetes mellitus tipo I, síndrome de Down, baixa estatura e baixo peso. A amostra total foi de 36 pacientes, sendo 16 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, a idade variou de 1 a 17 anos. Considerou-se as queixas apresentadas, exame físico e dosagem de anticorpos anti gliadina pelo método de ELISA das classes IgA e IgG, como forma simples de triagem desses pacientes, os valores de IgA considerados positivos foram maior que 5 U/ml e os de IgG considerados positivos foram maior que 12 U/ml. Os pacientes que apresentaram valores elevados de AGA foram encaminhados para um serviço especializado de gastroenterologia pediátrica para prosseguir a investigação.

RESULTADOS

Foram analisados 36 prontuários de pacientes de 1 a 17 anos de idade. Os sintomas se apresentaram com a seguinte frequência: 15(41,66%) com queixa de baixo peso; sete (19,44%) com baixo peso e baixa estatura; sete(19,44%) com distensão abdominal; um (2,77%) com distensão abdominal e baixo peso; nove (25%) com constipação intestinal; um (2,77%) apresentou constipação associada à síndrome de Down; quatro (11,11%) com diarreia crônica; um (2,77%) com

dor abdominal recorrente e um (2,77%) com diabetes mellitus tipo I. Do total de crianças, dez (27,77%) apresentaram pesquisa para AGA IgA positivo (maior que 5) e onze (30,55%) apresentaram AGA IgG positivo (maior que 12). Do total de crianças IgA positivo (10), 80% (8) foram AGA IgG positivo. Do total de crianças AGA IgG positivo (11), 72,72% (8) foram IgA positivo.

De acordo com os sintomas, os resultados de AGA IgA e IgG foram: distensão abdominal (7): 28,52% AGA IgA positivo, 42,85 % IgG positivo. Baixo peso (15): 13,33% IgA positivo; 26,66% IgG positivo. Baixo peso + baixa estatura (7): 14,28% IgA positivo; 42,85% IgG positivo. Constipação (9): 33,33% IgA positivo; 22,22% IgG positivo. Diarreia crônica (4): 25% IgA positivo; 25% IgG positivo. Dor abdominal recorrente (1): 100% IgA e IgG negativo. O paciente com DMI (1) teve 100% IgA e IgG positivos e 1 paciente com síndrome de Down apresentou 100% IgA e IgG positivos, com biópsia confirmando diagnóstico de doença celíaca.

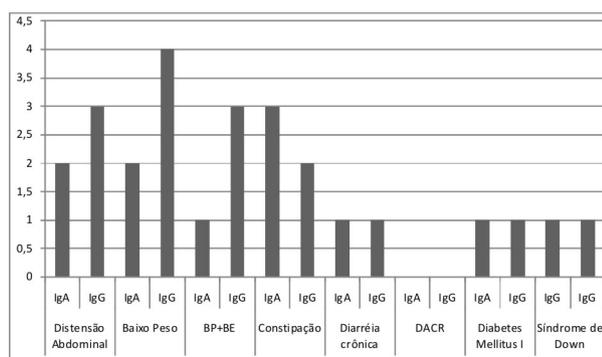


Figura 1 – Positividade dos anticorpos anti gliadina IgA e IgG de acordo com o sistema.

DISCUSSÃO

O surgimento dos testes sorológicos revolucionou o histórico da DC, uma vez que permitiu o rastreamento de grupos de risco, o diagnóstico de formas clínicas leves com sintomas não característicos, dos casos assintomáticos e o monitoramento da aderência à dieta isenta

de glúten. Tem importância já que orientam a necessidade de biópsia, e evidenciam os casos suspeitos de doença celíaca^[1,3]. Porém, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados, uma vez que a sensibilidade, especificidade e reprodutibilidade dos testes variam especialmente no que diz respeito aos AGA. Este é até hoje o mais difundido em nosso meio, por ser conhecido há mais tempo, ser de fácil realização, permitir que grande número de exames sejam feitos de uma só vez e ser de baixo custo. No entanto, a sorologia positiva para anticorpos AGA também é encontrada em diversas doenças gastrointestinais que não a DC e em outras doenças autoimunes^[1]. Até indivíduos normais podem ter títulos aumentados de AGA.

O achado de AGA positivo parece estar relacionado a diversos fatores, como a dieta dos pacientes, a idade e até mesmo o ambiente em que se vive. Alguns desses fatores, por sua vez, poderiam estar relacionados a alterações de permeabilidade intestinal. A gliadina constitui a fração tóxica do glúten, sendo encontrada no trigo. AGA IgA é mais específico para a doença celíaca e o AGA da classe IgG, mostra uma maior sensibilidade. Cerca de 2% dos pacientes celíacos tem deficiência isolada de IgA. Portanto, a determinação de rotina de AGA da classe IgG reduz a possibilidade de não detectar esses pacientes durante o rastreamento sorológico. A sensibilidade do IgG varia de 62% a 96% e sua especificidade de 63% a 97%. Já a especificidade do IgA varia de 83% a 100% e a sensibilidade de 46 a 92%^{6,9,11}. Os dados co-

letados no presente trabalho confirmam os dados da literatura, mostrando que os AGA são úteis como início de investigação diagnóstica, mas são pouco específicos e pouco sensíveis. A dosagem do AGA é feita através do método ELISA, porém a padronização do método pode variar entre os diferentes laboratórios, dificultando a comparação dos valores encontrados.

Este estudo mostrou que 27,77% dos pacientes apresentaram pesquisa para AGA IgA positivo (maior que cinco), dado este incompatível com a literatura, onde a porcentagem varia de 7,5% a 13%^{1,3,7}. Já no que diz respeito ao AGA IgG, 30,55% apresentaram valores positivos (maior que doze), compatível com a literatura, onde esta porcentagem gira em torno dos 33% e 48%^[1,7].

CONCLUSÃO

Não se deve esperar apenas pacientes com sintomas clássicos da DC para suspeitar dela. Pacientes com sintomas extra-intestinais devem passar por triagem diagnóstica. Os AGA constituem uma ferramenta na investigação inicial de DC, porém não se deve protelar a dosagem de anticorpos mais específicos, como antiendomísio e antitransglutaminase e, de acordo com os resultados, a biópsia intestinal, uma vez que esta é o padrão-ouro no diagnóstico da intolerância ao glúten. Como observado no presente trabalho, a prevalência de AGA em pacientes com queixas inespecíficas não apresenta boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de doença celíaca, sendo a dosagem dos outros anticorpos e biópsia indispensáveis para o diagnóstico final.

ABSTRACT

BACKGROUND - To evaluate the presence of IgA and IgG antigliadin (AGA) in a group of patients with gastrointestinal complaints attended in a general pediatric outpatient clinic.

METHODS - Patients included in this study were children of both sexes, between 1 and 17 years old,

with complaints such as: constipation, chronic diarrhea, short stature, low weight, abdominal distension, Down Syndrome and diabetes type I. Clinical charts were analyzed concerning 36 patients with plasma dosage of IgA and IgG AGA.

RESULTS - Thirty-six clinical charts were evaluated from the 2009-january to 2010-january in a general pediatric outpatient clinic, 16 being from female and 20 from male patients. The positive IgA AGA > 5 about children were observed in ten patients (27.77%) and IgG >12 in about eleven (30.55%), 80% of which had evidence of positive IgA also had positive IgG, and these children were referred for evaluation of pediatric gastroenterology service.

CONCLUSION - With the analysis of the data presented it is concluded that these serological tests can be useful as initial screening among children who should undergo confirmatory tests of greater sensitivity and specificity, such as determination of anti-endomysial and anti-transglutaminase plasma, beyond the intestinal biopsy.

KEYWORDS: *Celiac disease; Antigliadin antibodies, Gastrointestinal symptoms.*

REFERÊNCIAS

1. Guimarães FATM. Prevalência de anticorpos antigliadina em crianças celíacas e não celíacas. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Mestrado em Ciências da Saúde. Brasília; 2006.
2. Romaldini CC, Barbieri D, Carraza FR. Anticorpo Sérico da Classe Imunoglobulina-A e Prova da D-Xilose no Diagnóstico Diferencial entre Doença Celíaca e Hipersensibilidade Alimentar. *Pediatria (São Paulo)*. 1996;18(1):35-39.
3. Sdepanian VL, Morais MB, Fagundes-Neto U. [Celiac disease: clinical characteristics and methods used in the diagnosis of patients registered at the Brazilian Celiac Association.] *J Pediatr (Rio J)* [periodic na Internet]. 2001 Mar [acesso em 2010 May 10];77(2):131-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000200014.
4. Perialisi SAPS, Fagundes Neto U. Revisão dos Critérios para o Diagnóstico da Doença Celíaca. *The Electronic Journal of Pediatric Gastroenterology, nutrition and Liver Diseases* [periodic na Internet]. 2004 Mar [Acesso em 2009 Jun 10]. Disponível em: www.e-gastroped.com.br/mar04/doenceliaca_rev.htm.
5. Galvão LC, Brandão JMM, Fernandes MIM, Campos AD. Apresentação clínica de doença celíaca em crianças durante dois períodos, em serviço universitário especializado. *Arq Gastroenterol* [periódico na Internet]. 2004 Oct [acesso em 2010 May 10];41(4):234-238. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v41n4/a07v41n4.pdf>
6. Sdepanian VL, Morais MB, Fagundes-Neto U. Doença celíaca: a evolução dos conhecimentos desde sua centenária descrição original até os dias atuais. *Arq Gastroenterol* [periódico na internet]. 1999 Oct [Acesso 2010 May 05];36(4):244-257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28031999000400013
7. Stahlberg MR, Savilahti E, Viander M. Antibodies to Gliadin by ELISA as a Screening Test for Childhood Celiac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1986 Sep-Oct;5(5):726-9.
8. Not T, Horvath K, Hill ID, Partanen J, Hammed A, Magazzu G. Celiac Disease Risk in USA: high prevalence of antiendomysium antibodies in healthy blood donors. *Scand J Gastroenterol*. 1998 May;33(5):494-8.
9. Sdepanian VL. Doença Celíaca. In: Sdepanian VL. *Gastroenterologia Pediátrica-Manual de Condutas*. São Paulo: Barueri;2010.
10. Ferreira CT, Carvalho E, SILVA LR. *Gastroenterologia e Hepatologia em Pediatria Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.161-172.
11. Romaldini CC, Barbieri D. Anticorpos Séricos na Doença Celíaca. *Arq Gastroenterol* [periodico na Internet]. 1999 Out [acesso em 2010 Out 19];36(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28031999000400014&lng=pt&nrm=iso

Recebido em : 20/12/2010

Aprovado em: 05/01/2011

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor principal : Marcos Antonio da Silva Cristovam

Endereço: Rua João de Matos, 1145 B/09 - Coqueiral Cascavel (PR) - CEP 85807-530

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

e-mail: ma.cristovam@uol.com

Desempenho funcional das mãos em pacientes com esclerodermia sistêmica e sua associação com sintomas e perfil de autoanticorpos

Functional performance of hands in patients with systemic sclerosis and its association with symptoms and autoantibodies profile

Bruna Leticia Toebe¹
Carla Luiza Boros¹
Thelma L. Skare²

RESUMO

OBJETIVO - A esclerodermia é uma doença autoimune, de etiologia desconhecida, predominante em mulheres e que cursa com alteração do tecido conjuntivo, causando espessamento da pele, fenômeno de Raynaud e comprometendo órgãos internos, principalmente pulmões, trato gastrointestinal, coração e rins. O objetivo desse estudo foi o de investigar a alteração na função das mãos dos pacientes; relacioná-las com as dificuldades para a realização de tarefas diárias e a presença de autoanticorpos.

MÉTODOS - Quarenta e seis pacientes com esclerodermia sistêmica foram submetidos à anamnese, aplicação do questionário do Índice de Dreiser para avaliação de função das mãos e revisão do prontuário para pesquisa de autoanticorpos.

RESULTADOS - Os sintomas mais frequentes foram fenômeno de Raynaud (93,4%), rigidez nas mãos (73,9%) e dor nas mãos (71,73%). Em 82,56% dos pacientes observou-se algum grau de dificuldade nas suas atividades diárias atribuída à doença. A disfunção da mão vista pelo índice de Dreiser associou-se com a rigidez ($p=0.0034$) e a dor ($p<0.0001$), mostrando que esses são os elementos que mais interferem com a sua função. anças foi de 10 pacientes(27,77%) e IgG>12 de onze (30,55%). 80% dos que tinham títulos de IgA positivo também apresentavam IgG positivo, sendo estas crianças encaminhadas para avaliação em serviço de gastroenterologia pediátrica.

CONCLUSÃO - Existe importante disfunção das mãos nos pacientes com ES; os achados que mais contribuíram para seu aparecimento foram dor e sensação de rigidez.

DESCRIPTORIOS: *Esclerodermia Localizada; Articulações dos Dedos; Mãos.*

Toebe BL, Boros CL, Skare TL. Desempenho funcional das mãos em pacientes com esclerodermia sistêmica e sua associação com sintomas e perfil de autoanticorpos. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

Trabalho realizado no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba-PR.

1. Estudantes do 8.º Período do Curso de Medicina da FEPAR (Faculdade Evangélica do Paraná).

2. Professora de Reumatologia da Fepar.

INTRODUÇÃO

Esclerose sistêmica (ES), ou esclerodermia, é uma alteração do tecido conjuntivo caracterizada pelo espessamento da pele, fenômeno de Raynaud, e um vasto potencial de comprometimento dos órgãos internos, principalmente pulmões, sistema digestório, coração e rins^[1,2].

A ES pode se apresentar de duas formas. A forma localizada afeta as células produtoras de colágeno em áreas restritas da pele e é subdividida em tipo morfeia e linear. Já a forma sistêmica afeta também os órgãos internos e é, por sua vez, subdividida em tipo limitado e difuso^[3]. A forma limitada é caracterizada pelo espessamento da pele em mãos, pés e face e pela síndrome de CREST, compreendendo calcinose, fenômeno de Raynaud (sinal comum na doença), distúrbio da motilidade esofágica, esclerodactilia e telangiectasias^[3]. O subtipo difuso envolve potencialmente a pele de todo o corpo e pode ter um acometimento visceral mais grave^[3].

O sintoma inicial varia, mas é quase sempre o fenômeno de Raynaud que antecede por tempo variável as expressões mais específicas da doença. Outros seriam as artrites ou artralgia acompanhadas de mialgia ou miopatias e as manifestações cutâneas^[2].

A função das mãos pode estar prejudicada em pacientes com esclerodermia. Tal fato é multifatorial. O fenômeno de Raynaud - que por si só é doloroso e é desencadeado por atividades nas quais a mão é colocada em ambiente mais frio, é um dos fatores contribuintes. O Raynaud pode levar à formação de úlceras isquêmicas e dolorosas nas extremidades digitais. Artralgias e artrites, além de tendinites, também contribuem para a disfunção. Além disso, o espessamento da pele

(com retração de tecido subcutâneo) é causa de perda de mobilidade e destreza dos membros. A maioria dos pacientes reclama da perda da capacidade de “pinça” das mãos, e segundo andqvist et al.^[4], o enfraquecimento das mãos é um grande fator limitante das atividades do dia a dia.

Em nosso meio, não é fato sabido qual o grau de disfunção das mãos desses pacientes, nem quais são os fatores mais importantes no seu aparecimento. É neste contexto que se insere a pesquisa atual.

MÉTODOS

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição local e da obtenção do consentimento livre e esclarecido dos pacientes, conforme padrões exigidos pela Declaração de Helsinque, foram estudados quarenta e seis pacientes diagnosticados com esclerodermia sistêmica do Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC). Os pacientes-alvos do estudo foram pacientes atendidos regularmente no Ambulatório, com idade igual ou superior a 16 anos, de ambos os sexos e com qualquer tempo de evolução da doença. Todos os pacientes incluídos preenchem os critérios preliminares do Colégio Americano de Reumatologia para classificação da ES^[5].

Inicialmente realizou-se uma anamnese ocupacional do paciente e sobre a sua percepção acerca do grau de incapacidade gerado pela esclerodermia e de suas repercussões para o trabalho, como afastamento e até aposentadoria. Nesta anamnese foram incluídos dados demográficos, tipo de esclerodermia, tempo de doença, sintomas relacionados à mão, medida de dor e rigidez por escala visual analógica (de 0 até 10, onde 0 é ausência de sintoma e 10 o sintoma máximo) e medida de função da mão pelo

questionário do Índice Funcional de Dreiser^[6]. O índice funcional de Dreiser compreende uma série de 11 perguntas de acerca de atividades da vida diária como abotoar um botão, usar uma tesoura, escrever, amarrar um laço etc. sendo a dificuldade para o desempenho de cada uma delas graduada em 0 nenhuma dificuldade, 1 com dificuldade moderada, 2 com dificuldade importante e 3 impossível, indo portanto de 0 (sem disfunção) até 33 (disfunção máxima). Este é um índice desenhado inicialmente para avaliação de função das mãos em osteoartrite, mas que tem já sido usado para análise em pacientes com esclerodermia^[7].

Os prontuários foram revisados para presença de autoanticorpos como FAN (fator antinuclear), fator reumatoide (FR), anti-RNP, anticorpo anticentrômero e antitopoisomerase 1 (ou Scl-70).

Os dados obtidos foram agrupados em tabelas de frequência e contingência e submetidos a tratamento estatístico. Foram usados os testes de Qui-quadrado e de Fisher para estudo de associações de variáveis nominais e Teste t não pareado, Mann Whitney e Kruskal Wallis para estudo de variáveis nominais. Para estudos de correlações foi usado o teste Pearson. Utilizou-se o software *Graph Pad Prism*, versão 4.0, adotando-se 5% de significância.

RESULTADOS

A amostra estudada compunha-se de 46 pacientes com esclerodermia, sendo 4 homens e 42 mulheres. A idade variou entre 16 a 80 anos, sendo a média de $50,59 \pm 13,28$ anos e o tempo de diagnóstico entre 3 meses e 46 anos, com média de $7,454 \pm 7,687$ anos. O grau de escolaridade estava composto da seguinte maneira: 28,26% tinham ensino fundamental incompleto, 36,95% ensino fundamental completo, 23,91% tinham estudado até o ensino médio e

10,86% tinham cursado ensino superior. Dos pacientes estudados, 29 tinham a forma limitada de esclerodermia, 11 tinham a forma difusa e 6 a forma *overlap* com outra colagenose.

De acordo com a situação trabalhista, os entrevistados foram classificados em: empregados (28,26%), os que trabalham em casa (10,86%), desempregados (6,52%), aposentados por saúde (36,95%) e aposentados por idade (15,21%). Uma pessoa não respondeu a esse quesito.

Quando questionados acerca de sua percepção a respeito do quanto a esclerodermia dificultava as atividades laborais, sete pessoas responderam que a esclerodermia não atrapalhava em nada, nove achavam que atrapalhava um pouco, seis que atrapalhava de maneira moderada, 18 que atrapalhava bastante e cinco disseram que a doença era incapacitante. Um paciente não respondeu a esta pergunta. As porcentagens obtidas acerca dessa percepção estão ilustradas no gráfico da figura 1.

Estudando a sintomatologia das mãos secundária à ES, 43 (93,4%) disseram ter fenômeno de Raynaud; 27 (58,6%) tinham ou já tinham tido ulcerações, 12 (26,6%) apresentavam calcinose à radiografia; 32 (69,5%) tinham artralgia; 30 (65,21%) tinham artrite; 34 (73,9%) tinham rigidez nas mãos e 33 (71,73%) tinham dores nas mãos de maneira geral. Dos pacientes que tinham artrite em mãos, 50% também tinham artrite de outras articulações, fazendo parte de um quadro mais difuso de envolvimento articular. Ver Figura 2.

Os pacientes com rigidez e os com dor atribuíram notas para quantificar o problema. Ambas variaram de 2 a 10. A média dada pelos pacientes para a rigidez foi $6,17 \pm 2,05$ e a dada para dor foi $7,12 \pm 2,26$. O Índice funcional de Dreiser variou de 0 a 25, com média de $8,69 \pm 8,02$. Na pesquisa dos anticorpos, 41 pacientes tinham FAN positivo, 12 tinha FR positivo,

Desempenho funcional das mãos em pacientes com esclerodermia sistêmica e sua associação com sintomas e perfil de autoanticorpos

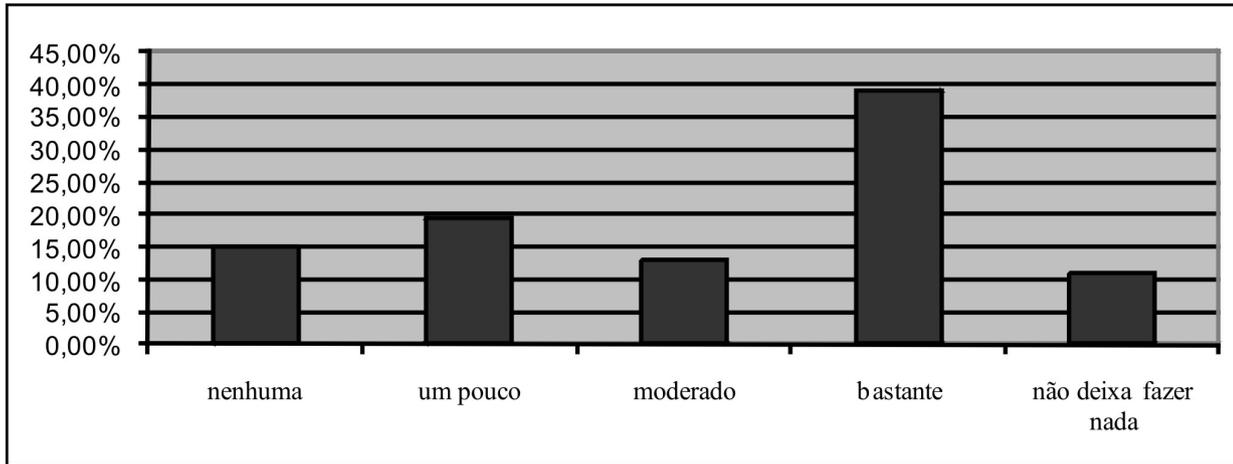


Figura 1. Percepção acerca do grau de dificuldade para realização das atividades diárias atribuído à esclerodermia. Estudo em 46 pacientes

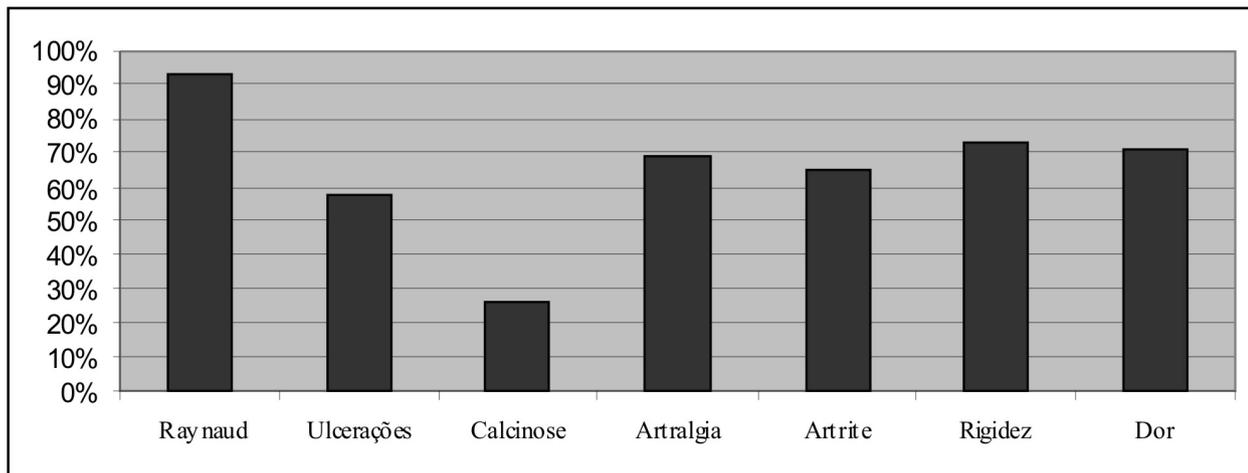


Figura 2. Prevalência de sintomatologia referente às mãos em 46 pacientes com esclerodermia

Tabela 1. Estudo da função da mão pelo Índice de Dreiser em 46 pacientes com esclerodermia de acordo com os principais sintomas e autoanticorpos apresentados.

	Com (Dreiser médio ± SD)	Sem (Dreiser médio ± SD)	P
Raynaud	9,0 ± 8,1	4,3 ± 5,1	0,35
Ulcerações de mão	9,6 ± 8,14	7,3 ± 7,8	0,35
Artralgia	11,8 ± 7,8	2,1 ± 2,7	<0.0001
Artrite	9,9 ± 8,0	6,3 ± 7,6	0,15
Calcinose	10,5 ± 9,3	8,0 ± 7,5	0,34
Rigidez	10,2 ± 7,3	4,3 ± 8,6	0,003
Dor geral na mão	11,5 ± 7,6	1,3 ± 2,1	<0.0001
FAN	8,1 ± 8,0	12,8 ± 7,3	0,22
Fator reumatóide	3,3 ± 13,1	5,9 ± 11,7	0,82
Scl-70	12,4 ± 8,8	8,4 ± 7,9	0,30
Anti RNP	7,8 ± 8,2	8,8 ± 8,0	0,74
Anti-centrômero	8,9 ± 8,7	8,5 ± 7,8	0,89

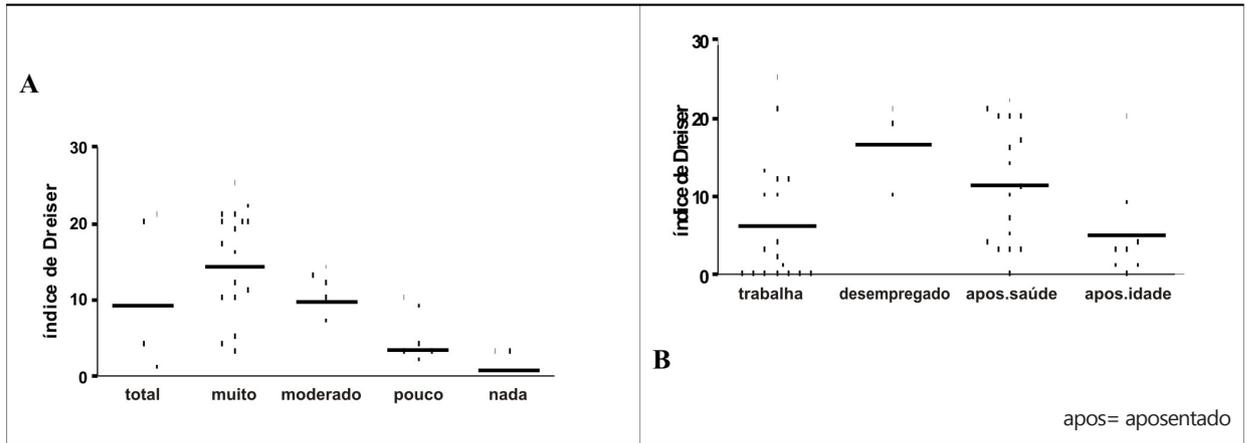


Figura 3-A. Representação do índice de Dreiser de acordo com a percepção do paciente acerca de quanto a esclerodermia dificultava as atividades diárias; $p < 0,0001$; B- Índice de Dreiser de acordo com a situação laboral do paciente; $p = 0,0298$. Estudo em 46 pacientes com esclerodermia.

quatro tinham Scl-70 positivo, 14 anticentrômero positivo e nove anti-RNP positivo.

Estudando-se a associação do Índice funcional de Dreiser com os sintomas em mãos observaram-se os dados da tabela 1.

A associação do Índice funcional de Dreiser com os graus de escolaridade teve $p = 0,09$. Já a associação desse mesmo índice com a percepção de que a doença dificultava as atividades da vida diária teve $p < 0,0001$. Ainda, associando o índice de Dreiser com a situação trabalhista encontrou-se um $p = 0,029$ (Figura 3).

O estudo de correlação entre o Índice de Dreiser e as notas atribuídas pelos pacientes para sua rigidez foi significativa, com Pearson $r = 0,69$ e $p < 0,0001$ (Figura 4 A). Já a correlação entre o mesmo índice com as notas para dor mostrou Pearson $r = 0,47$ e $p = 0,006$. Figura 4B. Correlacionando o índice com o tempo de doença o valor encontrado de Pearson r foi $0,267$, com $p = 0,076$.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que a grande maioria (82,56%) dos pacientes

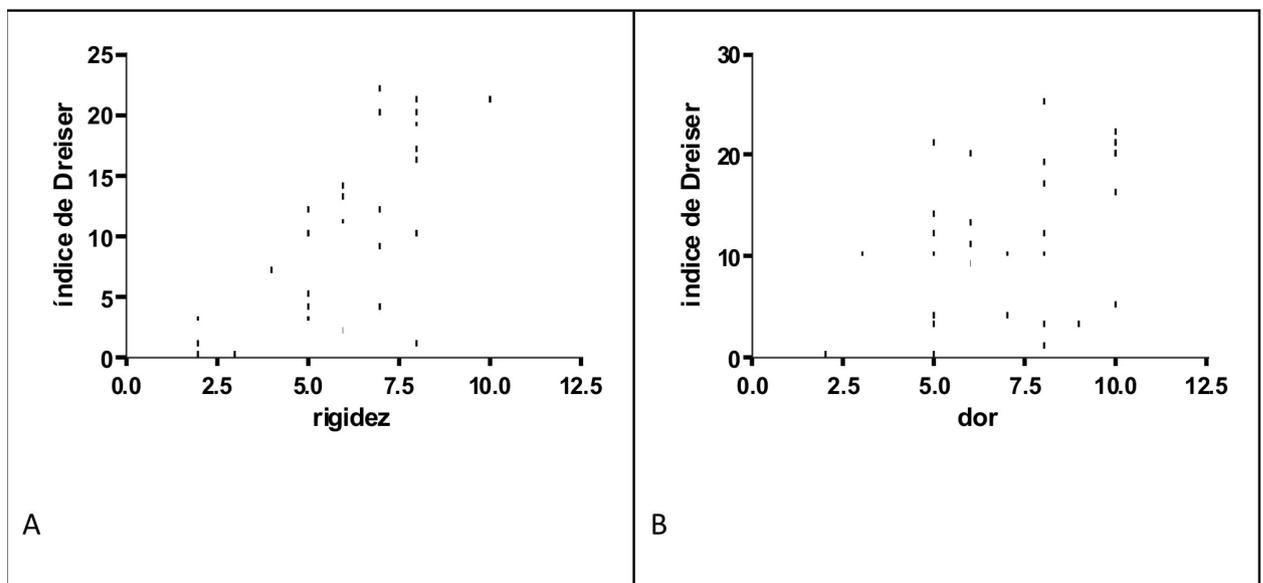


Figura 4-A. Correlação entre Índice de Dreiser e grau de rigidez nas mãos; 4-B. Correlação entre índice de Dreiser e grau de dor nas mãos.

com ES apresentaram algum grau de dificuldade nas suas atividades diárias atribuída à esclerodermia, sendo que 10,86% dos entrevistados se consideraram impossibilitados de fazer qualquer atividade com as mãos devido à doença. Não só devido à sua grande prevalência mas, também, à sua associação com prejuízo laboral, demonstram a grande importância social dessa forma de comprometimento. Em um estudo, Roberts-Thomson et al.^[8] demonstraram o quanto a ES pode ser incapacitante ao registrar que a gravidade da deformidade das mãos em pacientes com esclerodermia é da mesma magnitude daquela encontrada em pacientes com artrite reumatoide de longa data.

Uma gama muito grande de sinais e sintomas da esclerodermia nas mãos dos pacientes estudados foi percebida. Todavia, aqueles que mais comprometem a sua função foram dor (articular e dor na mão em geral) e rigidez. Malcarne et al.^[9] observaram que o espessamento da pele pela deposição de colágeno tornando-a mais rígida, o fenômeno de Raynaud e o enfraquecimento muscular eram as variáveis que mais contribuíram para a incapacidade de realização das tarefas diárias desses pacientes. Em nosso estudo, o fenômeno de Raynaud não demonstrou ter uma participação significativa, embora a maioria dos pacientes apresentasse essa forma de sintoma. Já Nacci et al.^[7], observaram que o fator determinante de incapacidade foi o envolvimento articular das mãos. Em nosso caso, tanto a dor articular como dor em geral foram elementos dominantes na disfunção.

Alguns dados interessantes também podem ser inferidos dos dados apresentados. A baixa escolaridade não influenciou na disfunção da mão (embora tivesse demonstrado certo grau de tendência). Pacientes de menor preparo intelectual realizam mais trabalhos manuais e

assim dependem das mãos de maneira mais direta para exercer suas atividades diárias. Problemas como artrose e tendinites secundárias a esforço repetitivo em casos de trabalhos manuais pesados poderiam atuar de maneira a cooperar com a esclerodermia na disfunção da mão. Todavia, o dado encontrado sugere que, sem essa correlação, podemos atribuir a disfunção manual unicamente ao processo esclerodérmico. Isso fica mais claro quando se observa a existência de uma associação positiva entre tempo de doença e disfunção, deixando claro que, em pacientes nos quais a esclerodermia teve tempo para florescer de maneira completa, a disfunção é maior.

Nenhum dos outros autoanticorpos estudados (FR, RNP, SCL-70 e anticentrômero) teve importância significativa quando associado ao Índice Funcional de Dreiser. Assim sendo, o laboratório não auxilia na análise de qual é o paciente que irá ter maior disfunção de mãos, ficando essa análise na dependência da anamnese e da aplicação de instrumentos específicos para esse fim.

Algumas observações são pertinentes ao presente trabalho. Uma delas é o baixo número de pacientes entrevistados. Isso apenas reflete a relativa raridade da doença, que torna difícil a obtenção de amostras maiores. O segundo é a utilização do índice de Dreiser na mensuração da disfunção manual. O índice de Dreiser é um questionário padronizado primariamente desenvolvido para a medida de disfunção em osteoartrite de mãos. Todavia, não existem instrumentos validados para nossa língua que sirvam exclusivamente para pacientes esclerodérmicos. Além disso, Nacci et al.^[9] já demonstraram que esse instrumento pode ser usado em pacientes esclerodérmicos. O aumento do valor do índice de Dreiser, refletido em uma piora da percepção

da funcionalidade causada pela doença, mostra a validade deste instrumento.

São poucos os estudos que se preocupam com a função das mãos na esclerodermia. Em uma doença rara e grave como essa, a mão é esquecida frente a manifestações consideradas mais importantes como, por exemplo, fibrose pulmonar e miocardiopatias. Entretanto,

como podemos verificar, alterações na função das mãos resultantes da progressão da doença realmente pioram a qualidade de vida dos seus portadores e devem ser lembradas pelos médicos atendentes principalmente porque dor e rigidez, seus principais determinantes, são passíveis de manipulação farmacológica, fisioterápica e também pela terapia ocupacional.

ABSTRACT

BACKGROUND - Scleroderma is an autoimmune disease of unknown etiology that affects mainly women and causes skin stiffness, Raynaud phenomena as well as fibrosis in the inner organs, mainly the lungs, the gastrointestinal tract, heart and kidneys. The objective was to study alterations in the hand function of scleroderma patients and to relate them to difficulties in daily life and to the presence of auto-antibodies.

METHODS - Forty six patients with scleroderma were submitted to a semi structured questionnaire about the effects of scleroderma in their work and by the Dreiser questionnaire for hand dysfunction. Charts were reviewed for presence of autoantibodies.

RESULTS - The most frequent symptoms were Raynaud phenomena (93.4%), hand stiffness (73.9%) and pain in the hands (71.73%). In 82.56% of the patients we found some degree of difficulty in daily life tasks that were due to the disease. The Dreiser index was associated to pain ($p < 0.0001$) and stiffness ($p = 0.034$). No relationship was found between auto-antibodies and Dreiser index.

CONCLUSIONS - Hand dysfunction is common in scleroderma patients; the findings that contribute most were pain and feeling of rigidity.

KEYWORDS: *Scleroderma, Localized; Finger Joint; Hands.*

REFERÊNCIAS

1. Sandqvist G, Eklund M. Hand Mobility in Scleroderma (HAMIS) Test: the reliability of a novel hand function test. *Arthritis Care Res.* 2000 Dec;13(6):369-74.
2. Verztman L, Lederman R, Guimarães SJ. Esclerose sistêmica. In: Cruz Filho, A Clínica reumatológica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1980. p. 363-76.
3. Varga J. Esclerose sistêmica (esclerodermia) e distúrbios correlatos. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL et al (Eds). *Harrison Medicina Interna*. 17a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2008. p. 2069-106.
4. Sandqvist G, Eklund M, Akesson A, Nordenskiöld U. Daily activities and hand function in women with scleroderma. *Scand J Rheumatol.* 2004;33(2):102-7.
5. Wigley FM. Systemic Sclerosis: clinical features. In Klippel JH, Crofford LJ, Stone JH, Weyand CM. *Primer on the Rheumatic Diseases* 12th Ed. Atlanta: Arthritis Foundation; 2001; p.357-63.
6. Dreiser RL, Maheu E, Guillou GB, Caspard H, Grouin JM. Validation of an algofuncional index for osteoarthritis of the hands. *Rev Rhum Engl Ed.* 1995 Jun;62 (6 Suppl 1):43S-53S.
7. Nacci F, Righi A, Conforti ML, Miniati I, Fiori G, Martinovic D et al. Intravenous immunoglobulins improve the function and ameliorate joint involvement in systemic sclerosis: a pilot study. *Ann Rheum Dis.* 2007 Jul;66:977-9.
8. Roberts-Thomson AJ, Massy-Westropp N, Smith

MD, Ahern MJ, Highton J, Roberts-Thomson PJ. The use of the hand anatomic index to assess deformity and impaired function in systemic sclerosis. *Rheumatol Int.* 2006 Mar;26(5):439-44.

9. Malcarne VL, Hansdottir I, Mckinney A, Upchurch R, Greenbergs HL, Henstorf GH, et al. Medical Signs and Symptoms Associated with Disability, Pain, and Psychosocial Adjustment in Systemic Sclerosis. *J Rheumatol.* 2007 Feb;34(2):359-67.

Recebido em: 11/11/2010

Aprovado em: 22/12/2010

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Autor principal : Thelma L. Skare

Endereço: Rua João Alencar Guimarães, 796 - 80310420

Curitiba PR

CEP 80310-420

Email: tskare@onda.com.br

CARTA ABERTA ÀS OPERADORAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

No dia 7 de abril os médicos brasileiros suspenderam o atendimento a planos e seguros de saúde em todo o país por honorários dignos, pelo fim das interferências antiética na autonomia profissional e por condições adequadas de assistência à população.

A manifestação, liderada pela Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e pelo conjunto das sociedades de especialidades médicas, foi bem sucedida, conforme avaliação de reunião ampliada das entidades médicas em 28 de abril de 2011, em Brasília.

Neste momento, nos dirigimos publicamente às operadoras da saúde suplementar para reiterar que os médicos que atendem planos de saúde entram – a partir de hoje – em estado de alerta nacional.

Até junho, as entidades estaduais – representadas em Comissões de Honorários Médicos – conduzirão o processo de negociação com as empresas, contando com o amplo apoio da AMB, do CFM e da Fenam.

Abertos ao diálogo, esperamos ver atendida a seguinte pauta mínima:

a) reajuste dos honorários médicos tendo como referência os valores da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), já corrigidos pela inflação;

b) contratualização com os planos de saúde, conforme exigência da Resolução Normativa nº 71/2004, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que significa inserção dos critérios de reajuste nos contratos.

c) fim da interferência antiética e desrespeitosa dos planos de saúde na autonomia do trabalho médico.

Após o prazo limite, assembleias de médicos serão realizadas em todos os estados para analisar propostas concretas das operadoras e definir as próximas ações do movimento. Esperamos que as negociações cheguem a bom termo, evitando enfrentamentos e desdobramentos possíveis.

A AMB, CFM e Fenam tem ainda a expectativa de que os pleitos serão atendidos, pois embasam um movimento em defesa da saúde e da vida dos cidadãos.

Associação Médica Brasileira (AMB)

Conselho Federal de Medicina (CFM)

Federação Nacional dos Médicos (Fenam)

Complicações da monitorização da pressão intracraniana intraparenquimatosa: revisão de literatura

Complications of intraparenchymal intracranial pressure monitoring: a review of literature

Anderson Tomoyuki Kochi¹
Hugo Meneguetti Manetti¹
Jaime Fontanelli Freitas¹
Julio Cezar Gomes Kristochick¹
Ricardo Joekel Beleze¹
Adriano Keijiro Maeda²
Carlos Alberto Mattozo³
Jaques Dieter Bayerl⁴

RESUMO

A hipertensão intracraniana pode ocorrer em diversas lesões neurológicas. A monitorização da pressão intracraniana é um elemento fundamental para avaliar os riscos inerentes dessas doenças. O objetivo do trabalho foi identificar as principais complicações do monitoramento da pressão intracraniana através da revisão da literatura. Foi realizada uma revisão da literatura de trabalhos no período de 2000 a 2010. Foram encontrados 106 artigos e selecionados 21, além de 2 livros-textos para a revisão. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos que abordavam complicações na monitorização da pressão intracraniana utilizando cateter intraparenquimatoso, artigos que mencionavam complicações e suas taxas nesses cateteres. As principais complicações encontradas foram: infecção (0% a 8,5%), hemorragia (0% a 17%) e erros técnicos (0% a 26%). A complicação mais frequente encontrada na revisão bibliográfica foi a hemorragia, sendo explicada pelos autores como uma consequência da introdução da ponta do cateter, além de que alguns pacientes possuíam coagulopatias. Os problemas técnicos foram a segunda complicação mais citada, sendo relacionada ao mal funcionamento dos aparelhos, problema durante o transporte e intercorrências com a equipe hospitalar. A menor taxa de complicação encontrada foi a infecção, tendo como causas o maior tempo de permanência do catéter implantado no paciente. A realização do procedimento em mãos experientes, aliado ao cuidado permanente, diminui o risco de complicações.

DESCRITORES: *Monitorização Fisiológica; Pressão intracraniana, Complicações.*

Kochi AT, Manetti HM, Freitas JF, Kristochick JCG, Beleze RJ, Maeda AK, Mattozo CA, Bayerl JD. Complicações da monitorização da pressão intracraniana intraparenquimatosa: revisão de literatura. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

Trabalho realizado no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Universitário Cajuru.

1 - Alunos do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

2 - Docente da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Mestre em Tecnologia em Saúde.

3 - Neurocirurgião do Hospital Universitário Cajuru.

4 - Residente da Neurocirurgia do Hospital Universitário Cajuru.

INTRODUÇÃO

A hipertensão intracraniana é identificada como a principal complicação de várias doenças neurológicas, conhecida há mais de dois séculos. Desde o século XVIII, através da realização de autópsias, os tumores cerebrais foram identificados como causadores de hipertensão intracraniana. À partir do início do século XX, os livros de neurologia já descreviam sintomas como cefaleia, vômitos e a presença de papiledema nos pacientes que apresentavam aumento da pressão intracraniana (PIC). A primeira punção lombar foi realizada por Quincke em 1891, como forma de medir a pressão no espaço. Guillaume e Janny realizaram a primeira mensuração da pressão intracraniana em 1951^[18].

O início da monitorização da pressão intracraniana para avaliação clínica em doenças foi realizada por Lundberg em 1960. A primeira aplicação da mensuração da PIC no trauma cranioencefálico (TCE) foi realizada nos EUA como forma de complementação da avaliação em pacientes graves submetidos a cirurgias neurológicas. A partir de 1970 vários métodos invasivos foram desenvolvidos, sendo utilizados na prática clínica da mensuração do espaço axial cranioespinal. Esses métodos incluem o índice de pressão/volume, a resposta do volume/pressão, o nível de pressão de perfusão cerebral (PPC) e o nível de dependência entre o índice pressão/volume e PPC^[18].

A pressão intracraniana é a relação física entre o conteúdo intracraniano e o crânio em relação à pressão atmosférica. Esta pressão reflete a variação do fluxo sanguíneo cerebral, o qual flutua ritmicamente com os ciclos cardíacos e respiratórios. Essa pressão se apresenta em formas de onda e possui duas fases dis-

tintas. A primeira fase é a transmissão direta das contrações do ventrículo esquerdo do coração. Esse pico inicial de rápida ascensão é seguido por um descenso com o início na diástole. Logo depois há uma segunda fase, que corresponde à contração elástica das artérias de grosso calibre, havendo então o retorno à linha de base. Quando monitoramos um paciente, além de obtermos a quantificação da pressão, também obtemos um gráfico contínuo que evidencia um padrão de ondas típicas, a onda A ou em platô, onda B e onda C. As ondas A aumentam de maneira brusca e persistente por mais ou menos 5 minutos a um nível superior de 50mmHg antes de caírem de uma forma abrupta. As ondas B são oscilações rítmicas a intervalos de 0,5 a 2 minutos e de menor amplitude. Já as ondas C apresentam frequência de 4 a 8 minutos, com amplitude pequena, e seu aparecimento corresponde a alterações vasomotoras^[23].

Num adulto, o crânio comporta um volume total de 1450mL: 1300mL de tecido cerebral, 65mL de líquido cefalorraquidiano e 100 mL de sangue. A hipótese de Monroe-Kellie afirma que em um estado não patológico, o volume de sangue, cérebro, líquido, e demais componentes são constantes. Um aumento de volume de qualquer um deles deverá repercutir na diminuição de outro elemento, ou então a pressão total do sistema irá se elevar. Hipertensão intracraniana, portanto é definida como a elevação da pressão acima de 20 a 25 mmHg^[8].

A variação normal da PIC muda de acordo com a idade. Valores normais para adultos, adolescentes e pré adolescentes estão entre 10 a 15 mmHg; 3 a 7 mmHg para criança, e 1.5 a 6 mmHg para lactentes. Porém, seus valores pediátricos ainda não são absolutos^[8].

As causas mais comuns de aumento da

pressão intracraniana são classificadas em causas pós-operatórias, extra e intracranianas. Tumor cerebral, trauma (hematomas subdurais, extradurais e concussões cerebrais), hemorragias não traumáticas, acidente vascular cerebral isquêmico, hidrocefalia, hipertensão idiopática são considerados causa intracranianas. Causas extracranianas são obstrução de vias aéreas, hipóxia ou hipercarbica, hipertensão ou hipotensão, postura, hipertermia, convulsões, drogas e alterações metabólicas diversas. Causas pós-operatórias são hematomas, edema, vasodilatação^[8].

Existem várias indicações para a monitorização da pressão intracraniana, dentre elas se destacam o TCE moderado e grave, hidrocefalia, pós-operatório neurocirúrgico, onde exista risco de evolução de lesões com efeito massa como as hemorragias, e encefalopatias metabólicas.

A aferição é feita a partir da introdução invasiva de um sensor, ligado a um monitor pressórico, em um dos quatro sítios de localização cerebral: epidural, subdural, intraventricular e intraparenquimatosa. As principais complicações observadas na literatura foram: infecções (sistema nervoso central, pele) hemorragias, mau funcionamento do aparelho de mensuração da PIC [1,2,5,6,7,8,10,11,16,18,21].

O objetivo do trabalho é identificar, na literatura, as principais complicações relacionadas à monitorização da pressão intracraniana em catéteres intraparenquimatosos.

DISCUSSÃO

Na revisão de literatura, observou-se a existência de três grupos de complicações: hemorragia, infecção e erro técnico. A complicação mais observada foi hemorragia, sendo citado em 71% dos artigos, conforme a figura 1.

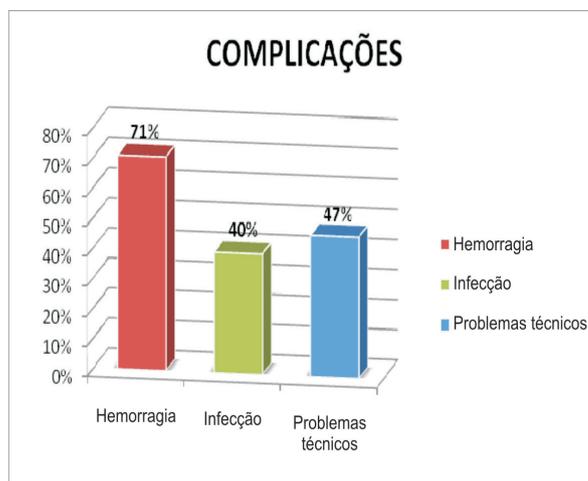


Figura 1. Porcentagem de complicações citadas na literatura. A porcentagem de infecção encontrada na literatura variou de 0 a 8,5% [1,2,3,5,6,7,13,15,16].

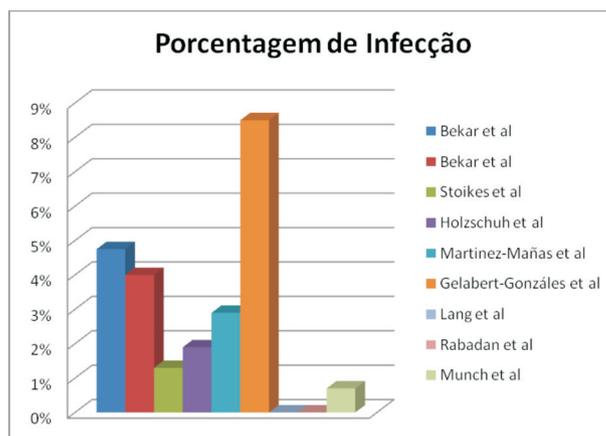


Figura 2. Porcentagem de infecção.

Esta diferença de resultados se deve à variação de metodologias que cada artigo científico utilizou, encontrando-se trabalhos com períodos variáveis do tempo de permanência do cateter. Um dado importante encontrado foi que a taxa de infecção aumenta quanto maior o tempo de implantação do dispositivo no paciente^[8]. Foram selecionados artigos que apresentavam implantação do transdutor no parênquima cerebral com tempo médio de cinco a dez dias.

Além disso, alguns autores consideraram como infecção a cultura positiva do líquido cefalorraquidiano (LCR) em pacientes assinto-

máticos. Já outros estudos consideraram a infecção em pacientes sintomáticos com cultura do LCR positiva.

Outro dado que pode ter influenciado nesses resultados foi a infecção de pele no local da incisão que foi considerada uma complicação em alguns artigos, sendo que em outros trabalhos isto foi excluído. Gelabert-Gonzalez et al.^[15] mostraram que todas as infecções foram relacionadas a cultura positiva no liquor e nenhuma no local da incisão. Já Holzshuh et al.^[7] relataram que todas as culturas positivas foram na pele. Isto mostra que as infecções nos artigos possuem gravidades e terapêuticas diferentes.

Martinez-Mañas et al.^[16] citam que apesar da alta taxa de colonização (14%), somente 2,9% desenvolveram infecção no sistema nervoso central. Bekar et al.^[5] encontraram em uma amostra de 631 pacientes 4,75% de taxa de infecção (todos sendo meningite).

Gelabert-Gonzales et al.^[15] encontraram culturas positivas para germes em 8,5% dos pacientes de uma amostra com 547 analisados, sendo que o germe mais comum o *Stafilococcus epidermidis* (47,8% dos casos) e nenhum paciente apresentou infecção cutânea no sítio de inserção do catéter.

A infecção geralmente é ocasionada por bactérias presentes na flora normal da pele, dentre elas, em ordem decrescente: *Stafilococcus coagulase negativo*, *Stafilococcus coagulase positivo*, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosas*^[2].

As complicações hemorrágicas foram encontradas numa variável de 0 a 17%, sendo confirmadas por Tomografia Axial Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética ^[1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 15, 16, 17, 23].

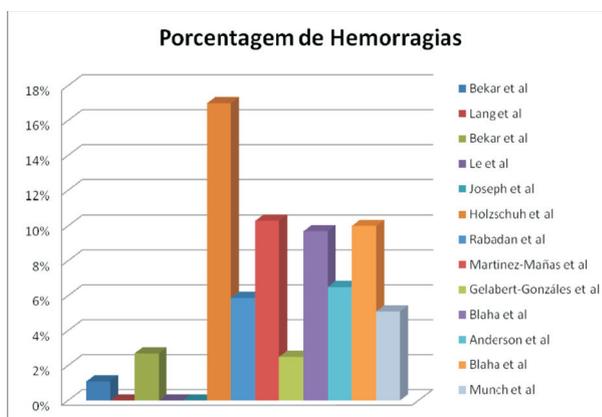


Figura 3

As taxas tão distintas de hemorragia foram devidas às amostras que apresentavam ou não coagulopatias⁽¹⁶⁾ e também à metodologia adotada pelos diferentes estudos, pois alguns deles consideraram esta complicação somente quando o paciente necessitava de uma intervenção cirúrgica^(2,3,5,6,23), enquanto outros consideraram qualquer sangramento devido ao procedimento, sendo o paciente sintomático ou não^[6,10, 15, 17].

Holzshuh et al.^[7] relatam que a maior parte dos hematomas estão relacionadas a micromovimentos do cateter pela fixação insuficiente⁽⁷⁾. Blaha et al.^[17] fizeram uma investigação retrospectiva com 134 inserções encontraram uma incidência de hemorragia de 10%, sendo que 7,5% delas foram puntiformes localizadas no espaço subaracnoideu; 2,2% dos pacientes apresentaram um hematoma substancial que não necessitou de intervenções cirúrgicas e também não manifestou nenhum déficit neurológico. O mesmo autor em outro trabalho retrospectivo com 130 pacientes achou problemas hemorrágicos em 9,7% dos casos e nenhum deles precisou de tratamento cirúrgico para tratar as complicações^[10].

Os erros técnicos tiveram uma variação de 0 a 26%^[2,3,4,5,6,7,11,15].

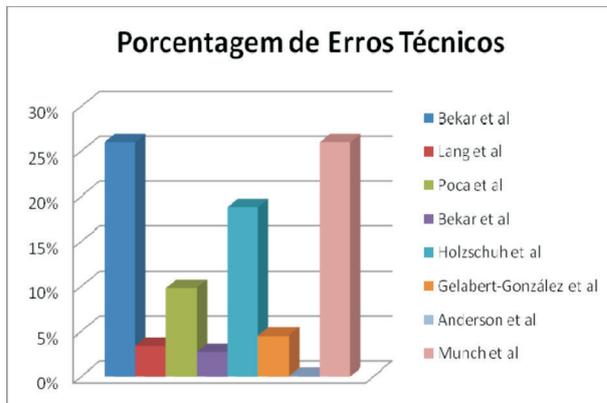


Figura 4. Porcentagem de erros técnicos.

Esses erros ocorreram por deslocamento da ponta do catéter durante manejo e transporte, atividade do paciente, procedimentos de enfermagem, defeito na fixação, quebra da fibra óptica, defeito do aparelho e desconexão do transdutor⁽⁶⁾.

Bekar et al.^[5] investigaram complicações associadas ao monitor de pressão intracraniana e encontraram 9,19% de problemas, sendo 3,24% as complicações técnicas. Dentre o total de complicações, a desconexão do transdutor ocorreu em 2,37% dos casos, a quebra da fibra óptica e defeito da probe ocorreram em 0,31% e a e o deslocamento da fixação do aparelho em 0,15%.

Munch et al.^[6] encontraram erros técnicos em 26% dos 104 pacientes submetidos a monitorização. O autor explica que essa taxa alta de complicações foi decorrente principalmente do deslocamento da probe e o papel da enfermagem nessa complicação foi muito importante.

Gelabert-Gonzalez et al.^[15] em seus estudos prospectivos encontraram uma taxa de complicações técnicas de 4,5%, e dentre essas complicações o transporte e os cuidados da enfermagem provocaram 36,7% das problemas relacionadas ao mau funcionamento do aparelho.

CONCLUSÃO

A revisão bibliográfica mostrou que as complicações da monitorização da pressão intracraniana foram: infecções, hemorragias e complicações técnicas. A infecção teve uma taxa de até 8,5%, índice não tão elevado, sabendo que a grande maioria destes pacientes possuía graves doenças de base. Alguns autores consideraram cultura positiva no líquido e infecção de pele como complicação infecciosa; e outros consideraram apenas cultura positiva no líquido como infecção. Essa diferença de metodologia pode ter ocasionado variações nas porcentagens.

A taxa de hemorragia variou de 0 a 17%. O motivo dessa discrepância foi que alguns artigos possuíam pacientes com coagulopatias que foram incluídos no estudo e outros trabalhos excluía coagulopatas além da divergência metodológica. Além disso, muitas hemorragias ocorreram pela iatrogenia do procedimento.

A taxa de erro técnico foi de até 26%. Essa taxa é considerada alta. Geralmente as complicações constatadas são decorrentes de problemas do aparelho como quebra da fibra óptica, deslocamento da probe e mau funcionamento do dispositivo. Intercorrências da equipe multidisciplinar também foram fatores que aumentaram esse índice.

Concluindo, a realização do procedimento em mãos experientes aliado aos cuidados permanentes diminui em muito o risco de complicações.

ABSTRACT

There are many neurological injuries present along with intracranial pressure (ICP) increase. Being such an important factor on evaluating their condition, the intracranial hypertension monitoring is one of the major points on managing those affections. The objective was to identify the most common complications related to the ICP monitoring by means of a literature review. A bibliographic review was made based on scientific articles during the years 2000 to 2010. 106 articles were found, and 21 selected, 2 textbooks were also included. The criteria were: articles showing complications on the intracranial pressure monitoring using the intraparenchymatous catheter; and those reporting complication rates. The most common complications found were: infection (0% to 8,5%), haemorrhage (0% to 17%) and technical issues (0% to 26%). The main complication found was the haemorrhage, pointed by the authors as a problem caused by injuries from the probe insertion procedure, in some cases patients suffering from coagulopathy had even higher rates. Technical issues came up in second place quoted from a base product defect to some problems occurred during patients' transportation and handling by the hospital staff. Last, but not least important was infection, the longer the period of monitoring the higher the risk for the patient. In conclusion, the probe insertion procedure by qualified hands, combined with an optimal bedside care has an important role when decreasing complications risk comes up.

KEYWORDS: *Monitoring, Physiologic; Intracranial Pressure, complications.*

REFERÊNCIAS

1. Rabadàn AT, Spaho N, Hernández D, Galano A, Santibañes E. Intraparenchymal intracranial pressure monitoring in patients with acute liver failure. *Arq Neuropsiquiatr* 2008;66(2-B):374-377
2. Bekar A, Dogan S, Abas F, Caner B, Korfali G, Kocaeli H, et al. Risk factors and complications of intracranial pressure monitoring with a fiberoptic device. *Journal of Clinical Neuroscience* 2009; 16: 236-240
3. Lang JM, Beck J, Zimmermann M, Seifert V, Raabe A. Clinical evaluation of intraparenchymal Spiegelberg pressure sensor. *Neurosurgery* 2003; 52:1455-1459.
4. Poca AM, Sahuquillo J, Arribas M, Báguena M, Amorós S, Rubio E. *Journal of Neurotrauma* 2002; 19(4): 439-448.
5. Bekar A, Gfren S, Korfali E, Aksoy K, Boyaci S. Complications of brain tissue pressure monitoring with a fiberoptic device. *Neurosurg. Rev* 1998;21: 254-259.
6. Munch E, Weigel R, Schmiedek P, Schurer L. The CAMINO Intracranial Pressure Device in Clinical Practice: Reliability, Handling Characteristics and Complications. *Acta Neurochir (Wien)* 1998 140: 1113-1120.
7. Holzschuh M, Woerthen C, Tophmethz C, Brawanski A. Clinical evaluation of the InnerSpace fiberoptic intracranial pressure monitoring device. *Brain Injury* 1998; 12(3): 191- 198
8. Joseph M. Intracranial pressure monitoring: Vital information ignored. *Indian J Crit Care Med* 2005; 9(1): 35-41.
9. Seppelt I. Intracranial hypertension after traumatic brain injury. *Indian J Crit Care Med* 2004; 4(2): 120-126.
10. Blaha M, Lazar D. Traumatic brain injury and hemorrhagic complications after intracranial pressure monitoring. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 147
11. Anderson RCE, Kan P, Klimo P, Brockmeyer DL, Walker ML, Kestle W. Complications of intracranial pressure monitoring in children with head trauma. *J Neurosurg (Pediatrics 2)*2004; 101:53-58.
12. Le TV, Rumbak MJ, Liu SS, Alsina AE, van Loveren H, Agazzi S. Insertion of intracranial pressure monitors in fulminant hepatic failure patients: early experience using recombinant factor VII. *Neurosurgery* 2010; 66(3):455-458.
13. Stoikes NF, Magnotti LJ, Hodges TM, Weinberg JA, Schroepel TJ, Savage SA. Impact of Intracranial Pressure Monitor Prophylaxis on Central Nervous System Infections and Bacterial Multi-Drug Resistance. *Surgical Infections* 2007; 9(5): 503-508.
14. Stocchetti N., Longhi L., Zanier E. R. Intracranial pres-

- sure monitoring for traumatic brain injury: available evidence clinical implications. *Minerva Anestesiologica*, 2008; 74:197-203
15. Gelabert-Gonzalez M., Ginesta-Galan V., Sernamito-García R., Allut A. G., Bandin-Diéguez J., Rumbo R. M. The Camino intracranial pressure device in clinical practice. Assessment in a 100 cases. *Acta Neurochir (Wien)* (2006)48: 435-441.
 16. Martinez-Mañas R. M., Santarmata D., Campos J. M., Ferrer Enric. Camino intracranial pressure monitor: prospective study of accuracy and complications. *J Neurosurg Psychiatry* 200;69:82-86.
 17. Blaha M., Lazar D., Winn R. H., Ghatan S. Hemorrhagic Complications of Intracranial Pressure Monitors in Children. *Pediatr Neurosurg* 2003; 39:27-31.
 18. Fan J., Kirkness C., Vicini P., Burr R., Mitchell P. Intracranial Pressure Waveform Morphology and Intracranial Adaptive Capacity. *American Journal of Critical Care* 2008; 17: 545-554.
 19. Hong W., Tu Y., Chen Y., Lien L., Huang S. Subdural intracranial pressure monitoring in severe head injury: clinical experience with the Codman MicroSensor. *Surgical Neurology* 2006; 66 Suppl 2: 8-13.
 20. Koskinen L. D., Olivecrona M., Clinical Experience with the Intraparenchymal Intracranial Pressure Monitoring Codman Microsensor System. *Neurosurgery* 2005; 56:693-698.
 21. Ravi R., Morgan R.J. Intracranial pressure monitoring. *Anaesthesia & Critical Care* 14: 229-235, 2003.
 22. Le VT, Rumbank MJ, Liu SS, Alsina AE, Loveren HE, Agazzi S. Insertion of intracranial Pressure Monitors in Fulminant Hepatic Failure Patients: Early Experience Using Recombinant Factor VII. *Neurosurgery*, 2010; 66 (3): 455-458.
 23. Stávale M.A. Bases da Terapia Intensiva Neurológica. 1º Ed. São Paulo: Editora Santos; 1996.
 24. Lopes A. C. Tratado de Clínica Médica. 1º Ed. São Paulo: Editora Rocca; 2006.

Recebido em : 18/10/2010

Aprovado em 12/12/2010

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor principal: Adriano K. Maeda

Endereço: Av. Silva Jardim, 2494, apto. 172, Água Verde. Curitiba (PR).

CEP 80240-020

E-mail: dr.maeda@gmail.com

Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica

Partnership between assisting hospitals and medicine faculties aiming at offering Programmes of Medical Residency

Ana Cristina Ribeiro Zöllner¹
Evandro Guimarães de Sousa²

RESUMO

A partir de 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) estabeleceu critérios e normas para credenciar Programas de Residência Médica (PRMs). Inicialmente, os critérios estavam voltados para os PRMs em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria, depois, outros requisitos foram elaborados para mais 49 especialidades médicas e algumas áreas de atuação. Destes, vale ressaltar a necessidade de convênio do hospital assistencial com a Escola de Medicina no sentido de assegurar a qualidade do programa a ser oferecido.

DESCRITORES: *Internato e Residência, organização e administração; Convênios Hospital-Médico.*

Zöllner ACR, Sousa EG. Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

INTRODUÇÃO

A Comissão de Especialistas do Ensino Médico do MEC, instalada durante o ano de 1971, foi inicialmente constituída por oito integrantes, com o objetivo de proceder à avaliação da situação do ensino médico no país, propor medidas para o seu aprimoramento, promover estudos para a definição dos objetivos do ensino médico e prestar assessoria para o MEC em assuntos relacionados com o Ensino Médico.

Devido ao crescimento acelerado de novas escolas de Medicina, na época, esta comissão

dedicou-se, quase exclusivamente, da expansão desta rede. Das conclusões do trabalho da referida comissão, pode-se destacar a recomendação para as Escolas de Medicina dispor, de pelo menos, um leito de hospital geral para cada dois alunos do ciclo clínico, desde que a permanência média dos pacientes não ultrapassasse 25 dias. Além disso, deveria haver condições para consultas ambulatoriais de, no mínimo, um paciente para cada dois alunos e propiciar treinamento em emergências médicas.

No Documento de Ensino nº 02 /1974, veri-

1. Professora de Saúde Pública da Univ. de Santo Amaro e integrante da Câmara Técnica da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

2. Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia e membro da Câmara Técnica da CNRM.

fica-se a orientação para a articulação entre instituições de ensino e hospitais assistenciais por meio de legislação adequada ou por convênios estabelecidos entre as duas instituições. Portanto a Comissão de Especialistas do MEC, em 1974, já recomendava o convênio entre as Escolas de Medicina e hospitais assistenciais, no sentido de complementar a formação de seus alunos.

Os aspectos pedagógicos dos programas de Residência Médica sempre foram uma preocupação daqueles que participaram, desde o início dos primeiros programas na década de 40, e ainda compartilham do treinamento de Médicos Residentes no Brasil. A partir de 1977, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) estabeleceu critérios e normas para credenciar programas de Residência Médica (PRMs). Inicialmente, os critérios estavam voltados para os PRMs em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria. Depois, outros requisitos foram elaborados para mais 49 especialidades médicas e algumas áreas de atuação. Destes, vale ressaltar a necessidade de convênio do hospital assistencial com a Escola de Medicina no sentido de assegurar a qualidade do programa a ser oferecido.

Ao analisar a legislação específica em vigor, verifica-se que o art. 3º do Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, determina:

Para que a instituição de saúde não vinculada ao sistema de ensino seja credenciada a oferecer programa de Residência, será indispensável o estabelecimento de convênio específico entre esta e Escola Médica ou Universidade, visando mútua colaboração no desenvolvimento de programas de treinamento médico.

A comprovação deste contrato específi-

co, com Escolas de Medicina, foi exigido pela CNRM até a promulgação da Lei nº 6932 de 7 de julho de 1981. Verifica-se nos termos desta Lei que não há nenhuma referência à obrigatoriedade em instituir este convênio. Portanto, com o passar dos anos, esta Comissão passou a não mais exigir este compromisso, apesar de reconhecer a importância desta parceria.

SITUAÇÃO ATUAL DAS FACULDADES DE MEDICINA E HOSPITAIS DE ENSINO:

Na tabela 1 verifica-se que 45% das faculdades de Medicina e 50,32% das vagas para ingressantes nestes cursos estão localizadas em instituições da região Sudeste.

Tabela 1. Número de instituições e de vagas para 1º ano dos cursos de Medicina nas regiões do Brasil

Regiões	Nº de escolas	Vagas no 1º ano
Norte	18	1.400
Nordeste	38	3.354
Sudeste	81	8.040
Sul	31	2.309
Centro-Oeste	12	876
Total	180	15.979

Fonte: Escolas Médicas do Brasil, junho de 2010.

Tabela 2. Número de hospitais de ensino de acordo com a dependência administrativa localizados nas grandes regiões do país – 2010

Regiões	Nº de hospitais	Públicos	Privados
Norte	11	9	2
Nordeste	60	44	16
Centro-Oeste	16	12	4
Sudeste	110	66	44
Sul	44	20	24
Total	241	151	90

Fonte: CGRS / DHR / SESu / MEC, fevereiro de 2010.

Observa-se na tabela 2 que 62,66% dos hospitais de ensino são públicos, pertencentes à

rede federal, estadual ou municipal. Já na rede particular, 37,34% dos hospitais encontram-se certificados como unidades de ensino. Nestes, incluídos os beneficentes sem fins lucrativos.

DISCUSSÃO

Até o início da Segunda Guerra Mundial, no Brasil, as faculdades de Medicina usavam os hospitais das Santas Casas de Misericórdia como cenário de práticas para os alunos. Os diferentes objetivos das duas instituições geraram conflitos, pois na primeira o ensino era prioritário e, na segunda, a assistência aos pacientes era primordial.

As relações entre as escolas e o hospital desenvolveram-se de maneira informal sem um compromisso social por parte da instituição de ensino, pois os alunos participavam de atividades com pacientes considerados indigentes, durante o período escolar, e se ausentavam nas férias, gerando sérios problemas na continuidade do atendimento a estes pacientes. Após o término do conflito mundial, iniciaram a construção de hospitais próprios das universidades e faculdades de Medicina. Estes, com professores e médicos contratados e dedicados ao ensino de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, incluída a Residência Médica, pesquisa e extensão.

Entretanto, devido à rápida expansão do número de cursos de Medicina, houve a necessidade das IES estabelecerem convênio com hospitais assistenciais no sentido de oferecer cenários na rede pública, preferencialmente, para as aulas práticas e para o Internato, uma vez que nem todas possuíam hospital próprio.

Vale ressaltar que os integrantes da Comissão de Especialista do Ensino Médico do MEC e de outras comissões deste Ministério e o da Saúde, elaboraram vários documentos no sentido

de garantir a qualidade do treinamento oferecido aos alunos em hospitais conveniados. Estes documentos têm por objetivo permitir a integração entre as ações assistenciais e as educacionais, assegurando, por um lado, o atendimento com qualidade para o paciente e preservando o processo ensino-aprendizagem dos alunos do curso de graduação em Medicina. Atualmente, os seguintes merecem ser destacados:

Os instrumentos utilizados para subsidiar a autorização e reconhecimento de cursos de graduação em Medicina, propostos pelo DAES/INEP/MEC, instituem que a instituição de ensino superior (IES) disponha de:

Número de vagas autorizado e ofertado corresponda à dimensão do corpo docente e às condições de infraestrutura da IES, e há disponibilidade de serviços assistenciais, incluindo hospital, ambulatório e centro de saúde, com capacidade de absorção de um número de alunos equivalente a matrícula total do curso, com 5 ou mais leitos na(s) unidade(s) hospitalar(es) própria(s) ou conveniada(s) para cada vaga oferecida no vestibular do curso, resultando em um egresso adequadamente treinado em urgência e emergência, e em atendimento primário e secundário, e capaz de diagnosticar e tratar cerca de 80% dos pacientes com doenças mais comuns, e apto a referir casos que necessitem cuidados especializados.

Unidade(s) hospitalar(es) de ensino, própria(s) ou conveniada(s), garantidas legalmente por um período mínimo de dez anos, que apresente(m) condições de vir a ser certificada(s) como Hospital de Ensino pelo MEC/MS (Port. 2.400/2007) e sejam dotadas de

condições suficientes para a formação do estudante de medicina nos seguintes aspectos:

- Tenha residência médica credenciada pela CNRM, pelo menos nas cinco áreas básicas: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Obstetrícia/Ginecologia, Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade;
- Conte com complexo assistencial - ambulatórios periféricos, PSF, atenção secundária, terciária e quaternária - que atenda(m) majoritariamente pelo SUS e sistema de referência e contra-referência assegurando a integralidade da atenção e a resolubilidade dos problemas existentes, permitindo que o aluno participe do atendimento ambulatorial e no acompanhamento do doente que seja referido ao hospital secundário e ao de alta complexidade.
- Seja considerado como centro de referência regional há pelo menos 2 anos;
- Tenha infra-estrutura básica constituída por: ambulatórios (pelo menos de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia e Cirurgia), unidades de internação (pelo menos de Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia), centros cirúrgico e obstétrico, unidades de urgência e emergência (Clínica, Cirúrgica e Traumatológica), UTI pediátrica e de adultos;
- Tenha laboratórios de exames complementares necessários a um hospital de alta complexidade (setor de imagens, laboratório clínico, anatomia patológica, entre outros), serviço de arquivo e documentação médica, com acesso ao setor de atendimento resolutivo de alto nível para as urgências/emergências.

A Portaria Interministerial nº 2.400/2007 esta-

belece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Dentre estes requisitos destacam-se os seguintes:

I- abrigar, formalmente e em caráter permanente e contínuo, todos os alunos de, pelo menos, um curso de Medicina, em atividades curriculares de, no mínimo, uma área integral do internato, além de atividades curriculares dos alunos de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, e as unidades hospitalares especializadas que não dispuserem de internato deverão abrigar curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);

II - abrigar, em caráter permanente e contínuo, programas de Residência Médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), observando:

a) no caso de hospitais gerais, oferecer o número mínimo de vagas definido no Anexo III a esta Portaria para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas de formação (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria);

b) que hospitais especializados devem oferecer a mesma proporcionalidade de vagas para entrada anual na sua área de atuação;

III - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VI - dispor de instalações adequadas ao

ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

VII - dispor ou ter acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, e para consulta a Bibliotecas Virtuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;

Tabela 3. Número mínimo exigido de vagas para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas:

Número total de leitos hospitalares	Total de vagas exigidas (é considerado o que for maior)
Até 50	5 vagas ou 10% do total de leitos
De 51 a 150	8 vagas ou 6% do total de leitos
De 151 a 500	10 vagas ou 4% do total de leitos
Mais de 500	15 vagas ou 2% do total de leitos

Portanto, o convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina apresenta muitas vantagens, tais como:

1. Para o hospital:

- Possibilidade de receber a certificação como hospital de ensino nos termos da Portaria nº 2.400/2007 e aumentar o faturamento.

- Permitir aos Médicos Residentes consulta ao banco de dados existente na biblioteca da instituição de ensino, consulta ao acervo, orientação para elaboração de monografias, etc.

- Professores da Faculdade de Medicina poderão abordar temas relacionados à Bioéti-

ca, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística para os Médicos Residentes (Resolução CNRM Nº 02 /2006), bem como, participar na educação continuada dos Preceptores e na elaboração de protocolos baseados em evidências científicas

2. Para a instituição de ensino:

- Atendimento à exigência contida nos instrumentos de autorização e reconhecimento de cursos de Medicina proposto pelo Inep/MEC, em especial ao item referente ao número mínimo de leitos por vagas de ingressantes no curso.

- Permitir a integração dos alunos, em especial durante o Internato, nas equipes de saúde e nos cenários locais do mercado de trabalho que terão potencial de absorvê-los após a conclusão do PRM.

- Permitir que os alunos compartilhem do treinamento em serviço junto com os Médicos Residentes.

CONCLUSÃO

A inclusão de mais um inciso no art. 22 da Resolução CNRM nº02/2005, determinando a obrigatoriedade de convênio do hospital assistencial com Escola de Medicina, beneficiaria as duas instituições. Para o hospital assistencial, a possibilidade de oferecer um treinamento de qualidade para os Médicos Residentes e para a IES a oportunidade de cumprir as determinações estabelecidas nos instrumentos de autorização e reconhecimento de cursos de graduação em Medicina. Entretanto, os maiores beneficiados seriam os pacientes, pois receberiam um melhor atendimento mediante a participação dos alunos do curso de graduação em Medicina e dos Médicos Residentes.

ABSTRACT

From 1977, the National Commission on Medical Residency (CNRM) established criteria and standards to accredit Medical residency programmes (PRMs). Initially, the criteria were aiming at PRMs in general surgery, internal medicine, Obstetrics/Gynecology and Pediatrics. Later, other requirements were included for 49 additional medical specialties and some other procedures. Of these, it is worth mentioning the need for assisting hospitals agreements with the School of Medicine in order to ensure the quality of the programmes being offered.

KEYWORDS: *Internship and Residency, organization & administration; Hospital-Physician Joint Ventures.*

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Educação (Brasil), Secretaria de Educação Superior, Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Expansão da Rede Escolar - 1972. In: Documentos de Ensino Médico. 3ª Ed. Brasília, 1989.
2. Ministério da Educação (Brasil), Secretaria de Educação Superior, Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Ensino Médico e Instituições de Saúde -1974. In: Documentos de Ensino Médico. 3ª Ed. Brasília, 1989.
3. Ministério da Educação (Brasil), Secretaria de Educação Superior, Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Hospital de Ensino – Diretrizes para o seu funcionamento - 1979. In: Documentos de Ensino Médico. 3ª Ed. Brasília, 1989.
4. BRASIL. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13087&Itemid=506.
5. BRASIL. Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13086&Itemid=506.
6. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 04, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
7. BRASIL. Ministério de Educação. Coordenação-Geral de Estudos, Pareceres e Procedimentos Disciplinares. Consultoria Jurídica. Parecer MEC/CONJUR nº 1.459/2002. De 28 de novembro de 2002. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13319&Itemid=506.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm/resolcnrm002_2006.pdf.
9. BRASIL. Ministérios da Educação e Saúde. Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2400-%5B2830-120110-SES-MT%5D.pdf>.
10. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Avaliação dos cursos de graduação. Instrumento de Avaliação do Curso de Medicina (Subsidia o ato de Autorização). Disponível em: http://www.inep.gov.br/download/superior/condicoesdeensino/Medicina_autorizacao.pdf.
11. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Avaliação dos cursos de graduação. Instrumento de Avaliação do Curso de Medicina (Subsidia o ato de Reconhecimento). Disponível em: http://www.inep.gov.br/download/superior/condicoesdeensino/instrumento_reconhecimento_medicina.pdf.
12. ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL. Por Região Geográfica

fica. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/geo.php>.

13. BARBOSA NETO F. Diretrizes Curriculares, Certifi-

cação e Contratualização de hospitais de ensino: O Caminho se faz ao andar? Disponível em: http://www.abemeducmed.org.br/pdf_caderno4/artigo_francisco_barbosa.pdf

Recebido em : 18/10/2010

Aprovado em 12/12/2010

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor principal: Evandro Guimarães de Souza

Endereço: Rua Coelho Neto, 520. Uberlândia-MG - Tabajaras

CEP 38400-286

E-mail: evansousa@hotmail.com

Publicidade, consentimento e compromisso de resultado. Reforma do Código de Ética Médica

Publicity, consent Inform and results compromise. Medical Ethics Code Reform

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima¹

RESUMO

A publicidade médica deve ser socialmente responsável, discreta, verdadeira, e reverente à intimidade e à privacidade dos indivíduos. É imprescindível que não tenha ingerência na autodeeterminação do paciente para decidir o que lhe parece ser mais conveniente. A sociedade espera do médico uma comunicação honesta e não dirigida à conquista de mercado. Estas considerações vinculam-se diretamente às normas ético-disciplinares direcionadas à boa conduta publicitária.

DESCRITORES: *Publicidade Médica; Ética Médica*

Lima CVTC. Publicidade, consentimento e compromisso de resultado. Reforma do código de ética médica. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

INTRODUÇÃO

A revisão do Código de Ética Médica, elaborado há duas décadas, constitui-se como pauta prioritária aos nossos interesses sociais, porquanto destina-se à atualização das normas de conduta ético-profissional, voltadas aos cuidados de bens supremos do indivíduo e protegidos pela Ordem Estatal, com implicações jurídicas no campo das responsabilidades administrativa, civil e penal.

Ressalte-se, antes de mais, que revisões desse gênero são de relevância ao contexto da prática médica contemporânea, de eminente caráter técnico-científico e de conflitos gerados pela especulação da indústria e do comércio com o ato médico, de modo a exigir uma freqüente

análise dos seus parâmetros éticos e morais.

Sem dúvida, a ética médica, de importante significado socioantropológico, sempre esteve submetida ao processo dialético estabelecido entre a tradição e a ruptura, que antecedeu e permeou as mudanças comportamentais, ocorridas no decurso da evolução histórica e filosófica da humanidade, de maneira a determinar profundas modificações em clássicos e seculares conceitos hipocráticos.

Hipócrates resgatou a medicina dos Deuses e a entregou aos homens para ser exercida no terreno da razão, alertando os seus discípulos de que seriam julgados pelas causalidades do destino. As suas previsões concretizaram-se desde os tempos mais remotos, alcançaram a

1. *Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina*

era da “Lex Aquíllia de Damno”, quando foram abolidos os resquícios da Lei do Talião, até então ainda presentes na Lei das XII Tábuas, atingiram o período, menos distante, das concepções éticas de Thomas Percival (1803) e consolidaram-se nos tempos modernos, de segurança social e seguros, após a incorporação dos paradigmas tecnicocientífico, comercial e empresarial ao exercício da Medicina.

Nos primórdios de suas atividades laborais, ainda que imbuídos de autoridade paternalista, os médicos procuraram compensar a pouca eficiência de sua arte com atenção à espiritualidade dos enfermos, conscientes do conselho de Platão (sec.V a.C.), de que o seu maior erro seria tratar corpo e alma separadamente.

Na transição do século XIX para o século XX, após as descobertas de Charles Darwin, Pasteur, Gregor Mendel e de maior eficácia das técnicas cirúrgicas, traídos pela vaidade do domínio de uma ciência com certa resolubilidade, adotaram uma postura de extremo paternalismo, desatenta aos sentimentos de angústia e de medo dos pacientes e às suas prerrogativas de escolha e decisão.

No artigo 81 do Código de Moral Médica de 1929, exemplo dos padrões vigentes à época, transcrito “in verbis”, torna-se evidente o paternalismo, o machismo e a força do poder eclesiástico, em nítida preocupação com o matrimônio em nosso País:

“O médico guardará o mais absoluto segredo si chegar a comprovar uma moléstia venérea em uma mulher casada. Não somente se absterá de torna-la conhecedora da natureza da moléstia como também evitará que sobre o marido recaia a suspeita de ser o autor do contágio. Conseqüentemente não dará nenhum atestado nem fará relato algum sobre isto, “embora o marido dê o seu consentimento”.

Além do exuberante paternalismo da primeira metade do século XX, surgiram, naqueles anos, os primeiros sinais de ameaça do trato mercantil aos preceitos humanísticos e humanitários da Medicina, registrados no discurso de João Guimarães Rosa, médico e escritor, orador da turma de 1930 da Universidade Federal de Minas Gerais:

“Ninguém entre nós, para bem de todos, representa os exemplares do médico comercializado, taylorizado, standardizado, aperfeiçoadíssima machina mercantil de diagnósticos, ‘um industriel, um exploiteur de la vie et de la mort’, no dizer de Alfred Fouillé, para quem nada significam as dores alheias, tal qual Chill, o abutre Kiplinguiano, satisfeito no jângal faminto, por certo de que depressa todos lhe virão a servir de pasto”.

Em meados do século passado, após o julgamento das atrocidades nazistas no Tribunal de Nuremberg e das bombas lançadas em Hiroshima e Nagasaki, com a visão de milhares de corpos humanos aniquilados, passou-se a ter uma maior compreensão da mensagem do mais importante trecho do texto de Pico de La Mirandola: “...não te dei nem rosto nem um lugar que te seja próprio, não te fiz nem celeste nem terrestre”. Nesse sentido, de livre arbítrio e bom senso, desencadeou-se a busca da dignidade humana, inerente ao homem pelo simples fato de sua existência e com alicerce no direito de autodeterminação.

O respeito pela autonomia da vontade conjuga-se hoje com o princípio da dignidade da pessoa humana, concebendo-se o ser humano como um fim em si mesmo, jamais manipulado por terceiros como coisa ou objeto. Constrói-se a partir desse princípio a base do direito ao consentimento livre e esclarecido, portanto,

extingue-se o paternalismo hipocrático, denominado por Michael Foucault de biopoder, e coloca-se o paciente em um “status” epistemológico mais elevado, para decidir o que deve ser feito em seu próprio corpo por meio de diálogos francos e humanamente paritários, que façam nascer relações fiduciárias, radicadas no denso valor ético-social da recíproca confiança.

Hodiernamente, a dignidade da pessoa humana, além de fundamento do Estado Democrático de Direito (art. I, inc. III da CF), é o cerne de todo ordenamento jurídico pátrio e prevalecerá sobre qualquer tipo de avanço científico e tecnológico, de dogma ou de lucro.

Em defesa dessa dignidade, aqui entre nós, abaixo da Linha do Equador, foi promulgada em 1990 a Lei 8.078, o Código de Defesa do Consumidor, marco de maioridade do exercício de cidadania. O nosso Diploma Consumista atribuiu às pessoas jurídicas a responsabilidade civil objetiva, configurada apenas pela existência de dano e nexos causal, à revelia dos ensinamentos de mais de dois mil anos de Direito Romano, reservando-se em regra de exceção aos profissionais liberais a responsabilidade subjetiva, com fulcro no instituto da culpa.

Não obstante a natureza contratual da responsabilidade civil médica, deveras, em sua prática os médicos não se comprometem a curar, mas a proceder de acordo com as normas e métodos da profissão, os seus compromissos são de meios e não de fins.

Porém, a interferência na autonomia das pessoas, vai de encontro ao direito de consentimento livre e esclarecido, abrindo espaço, nos casos de publicidade médica antiética, à certeza de resultado, em uma relação, aprioristicamente, diferenciada de serviço pelo próprio objeto, ou seja, a manutenção da saúde e da vida do ser humano.

PUBLICIDADE MÉDICA

A publicidade médica deve ser socialmente responsável, discreta, verdadeira, e reverente à intimidade e à privacidade dos indivíduos. É imprescindível que não tenha ingerência na autodeterminação do paciente para decidir o que lhe parece ser mais conveniente. A sociedade espera do médico uma comunicação honesta e não dirigida à conquista de mercado. Estas considerações vinculam-se diretamente às normas ético-disciplinares direcionadas à boa conduta publicitária.

Os critérios normativos ético-publicitários revelam a intenção do legislador em evitar o sensacionalismo e a autopromoção, inaceitáveis em uma atividade contratual de meios, com raízes fincadas na confiança que os médicos recebem dos seus clientes. A prestação dos serviços médicos, realizada com o auxílio do poder de sedução da mídia sobre pessoas fragilizadas pelo sofrimento físico ou moral, levadas à crença da cura de seus males, conduz de forma temerária à legítima expectativa do credor, de contar com a satisfação esperada do contrato firmado com o prestador, que passa a ter uma obrigação de resultado.

A distinção entre as obrigações de meios e de resultados, mediante observação da publicidade médica, é ponto pacífico na doutrina de Fabiane Maria Costa:

“(…) o profissional não pode comprometer-se com o resultado e com a cura, pois isso é humanamente impossível. Nem sempre que o médico não obtém sucesso em um tratamento, pode-se afirmar que não cumpriu o seu dever. O adimplemento da obrigação dá-se desde que tenha se utilizado de todos os meios científicos possíveis e disponíveis de forma cautelosa e sem culpa, não importando que o resultado seja a morte ou cura do paciente.

Já na obrigação de resultado há o compromisso de se obter certo e determinado fim, seja pelo tipo de prestação ou até pela própria vontade do profissional da medicina, caso em que, ainda que a essência da prestação oferecida seja de meios, se anunciam, por meio de uma conduta reprovável, publicamente certos resultados para atrair pacientes. Não sendo alcançado o resultado, além de provavelmente ocorrer a responsabilidade civil médica, haverá a responsabilidade por propaganda enganosa, consoante com o art. 37 do Código de Defesa do Consumidor”.

Concordamos integralmente com a nobre jurisprudência, posto que, o direito de escolhas autônomas do paciente é responsabilidade profissional do médico e a publicidade paradoxal aos ditames éticos é obstáculo à volun-

tariade e capacidade de agir dos indivíduos, uma atitude, com veemência, reprimida nos Tribunais de Ética Médica e demais jurisdições que têm o mister de consecução dos fins colimados pelo Estado.

CONCLUSÃO

Sem grande final, a esperança de um futuro melhor e o desejo de contribuir com reflexões suficientes aos nossos cuidados ético-publíctários, permitem reiterar que a publicidade médica irreverente à ética é uma contradição à dignidade humana, ao direito de autonomia da vontade e pode vir a ser um veículo de transformação da responsabilidade civil do profissional, obrigando-o a assumir compromissos de resultados, no âmbito de uma ciência magnânima, mas limitada e de verdades efêmeras.

ABSTRACT

Medical publicity must be socially responsible, unobtrusive, true, and reverent to the intimacy and privacy of individuals. It is imperative that it does not have interference in the patient's self-determination to decide what seems to be more convenient. Society expects of the physician an honest communication and not aimed at the conquest of the market. These considerations are linked directly to ethical and disciplinary standards concerning good conduct in publicity.

KEYWORDS: *Medical Advertising; Ethics, Medical.*

Recebido em : 07/06/2010

Aprovado em 08/08/2010

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor: Carlos Vital Tavares Corrêa Lima

Endereço: CFM - SGAS 915, Lote 72, Brasília (DF)

CEP: 70390-150

Fone: (61) 3445 5900

E-mail: cfm@portalmedico.org.br

Abdome agudo por torção de testículo criptorquídico em adulto

Acute abdomen by undescended testicle torsion in adult.

Carlos Edmundo Rodrigues Fontes¹

Marino Jose Mardegan²

Aissar Eduardo Nassif³

Rosa Virgine Tajra Batista⁴

RESUMO

Os autores apresentam um caso de diagnóstico difícil o qual se apresentou como uma não usual causa de dor na fossa ilíaca direita. A importância do examinar o escroto durante qualquer exame abdominal é repetidamente enfatizado pelos médicos aos estudantes durante o treinamento acadêmico. Neste caso, a história de um testículo criptorquídico não foi evidenciado até que foi palpado um escroto sem testículo e o paciente não pensou que isto era relevante para explicar a sua dor.

DESCRITORES: *Neoplasias Testiculares; Abdome Agudo.*

Fontes CER, Mardegan MJ, Nassif AE, Batista RVT. Abdome agudo por torção de testículo criptorquídico em adulto. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

INTRODUÇÃO

A incidência de criptorquidia é relatada na literatura com frequência de 4,2% dos recém-nascidos a termo e 2,8 % dos pré-maturos. Alguns casos são de ordem mecânica, genética ou hormonal. As complicações mais temíveis são a malignização e a possibilidade de torção levando a intervenção cirúrgica de urgência.

RELATO DE CASO

Paciente de 29 anos, obeso IMC 43, branco. Procurou serviço de urgência com queixa

de dor abdominal em fossa ilíaca direita. Ao exame apresentava bom estado geral, dor à palpação abdominal em fossa ilíaca direita sem sinal de irritação peritoneal, foi palpado apenas um testículo aumentado de volume. Exame radiológico de rotina para abdome agudo sem imagem de pneumoperitônio, exames laboratoriais; leucograma com leve leucocitose com desvio à esquerda, exame de sedimentos urinários normais. Ultrassom não foi conclusivo devido à dificuldade técnica pelo volume abdominal não evidenciando líquido livre em cavidade. Tomografia helicoidal mostrou mas-

Trabalho realizado no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

1 - Professor Associado da Clínica Cirúrgica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá.

2 - Professor Assistente da Clínica Cirúrgica do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá.

3 - Médico Urologista do Hospital Maringá.

4 - Anestesiologista do Hospital Maringá.

sa arredondada próxima à parede abdominal (fig 1). Paciente foi levado ao centro cirúrgico e submetido a laparoscopia, com achado de testículo retido e torcido próximo ao anel inguinal direito sem sinal de necrose, procedendo-se a orquiectomia. O exame anatomopatológico evidenciou atrofia testicular isquêmica sem evidência de neoplásica.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta 24h após a intervenção.

DISCUSSÃO

A agenesia de testículo em escroto no exame físico ou na história do paciente com dor abdominal é de extrema importância para o diagnóstico diferencial do abdome agudo por torção de testículo criptorquídico. A ultra-sonografia, apesar de seu papel importante no

diagnóstico da dor abdominal tem suas limitações, principalmente tratando-se de paciente obeso como no presente caso no qual a tomografia foi decisiva para suspeitar do diagnóstico de testículo criptorquídico abdominal. Diante do caso como o apresentado não há dúvidas que o tratamento deve ser ressecção do testículo e o órgão deve ser encaminhado para exame anatomopatológico tendo em vista o auto índice de seminoma em testículos criptorquídicos, chegando a 60% dos casos quando retidos no abdome. Chama atenção neste caso o não desenvolvimento de seminoma mesmo tratando-se de paciente com mais de 20 anos. O achado de agenesia de testículo em escroto é fundamental para a suspeita do diagnóstico, tal informação nem sempre é associada pelo paciente como o motivo da dor abdominal e



Fig. 1. Imagem ovalada vista em corte tomográfico em parede abdominal compatível com testículo criptorquídico.

não relatada ao examinador durante a anamnese, devendo este achado ser valorizado no exame físico.

CONCLUSÃO

A suspeita de torção de testículo criptorquí-

dico em paciente com dor abdominal e ausência de testículo em escroto sempre deve ser aventada. O exame do escroto em paciente com dor abdominal deve ser feita rotineiramente e estimulada aos alunos de graduação no exame físico do paciente com suspeita de abdome agudo.

ABSTRACT

The authors present a case of difficult diagnosis which is an unusual cause of right iliac fossa pain. The importance of examining the scrotum during any abdominal examination is repeatedly stressed to doctors and students during training. In this case, history of an undescended testis was not evident to the patient until the empty scrotum was palpated, as the patient did not think it relevant to his pain.

KEYWORDS: *Testicular Neoplasms; Abdomen, Acute.*

REFERÊNCIAS

1. Moisis E, Testa GV, Bilous AM. An Unusual cause of right iliac fossa pain. *Aust Fam Physician*. 2001 Apr;30(4):347-9.
2. Vieira SC, Sousa CTCBC, Miranda EG, Leal JP. Abdome agudo por torção de testículo criptorquídico. *J Bras Med*. 1995 Mar;68(3):196-97.
3. Murguia EA, Quiroga DA. Seminoma intraabdominal con pediculo torcido como causa de abdomen agudo. *Rev Argent Cir*. 1992 Jun;62(6):197-8.
4. Senties Carvajal S, Flores Gómez S, Ruedas Dueñas JA, Díaz Vega A. Cirurgia laparoscópica en pacientes adultos con testículo intraabdominal. *Rev Méd IMSS*. 1997 Mayo-Jun;35(3):1987-90.
5. Mohapatra M, satyanarayana S, Mishara A, Rao KV, Rao GB. Seminoma of undescended testis presenting as acute abdomen. *Indian J panthol microbiol*. 2009 Apr-Jun;52(2) 278-80.

Recebido em: 10/10/2010

Aprovado em: 11/11/2010

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor principal: Carlos Edmundo R. Fontes

Endereço: Hospital Universitário Regional de Maringá - Av. Mandacarú, 1590 - Zona 7

CEP: 87083-240

Fone: (44) 3011-9100

E-mail: cfontes@teracom.com.br

Trauma testicular

Testicle trauma

Daniel Santos Maia¹

Daniel Mourão França¹

Felipe Torres Rabêlo¹

Marcelo Esteves Chaves Campos¹

Marcelo Sousa Cunha Leite¹

Sérgio Santos Rametta¹

Nayara Gonçalves Ferreira²

Rafael da Silveira de Castilho Jacob³

José Eduardo Fernandes Távora⁴

RESUMO

Descrevemos um relato de caso de um paciente jovem, que sofreu um trauma testicular durante treinamento em aula de arte marcial, com discussão das principais causas, diagnóstico e tratamento. Paciente de 16 anos, com trauma testicular devido a um chute, evoluindo com dor e posterior exame clínico e abordagem cirúrgica. Uma boa anamnese e exame físico, com exames de imagem quando necessários, são as melhores ferramentas para um diagnóstico correto e precoce para o trauma testicular, indicando o melhor tratamento a ser feito.

DESCRITORES: *Testículo, lesões; Ferimentos e Lesões.*

Maia DS, França DM, Rabêlo FT, Campos MEC, Leite MSC, Rametta SS, Ferreira NG, Jacob RSC, Távora JEF. Trauma testicular. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

INTRODUÇÃO

O trauma contuso é a forma mais comum de lesão testicular, seguido por casos de lesões penetrantes.

Caracterizado por dor intensa local irradiada, às vezes, para região inguinal, associado ou não a outros sinais e sintomas de acordo com a gravidade e tipo de lesão.

O tratamento de contusões menores pode ser conservador, enquanto que o manejo de

traumas maiores, onde há hemorragia acentuada ou rotura testicular, deve ser cirúrgico.

RELATO DO CASO

Paciente 16 anos, atendido no Serviço de Urgência do Hospital do IPSEMG, com história de trauma escrotal devido a chute, em treinamento Muay Thai, há 6 dias atrás, evoluindo com dor local, aumento de tamanho testículo direito, eri-

Trabalho realizado no Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Belo Horizonte (MG).

1 - Residente da Clínica Urológica do Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)-Belo Horizonte.

2 - Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

3 - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia.

4 - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia, Coordenador da Clínica Urológica do Hospital dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)-Belo Horizonte.

tema local, com leve alívio com analgesia oral.

Exame físico: Afebril, reflexo cremastérico reduzido à direita, aumento hemibolsa escrotal direita, endurecida, com eritema e aumento da temperatura local.

U.S. + Doppler bolsa escrotal:

-Testículo direito com aumento volume e área com fratura parcial 1/3 inferior, vascularização francamente reduzida;

-Hematoma volumoso em hemibolsa direita.

Proposto abordagem cirúrgica. Realizado exploração cirúrgica escrotal, evidenciando hematoma intra túnica vaginal. Após abertura e drenagem deste hematoma, foi visto uma fratura da túnica albugínea com extrusão do parênquima testicular, com áreas de isquemia.

Realizado desbridamento do parênquima exteriorizado e isquêmico, com rafia contínua da túnica albugínea com cat-gut 4.0 cromado.

Fechamento da bolsa escrotal e curativo com suspensório escrotal.

Alta hospitalar no 1º DPO, sem dor, aumento testicular ou sangramento.

Retorno 3 meses após cirurgia, com ultrasson mostrando testículo de tamanho reduzido, com vascularização levemente reduzida.



Figura 1. Realizado exploração escrotal, sendo identificado, em primeiro momento, área testicular escurecida.



Figura 2. Após abertura da Túnica vaginal, houve drenagem de coleção de sangue.



Figura 3. Abertura restante da Túnica vaginal, identificando fratura da Túnica albugínea e extrusão de parênquima testicular, com áreas de isquemia.



Figura 4. Realizado desbridamento da área isquêmica + rafia da área de fratura da túnica albugínea.

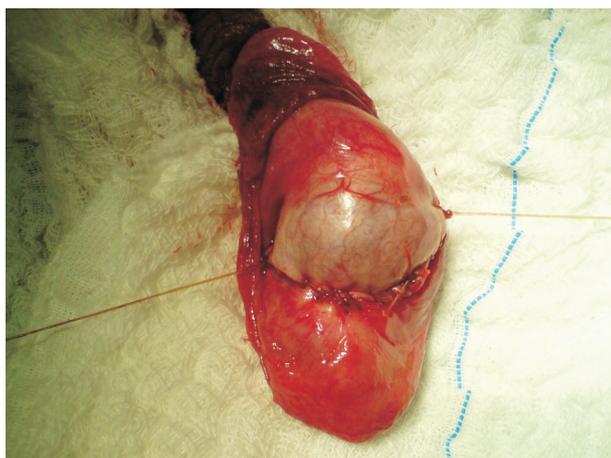


Figura 5. Visão após rafia da túnica albugínea.

DISCUSSÃO

Os ferimentos do testículo por traumatismo contuso ocorrem em, aproximadamente, 75% dos casos, sendo a maioria resultado de lesões esportivas, acidentes com veículos e agressão.

Ferimentos penetrantes devido às armas de fogo, às explosões, e aos ferimentos do empalamento representam o restante dos casos.

Aproximadamente 1,5% dos ferimentos contusos do testículo e 30% dos ferimentos penetrantes envolvem ambas as gônadas.

A maioria dos traumatismos escrotais penetrantes (72% a 83%) está associada com outros ferimentos, que incluem a coxa, o pênis, o períneo, a uretra, ou vasos femorais.

Enquanto a maioria das lesões traumáticas testiculares é resolvida com tratamento conservador, algumas requerem exploração cirúrgica para tentar salvar o testículo.

-Diagnóstico:

Deve ser considerada a ruptura testicular em todos os casos de trauma testicular, necessitando de uma anamnese e exame físico detalhados, com mecanismo do trauma, sinais e sintomas.

Exame de imagem ultrassonográfico deve ser pedido, preferência com Doppler para ava-

liar integridade da vascularização.

Sinais e sintomas mais comuns são: dor escrotal, náusea, edema e equimose. A ausência desses sinais não descarta a ruptura testicular e o grau do hematoma não está correlacionado com a severidade do ferimento testicular.

Deve avaliar o ferimento uretral concomitante: mecanismo do ferimento, hematúria, sangue no meato uretral.

No ferimento penetrante, deve ser feito um exame cuidadoso de estruturas circunvizinhas, especialmente os vasos femorais.

-Avaliação ecográfica:

Nos traumas fechados há indicação formal de realização de ultra-sonografia, a fim de avaliar a viabilidade testicular, sua vascularização e para servir de base para futuros controles.

O acompanhamento ultrassonográfico é essencial até a resolução completa das alterações testiculares, pois é comum a atrofia pós-traumática. Esta atrofia ocorre devido a uma isquemia decorrente do aumento da pressão na túnica, secundária à formação do hematoma.

A fratura da túnica albugínea é outra afecção caracterizada por falha (descontinuidade) no contorno do órgão e até mesmo protrusão externa da polpa testicular pela interrupção segmentar do revestimento ecogênico testicular (túnica albugínea).

Deve-se fazer a exploração cirúrgica precoce, mesmo se o U.S. normal ou duvidoso, mas com exame físico sugestivo da lesão testicular.

-Diagnóstico Diferencial:

Hematocele sem ruptura, torção do testículo ou de um anexo, hidrocele reacional, hematoma do epidídimo ou do funículo espermático, hematoma intratesticular..

Testículo não palpável em um paciente com traumatismo deve levantar a possibilidade de "deslocamento" para fora do escroto. Isso

ocorre mais em acidentes de motocicleta, com trauma escrotal contra o tanque de combustível. Um estudo mostra a distribuição de casos com deslocamento extra-escrotal do testículo: região inguinal superficial (50%) ou a uma posição púbica (18%), peniana (8%), abdominal (6%), perineal (4%), outros (acetabular / crural / pélvica). (Schwartz e Faerber, 1994; Bromberg, 2003). A redução manual ou cirúrgica do testículo deslocado é indicada.

Ferimentos escrotais menores, sem dano ao testículo, podem ser controlados com gelo, elevação, analgésicos, e irrigação, com fechamento em algumas circunstâncias.

Exploração e o reparo cirúrgico diante de ferimento do testículo estão associados com maior taxa de salvar o órgão, ocorrendo um retorno mais rápido às atividades normais, e uma melhor preservação da fertilidade e da função hormonal.

-Detalhes técnicos da Cirurgia:

Túnica albugínea deve ser fechada com fios absorvíveis finos após a remoção de túbulos seminíferos necróticos e com extrusão;

Defeitos pequenos da túnica albugínea devem ser fechados: inchaço progressivo e a presença intratesticular podem continuar a expulsar túbulos seminíferos.

Perda de tecido da cápsula pode exigir a remoção de parênquima adicional e permitir o fechamento da túnica albugínea restante.

Hematomas intratesticulares significativos:

Devem ser explorados e drenados, mesmo na ausência de ruptura do testículo, para impedir a necrose e atrofia progressiva por pressão;

Hematocelos significativos devem igualmente ser explorados: até 80% são devido à

ruptura do testículo.

Resultados e complicações:

Opção não-cirúrgica: Pode ocorrer complicação, frequentemente, pela infecção, atrofia, necrose, e por orquiectomia tardia.

As taxas de salvamento do testículo excedem 90% com exploração e reparo no prazo de 3 dias do ferimento, contra as taxas de orquiectomia tardia 3 a 8 vezes maiores com a opção conservadora e cirurgia atrasada.

Dos pacientes inicialmente tratados conservadoramente, 45 % serão submetidos a exploração cirúrgica para dor, infecção e/ou hematoma persistente (Del Villar et al. 1973; Schuster, 1982; Fournier et al. 1989; Cass e Luxenberg, 1991).

A maioria esmagadora de pacientes cirúrgicos tem a preservação adequada da função hormonal e da fertilidade.

Vasos deferentes são feridos em 7% a 9% por PAF em escroto (Gómez e outros, 1993; Brandes e outros, 1995).

Trauma escrotal por mordedura:

A morbidade é relacionada à severidade da ferida inicial.

Maioria das vítimas são crianças.

As complicações infecciosas são incomuns se procurado atendimento precoce.

O manejo inicial deve ser: irrigação copiosa, desbridamento e o tratamento com antibióticos profiláticos de largo espectro (Cummings e Boullier, 2000).

A imunizações de tétano e da raiva devem ser usadas.

O Antibiótico pode ser amoxicilina/clavulanato (500-875 mg VO 2x/dia) por 7 a 10 dias.

ABSTRACT

We describe a case report of a young patient who suffered a testicular injury during training in martial arts class, with discussion of the main causes, clinical diagnosis and treatment. Patient aged 16 years, with testicular trauma due to a kick, there was pain and posterior clinical exam and surgical approach. A good clinical history and physical examination, with imaging studies when necessary, are the best tools for a correct and early diagnosis for testicular trauma, indicating the best treatment to be done.

KEYWORDS: *Testis, injuries; Wounds and Injuries.*

REFERÊNCIAS

1. Vital RJ, Mattos L A, Souza LRMF, Figueirêdo S, Szejnfeld J. Aspectos ultra-sonográficos das alterações não-neoplásicas do testículo. Radiol Bras. 2007 Jan-Fev;40(1):61-67.
2. Oliveira Filho GS, Oliveira LCS, Justa DG. Traumatic Testicular Dislocation. Braz J Urol. 2000 Sep ;26 (5): 528-529.
3. Morey AF, Rozanski TA. Genital and Lower Urinary Tract Trauma. In: Wein AJ. Campbell-Walsh Urology. Philadelphia: Campbell-Walsh Urology; 2007. 9th ed. v. 3, p. 2854–2873.
4. Roy C, Tuchmann C. Échografie scrotale – pathologies non tumorales courantes (part 1). J Radiol. 2003;84:581-595.
5. Dambro TJ, Stewart RR, Barbara CA. The scrotum. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. Diagnostic ultrasound. 2nd ed. St Louis: Mosby;1998. p.791-821.
6. Howlett DC, Marchbank ND, Sallomi DF. Pictorial review. Ultrasound of the testis. Clin Radiol. 2000 Aug;55(8):595-601.
7. Bowman JR, Anton M. Spermatic cord hematoma in a collegiate football player: a case report. J Train Athl. 1998 Jan;33(1):65-8.

Recebido em: 06/10/2010

Aprovado em: 11/11/2010

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor principal: Daniel Santos Maia

Endereço: Endereço para contato: Rua Nossa Senhora Aparecida, 576 - Catalão - 35501173 - Divinópolis (MG).

E-mail: danielsantosmaia@yahoo.com.br

Adenocarcinoma de Próstata evoluindo com suboclusão retal, metástase subcutânea e PSA total menor que 1ng/ml. Relato de caso e revisão de literatura.

Prostate adenocarcinoma with retal suboclussion evolution, subcutaneous metastases and psa below 1 ng/ml. case report and literature review.

Ricardo Cavalheiro Cavalli¹
Antonio Ivo Moritz¹
Murilo Minoru Murata¹
Jair de Campos Júnior¹
Fábio Monteiro Crialenzi¹
Cyro Cezar de Oliveira²

RESUMO

Adenocarcinoma prostático é a neoplasia maligna mais prevalente em homens, representando cerca de 10% dos cânceres. Taxas de incidência são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos, comparados aos países em desenvolvimento^[1]. Essa neoplasia tem clínica diferente das patologias intestinais, mas poucos casos podem evoluir com oclusão retal. Mais raro é a neoplasia se apresentar com metástase subcutânea e PSA<1ng/dl. Níveis de PSA têm correlação com volume tumoral, mas o PSA<10ng/dl em pacientes com metástase corresponde à < 1% dos casos. Relatamos aqui um caso de adenocarcinoma de próstata evoluindo com sub-oclusão retal, metástase subcutânea e PSA<1ng/dl.

DESCRITORES: Adenocarcinoma; Metástase Neoplásica; Neoplasias da Próstata; Reto; Antígeno Prostático Específico.

Cavalli RC, Moritz AI, Murata MM, Júnior JC, Crialenzi FM, Oliveira CC. Adenocarcinoma de Próstata evoluindo com suboclusão retal, metástase subcutânea e PSA total menor que 1ng/ml. Relato de caso e revisão de literatura. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

INTRODUÇÃO

Estima-se que 1 em cada 6 homens terão o diagnóstico de câncer de próstata durante a vida e que 1 em cada 30 morrerão da doença^[2]. Essas estatísticas são ainda piores quando a neoplasia

se apresenta de forma diferente do habitual.

O adenocarcinoma de próstata tem aspectos clínicos diferentes das patologias intestinais, mas em poucos casos pode evoluir com oclusão retal. Mais raro ainda é a neoplasia da próstata se apresentar

Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

1 – Residentes de Urologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

2 – Médico Urologista do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), Preceptor da Residência de Urologia do HUEC.

com metástase subcutânea e PSA <1ng/dl, havendo apenas alguns casos isolados descritos na literatura.

O objetivo desse estudo é relatar uma evolução pouco usual do adenocarcinoma prostático, patologia que se apresenta no dia a dia da comunidade urológica, mas que pode confundir até os mais experientes quando não segue os padrões esperados.

DESCRIÇÃO DO CASO

JS, masculino, 55 anos, iniciou acompanhamento urológico aos 39 anos pós-fratura traumática de pelve com lesão uretral, tendo sido realizadas uretroplastia e uretrotomia interna para tratamento. Perdeu seguimento por ter apresentado melhora e retornou aos 53 anos com queixa de disúria e gotejamento, apesar de apresentar jato moderado. Em investigação apresentou PSA total 57ng/dl, toque retal com próstata endurecida, ecografia com próstata de 25cm³ e calcificações em lobo esquerdo, bexiga de paredes espessadas, resíduo pós-miccional 10ml. Biópsia de próstata com 6 fragmentos, sendo 3 do lobo esquerdo Gleason 10 (5+5) e 3 do lobo direito Gleason 9 (4+5), invasão perineural não observada, embolia angiolímfática presente. Raio X tórax normal. Cintilografia óssea com aumento do radiofármaco em região lateral do quadril esquerdo, sugestivo de metástase. Realizada orquiectomia bilateral. Evoluiu com melhora das queixas urinárias após 3 meses, tendo queda do PSA para 0,51ng/dl. Apresentou seguimento a cada 3 meses durante 20 meses tendo todas as dosagens de PSA < 1ng/dl (0,51; 0,28; 0,64; 0,42; 0,98; 0,55), sem ter tido aumento de do PSA e sem ter tido novas queixas. Cerca de 5 semanas após última dosagem de PSA paciente iniciou com dor anal persistente. Ao toque retal massa palpável endurecida, de grande volume em parede anterior de reto. Após cerca de 3 semanas paciente realizou retossigmoidoscopia apresentando massa extra-luminal região anterior, topografia da próstata, com reto de aspecto

normal. Já apresentando quadro de desconforto abdominal e múltiplos nódulos subcutâneos pequenos < 1 cm por todo o corpo (>50 nódulos) (figura 1), foi internado e realizada Tomografia Computadorizada de abdômen e pelve (figura 2) que mostrou processo expansivo com densidade de partes moles, heterogênea, com áreas suspeitas de necrose, localizada em cavidade pélvica, 9x7cm em topografia de próstata, envolvendo região retal, sem plano de clivagem, com presença de linfonodos aorto-ilíacos 7mm.



FIGURA 1. Metástase subcutânea.

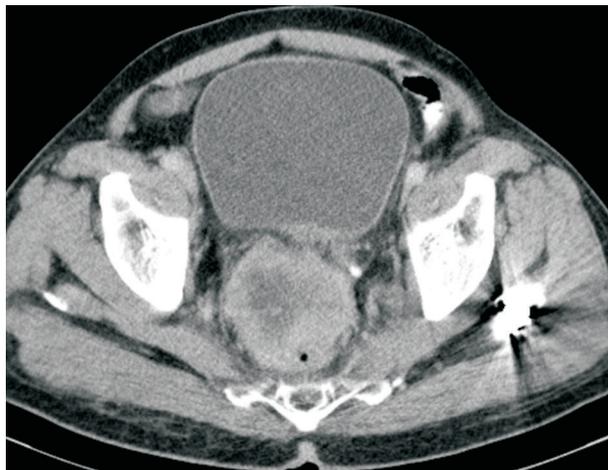


FIGURA 2. Tomografia computadorizada mostrando tumor de próstata comprimindo reto, provocando sub-oclusão, deixando mínima luz retal.

Em poucos dias evoluiu com quadro de emagrecimento, queda do estado geral e sub-oclusão intestinal sendo realizada laparotomia exploradora e colostomia em alça, realizadas biópsias de nódulo em epíplon e nódulo sub-

cutâneo abdominal. Anatomopatológico das biópsias foi adenocarcinoma acinar moderadamente diferenciado, metastático, compatível com sitio primário prostático. Antes de iniciar quimioterapia, a qual não foi iniciada por falta de condições clínicas, o paciente evoluiu com evisceração e infecção de ferida operatória, sendo realizado desbridamento e ressutura de parede abdominal, mas o paciente evoluiu para sepse e óbito.

Níveis séricos de PSA têm sido usados para carcinoma de próstata desde 1984 e têm boa correlação com o volume tumoral presente, apresentando-se com grandes aumentos em doença metastática^[3]. Contudo, o PSA < 10ng/dl em pacientes com metástase corresponde à < 1% dos casos Segundo Alison Birtle e cols^[3].

Donald e cols, estudando 13 casos de adenocarcinoma de próstata com obstrução retal revisados em 10 anos, identificaram que o local de obstrução pode ser desde a borda anal até 17cm à retossigmoidoscopia^[4]. Outros achados foram obstrução ureteral em 12 pacientes, fístula ácida em 8, mucosa intacta em 7, colostomia foi necessária em 9 casos^[4].

David Bowrey e cols, em publicação de 6 casos com revisão de literatura sobre adenocarcinoma de próstata com infiltração retal, relatou

que 45% dos casos se apresentam com estreitamento anular e 18% dos pacientes necessitaram colostomia para melhora sintomática^[5].

Adenocarcinoma metastático cutâneo ou subcutâneo tem sitio primário reconhecido em cerca de 15% a 20%. Tomografia abdominal pode identificar 10% a 35% dos sitios primários. A metástase da neoplasia de próstata é geralmente excluída com a dosagem sérica do PSA e identificação imunohistoquímica do PSA na lesão^[6].

Pacientes com metástase cutânea ou subcutânea, mesmo com o advento da quimioterapia, independente do tipo de sitio primário, têm sobrevida média de 3 a 4 meses^[6], geralmente não ultrapassando 6 meses^[7]. Menos de 1% das metástases cutâneas ou subcutâneas têm sitio primário prostático^[8]. Brownstein e Hellwig, em estudo com 724 casos de metástase de pele, descobriu 0,7% com origem da próstata^[8].

As lesões de pele podem ser únicas ou múltiplas, apresentado-se como pápulas ou nódulos e geralmente assintomáticas^[8], como no paciente aqui relatado.

Conclui-se que o tumor de próstata pode se apresentar de formas multivariadas e devemos estar atentos a elas para tentar o melhor tratamento possível.

ABSTRACT

We describe a case report of a young patient who suffered a testicular injury during training in martial arts class, with discussion of the main causes, clinical diagnosis and treatment. Patient aged 16 years, with testicular trauma due to a kick, there was pain and posterior clinical exam and surgical approach. A good clinical history and physical examination, with imaging studies when necessary, are the best tools for a correct and early diagnosis for testicular trauma, indicating the best treatment to be done.

KEYWORDS: *Testis, injuries; Wounds and Injuries.*

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2010 Nov 20 [atualizada em 2010 Dez 8; acesso em 2010 Nov 23]. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2010.
2. Halabi S, Small EJ, Kantoff PW, Kattan MW, Kaplan EB, Dawson NA, Levine EG, Blumenstein BA, Vogelzang NJ. Prognostic Model for Predicting Survival in Men With Hormone-Refractory Metastatic Prostate Cancer. *J Clin Oncol*. 2003 Apr 1;21(7):1232-7.
3. Birtle AJ, Freeman A, Masters JR, Payne HA, Harland SJ; BAUS Section of Oncology Cancer Registry. Clinical Features of Patients Who Present with Metastatic Prostate Carcinoma and Serum Prostate-Specific Antigen (PSA) Levels < 10 ng/mL. The "PSA Negative" Patients. *Cancer*. 2003 Dec 1;98(11):2362-7.
4. Fry DE, Amin M, Harbrecht PJ. Rectal Obstruction Secondary to Carcinoma of the Prostate. *Ann Surg*. Apr;189(4):488-92.
5. Bowrey DJ, Otter MI, Billings PJ. Rectal infiltration by prostatic adenocarcinoma: report on six patients and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl*. 2003 Nov;85(6):382-5.
6. Nahas CSR, Meniconi MTM, Birolini D. Adenocarcinoma metastático cutâneo de origem desconhecida. Relato de um caso. *Arq Gastroenterol*. 2004 Abr;41(2):129-131.
7. Paz-Ares L, Olivia E, Carey RW, Smith MR. Skin lesions in malignancy. Case 2. Skin metastases from prostate adenocarcinoma. *J Clin Oncol* 2001 Apr 1; 19(7): 2099-100.
8. Steinkraus V, Lange T, Abeck D, Mensing H, Ring J. Cutaneous metastases from carcinoma of the prostate. *J Am Acad Dermatol*.1995 Apr;32(4):665-6.
9. Madaan S, Palit V, Gudgeon P, Biyani CS. Omental metastasis with malignant ascites: an unusual manifestation of prostatic adenocarcinoma. *Can Urol Assoc J*. 2007 Sep;1(3):288-90.
10. Brawn PN, Speights VO. The dedifferentiation of metastatic prostate carcinoma. *Br J Cancer*. 1989 Jan;59(1):85-8.
11. Rossetti RB, Villaca Neto CM, Paschoal LH, Burnier Júnior M. Cutaneous Metastasis Originating from Prostate Adenocarcinoma. *Int J Dermatol*. 1991 May;30(5):363.

Recebido em :07/10/2010

Aprovado em 12/12/2010

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflito de interesses: Nenhum

Correspondências:

Autor principal: Ricardo Cavalheiro Cavalli

Endereço: Rua Campinas, 17 apto 1002 – Cabral - CEP 80250-120, Curitiba – PR

E-mail – rccavalli@yahoo.com.br

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar,¹
Carmem Cecília Galvão,²
Elaine Alves³
Paulo Tubino⁴

“Para o homem de ciência, tão exato e preciso deve ser o raciocínio quanto exata e precisa a expressão falada ou escrita em que ele se exterioriza; o descuidado, o confuso e o impróprio significam o desconcerto e a confusão do pensamento.”

(Plácido Barbosa, dicionarista e médico).

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. Rev. Med. Res. 2011; 13 (1) 1-80.

Eco. Vício de linguagem que consta de palavras juntas ou próximas com a mesma terminação. É a rima em prosa. É a repetição sonora no fim de palavras próximas. Na prosa não-literária, o eco haverá de ser evitado. Dá aspecto de texto mal cuidado. Exs.: No momento, meu sentimento é de sofrimento (Faraco & Moura, 1992, p. 438). As palavras não precisam estar juntas. Em seus exemplos, Faraco dá mostras disso. Exemplos encontrados em relatos médicos: acesso látero-basal temporal total; analisados os dados cruzados; canal anal normal; coleta de dieta; coletados e analisados os dados; biópsia óssea, dados coletados; condições sanitárias precárias; importante determinante; lesões freqüentes nos pacientes decorrentes de acidentes; auto-suficiência de assistência

pode ser referência regional; no momento do nascimento; a observação e a interpretação da distribuição dos fenômenos; drenar para local anormal, lateral ou caudal; funcionários usuá-rios dos prontuários; aspecto renal contra-la-teral normal; reservatório satisfatório; respos-tas opostas; monitoramento do crescimento e desenvolvimento; consulta especializada foi realizada; o tratamento indicado e realizado foi baseado...; alteração disfuncional hormonal focal; amostras congeladas selecionadas; eco-grafia para avaliação de loculação com coleção de secreção. || O eco pode ser figura de lingua-gem se bem empregado: Desgraçadamente, la-mentavelmente, quotidianamente, vem sendo nossa língua adulterada por alguns cronistas sociais, venais, boçais, fenomenais (Jota, 1967).

TRABALHO REALIZADO NA UnB – FACULDADE DE MEDICINA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – CENTRO DE PEDIATRIA CIRÚRGICA.

1. Médico Assistente, Professor Voluntário, Centro de Pediatria Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade de Brasília.

2. Bacharel em Língua Portuguesa e Mestre em Lingüística pela Universidade de Brasília.

3. Professora Adjunta de Cirurgia Pediátrica, Universidade de Brasília.

4. Professor Titular de Cirurgia Pediátrica, Universidade de Brasília.

Uma vez que não há sinônimos perfeitos, se a mudança de termos prejudicar o sentido do enunciado, justifica-se manter o eco. Mas frequentemente a troca é possível. Existem bons dicionários de sinônimos, que podem ser úteis para evitar esses defeitos de linguagem.

Em. São criticáveis expressões do tipo: “dor em joelho direito”, “dor em fossa ilíaca direita”, “edema em membros inferiores”, “abscesso em região deltóide”, “amputação em perna esquerda”. A tendência normal do português é usar artigo antes de substantivos especificados e omiti-los antes dos que têm sentido generalizado. Assim: dor em joelhos e dor no joelho esquerdo; edema em membros e edema nos membros inferiores. O hábito de alguns em omitir os artigos que especificam nomes contribui para a desorganização da nossa língua.

Em anexo. Expressão correta como locução adverbial, mas depreciada por lingüistas por ser galicismo (Almeida, 1996; Cegalla, 1996). Recomendável usar anexo ou anexado. Opções: aposto, aduzido, incluso, inserto, apenso. Por ser adjetivo, anexo varia (Torres, 1951, p. 167): Enviamos carta anexa. Seguem documentos anexos. Idem com em aberto, em apenso, em suspenso, em separado, em absoluto, em definitivo e outras expressões similares. Em lugar de “Em anexo, a uretrocistografia miccional”, constrói-se: Anexa, a cisturografia miccional. Ou na seqüência normal da frase: (A) cisturografia miccional (está) anexa. Ou, ainda: Anexo a cisturografia miccional (anexo = pres. do indicativo do verbo anexar). Anexo pode ser substituído por junto, que é invariável na função adverbial (Torres, ob. cit.): Junto, vão as cartas. J. de Nicola & E. Terra (1997, p. 31) aconselham evitar “em anexo” por anexo ser adjetivo, não um advérbio. Argumentam:

“Observe que jamais alguém diria: As promissórias seguem em incluso. Por que então dizer em anexo, em apenso?”. Arthur de Almeida Torres (1967, p. 19) ensina que anexo “funciona somente como adjetivo, variando em gênero e número de acordo com o substantivo a que se refere”. Há respeitáveis autores que usam em separado, em anexo, em absoluto e, assim, não se trata de erro gramatical. Mas se um termo, de um lado, é acolhido por qualificados autores e, por outro, criticado também por autores de nota, melhor, sempre que possível, substituí-los por opções não criticáveis. Se adotarmos determinado termo em nosso próprio vocabulário, teremos que saber defendê-lo das críticas de leitores e ouvintes exigentes. Se não somos gramáticos ou se não temos aquilatados conhecimentos gramaticais, melhor escolher terreno neutro. É a lógica.

Empalação – empalamento. Os dois vocábulos estão dicionarizados, mas empalação é o que consta em praticamente todos os dicionários de português e tem a preferência dos gramáticos.

Endovenoso – intravenoso. No Aurélio (2004) registra-se que intravenoso é preferível a endovenoso. Também é adequado endoflébico (Pinto, 1962). Endovenoso é termo defeituoso por ser híbrido, isto é, formado de elementos de línguas diferentes: endo- procede do grego (endon, dentro) e venoso do latim (venosus). O hibridismo é condição censurada por bons lingüistas, sobretudo quando há formas substitutas adequadas e bem formadas. Em comparação, comumente dizemos intramuscular, intracavitário, intracelular, intraoperatório e similares. Nesse caso, intravenoso ou endoflébico são os nomes adequados, já que, no primeiro, todos os elementos são latinos e, no segundo,

são de origem grega. Assim, é preferível a abreviação IV (intravenoso) a EV (endovenoso). Em análise gramatical rigorosa, EV ou IV são siglas irregulares, uma vez que cada uma delas indica falsamente duas palavras (Endo Venoso, Intra Venoso), não uma (Intravenoso, Endovenoso). Seriam mais adequadas as siglas VI (via intravenosa) e VE (via endoflébica), assim como se usa VO (via oral). Via retal, via vaginal, via intradérmica, via peridural e similares são expressões costumeiras na linguagem médica para indicar o modo de aplicações medicamentosas. Além disso, IV e EV ficam inadequadamente com função adverbial nas frases costumeiras das prescrições médicas: “Aplicar IV” (equivale a aplicar intravenosamente). “Injetar 20 mL EV de 6/6 horas” (equivale a: injetar endovenosamente ou endoflebicamente). Em uso rigorosamente gramatical normativo e em relatos científicos formais, sobretudo os destinados à publicação, pode-se escrever: Aplicar por via endovenosa ou endoflébica. Injetar 20 mL por via intravenosa a cada seis horas.

Enterocolite. Nome consagrado, de uso geral em medicina, por ser fato da linguagem, não é errado usá-lo. Mas é termo defeituoso. O nome enterite por si indica afecção inflamatória no intestino, e o cólon faz parte dele. Isso torna enterocolite expressão redundante. Parece indicar erroneamente que enterite se refere apenas ao intestino delgado. Intestino provém do grego énteron. Daí, os adjetivos enteral e entérico, que indicam relativo ao intestino. Este compreende a parte do tubo digestivo desde o estômago ao ânus, isto é, a porção compreendida desde o duodeno ao canal anal (Di Dio, 1999, p. 511), conforme se vê nos livros de Anatomia e nos dicionários. desse modo, em lugar de enterocolite necrosante, pode-se dizer ente-

rite necrosante, como exemplo. O estômago faz parte do tubo digestivo, o que faz gastroenterite, gastroenterologia e cognatos nomes bem formados. Existem nomes adequados como gastrite, duodenite, jejunité, ileíte, colite, retite e proctite – todos constantes do VOLP (Academia, 2004). Esse fato poderia autorizar a utilização de nomes apropriados como gastroduodenite, jejunoileíte, ileocolite, retoproctite e por aí além. A consagração de nomes censuráveis não desautoriza o uso de nomes cientificamente mais ajustados. A falta de uso de nomes adequados apenas indica seu desconhecimento. A divulgação desses eventos pode no futuro suscitar usos mais freqüentes dos nomes exatos e mais adequados.

Entubar – entubar a traqueia – entubação endotraqueal. O VOLP (Academia, 1998) traz entubar e entubação como equivalentes a intubar e intubação respectivamente, o que torna legítimo o uso dessas formas. A etimologia pode desfazer algumas dúvidas. O prefixo en-, com significado de dentro de, procede do indo-europeu (suposta língua primitiva, que deu origem a diversas línguas européias) e constitui variação também portuguesa do original latino -in, que quer dizer em, em cima de e dentro de. Em grego, usa-se en- no sentido de dentro de. (Houaiss, 2001); tubo provém do latim tubus. Por essa interpretação, o prefixo en-, nesse caso, não procederia do grego, daí, entubar não constituiria hibridismo, vício de formação vocabular em que se utilizam elementos de idiomas diferentes. Quanto à melhor escolha, os dicionários manifestam divergências e indeterminações. O Aurélio (2004) registra entubar apenas como dar feição de tubo a, e intubar como introduzir um tubo em uma cavidade e, especificamente em Medicina,

introduzir cânula na traquéia. Os dicionaristas médicos L. Rey (2003), R. Paciornik (1975) e outros, apenas averbam intubação. P. Pinto (1958) averba entubagem, entubação e intubação. O Houaiss (2001) dá os dois termos com significados equivalentes, mas consigna intubar como forma não-preferencial de entubar. O Aulete (1980) também indica entubar como equivalente a intubar na acepção de introduzir um tubo em. O Dicionário da Academia das Ciências de Lisboa (Academia, 2001) traz apenas entubar. Contudo, podem ser considerados alguns consensos. Intubação e intubar (a traqueia, por exemplo) são de uso mais freqüente na literatura médica brasileira (J. Rezende, Linguagem médica, 2004) e mais tradicional. Vale salientar que os nomes científicos são tradicionalmente formados com elementos oriundos do latim e do grego. Nesse caso, o prefixo -in conforma-se ao étimo latino, e todo o termo intubação apresenta a formação científica apropriada. O uso de entubar ou intubar pode causar dubiedade, pasmo e dúvidas entre os leitores médicos não afeitos às filigranas semânticas, mas, pelo exposto, convém adotar intubar e cognatos como formas preferenciais. Entubação endotraqueal ou intubação endotraqueal são redundâncias. Intubação ou entubação traqueal já indicam que é endotraqueal. Canular ou canulação da traquéia são expressões utilizadas no meio médico. Os dicionários registram tão-só cânula e canulado, mas as derivações mencionadas por serem bem formadas e úteis à linguagem médica, podem vir a ser dicionarizadas. Nas descrições do procedimento, convém especificar: intubação orotraqueal ou nasotraqueal.

Envolver. Pode indicar impropriedade em frases como: “A lesão envolve o pâncreas e o duodeno.”. “Metástase envolvendo ossos.”. “O

seqüestro envolveu a cabeça do fêmur”. Em rigor, envolver significa rodear, cercar, abranger em volta. É freqüente no âmbito médico a expressão “metástase envolvendo fígado”. Mas uma metástase não poderia, de fato, envolver um fígado. Na verdade, dá-se o contrário. Podemos dizer com exatidão: a metástase invadiu (ou comprometeu) o fígado. Outros exemplos: A lesão atingiu pâncreas e o duodeno. O seqüestro acomete a cabeça do fêmur. O tumor afetou o rim direito. // Mas pode-se dizer acertadamente: O abscesso envolve o apêndice. O tumor envolvia a artéria. O perióstio envolve o osso.

Escherichia. A pronúncia desejável é esqueríquia (Paciornik, 1975). Escherichia é forma latina de gênero de bactéria em homenagem ao pediatra alemão Theodor Escherich (1857–1911). Em latim, o dígrafo ch tem som de k, como se lê em: Tachinidae, Trichocephalus trichiurus, Trichomonas, Opistorchis. Em português, o ch latino tem transmutação em qu ou c com som de k: archangelus ⊗ arcanjo; orchestra ⊗ orquestra; machina ⊗ máquina. Não há esqueríquia nos dicionários.

Esperma – líquido seminal – líquido espermático – sêmen – espermatozoide. Bons dicionários, inclusive os de termos médicos, trazem esperma como a substância, o líquido em que se movem os espermatozoides. Do latim sperma, semente, grão de semente, e este do grego spérma, também semente. É o mesmo que sêmen (com n), plural: sêmenes. O VOLP (1999) dá semen e semens. Não há registro de “semem” (com m) nos dicionários. Do latim semens, semente. De acordo com essa definição, não se pode designar os espermatozoides como esperma. Por esse lado, também o nome espermicida seria

inadequado. Registram-se líquido seminal ou espermático e fluido seminal como pertencentes à sinonímia, isto é, têm o mesmo sentido de esperma e de sêmen. Acrescentam alguns nomes chulos que convém conhecer por serem utilizados por muitos pacientes: esporro, esporra, porra, gala, langanho, langonha. O nome obscuro porra procede de esporra ou esporro, o esperma que é ejetado do pênis (esporrar significa expelir sêmen ou outro fluido como o sangue, como se vê no dic. Houaiss). Espermatozoide provém do grego spermatos, do esperma, zóion ou zoon, animal, e eidos, semelhante a. Deveria ser espermatozoóide, mas o nome em português procede do francês espermatozoïde, em que o trema evita a pronúncia francesa “zuade” (Houaiss, 2001). Literalmente, espermatozoide significa “semelhante a um animal da semente”. Entretanto, existem alguns desconcertos a considerar. Os nomes espermatozoide, espermogênese, espermicida ou espermaticida (melhor nome), espermogênese, espermátocito, espermogônio, espermatoblastos, espermograma, inseminação, inseminar são relativos ao elemento celular da reprodução. Mas espermatorreia e espermaturia indicam esperma no sentido de líquido espermático. Na literatura médica, mesmo entre bons autores, os conceitos de sêmen, esperma e líquido seminal são sobremaneira variáveis. São encontráveis enunciados como: “O líquido prostático é acrescentado ao sêmen” (nesse caso, sêmen prescinde do líquido prostático). “A frutose e outras substâncias no líquido seminal são de considerável valor nutritivo para o esperma ejaculado até que um deles fertilize o óvulo” (aqui considera-se esperma como espermatozoóide) (A. Guyton, Fisiologia básica, 1878, p. 579). “Durante la fase orgásmica hay contracción de los músculos [...] esto provoca la eyaculación del líquido contenido en las vesícu-

las seminales (esperma)” (B. Houssay, Fisiologia Humana, 1980, p. 651). “Sperma. Semen; the testicular secretion containing the male reproductive cells (Stedman’s medical dic., 1957). Usa-se esperma ora como líquido seminal, ora como espermatozoide; cita-se sêmen aqui como esperma, ali como líquido seminal; define-se sêmen ora como o conjunto de secreções dos testículos, das vesículas seminais, da próstata, das glândulas de Cowper, contendo espermatozoides (Stedman ob. cit.), ora sem um, dois ou mais desses componentes (sem líquido da vesícula seminal ou sem líquido prostático, ou sem secreção das glândulas mucoide, ou sem espermatozoides). Essas circunstâncias podem ocasionar ambigüidades e obscuridades, eventos gramaticais indicados como vícios de linguagem o que não poderia ocorrer em relatos médicos científicos formais. Em seus significados exatos ou etimológicos esperma e sêmen indicam semente, e esse nome refere-se ao gameta masculino. Desse modo, líquido seminal ou líquido espermático configuram-se como denominações mais apropriadas. Podem ser completos (com todos os componentes) ou incompletos (sem um ou mais de seus elementos de composição), A Lei do Uso torna consagrado e legítimo o emprego de esperma ou de sêmen para designar o líquido seminal. No entanto, para evitar ambigüidades, por coerência com a lógica da etimologia e pelo apreço à disciplina e à rigorosidade científica, pode-se, sempre que for possível, utilizar preferencialmente os nomes de acordo com a lógica de seu significado etimológico. Seria, aqui, uma questão de estilo.

Espleno. Prefixo que se liga sem hífen ao elemento que se lhe segue, como se vê no VOLP (Academia, 2004): esplenoflebite, esplenofrênico, esplenoportografia, esplenorrafia. Por coe-

rência, escrevem-se: esplenogonadal, esplenoe-pático, esplenorrenal, gastrocoloesplenotórax, esplenoportais, hepatoesplenomegalia, esplenocólico, esplenogástrico, esplenodiafragmático, esplenoomental, hepatoesplenorrenal, esplenoe-pático (admite-se espleno-hepático), esplenopancreático, esplenomesentérico, esplenomesenteroportais, esplenomielóide, hepatoesplenolinfoglandular, esplenontração, esplenoportomesentérico, esplenoe-patomegalia. Em rigor, é irregular e antigramatical escrever isoladamente espleno como afixo: espleno megalia, espleno renal, hépato espleno mesocólico. São comuns as formas hifenizadas na linguagem médica, o que constituem fatos da língua e, portanto, são legítimas. Mas não configuram expressões da melhor qualidade, já que fogem às recomendações de sérios profissionais de letras e aos registros de bons dicionários e do VOLP, instrumento legal de ortografia. Desse modo, em relatos formais, recomenda-se a omissão do hífen no uso geral de espleno como elemento de composição.

Estabilizar a hemorragia. Expressão imprópria, por controlar ou parar ou deter a hemorragia. Estabilizar significa tornar estável, firmar. Se a hemorragia for estabilizada, certamente o enfermo morrerá. Nesse caso, o nome preciso é estancar, do latim *extancare*, mas pouco usado na literatura médica, talvez pelo seu uso espalhado na linguagem popular. Nomes cognatos: estancção, estancamento, estancagem.

Estadia hospitalar. Nos dicionários, o significado essencial de estadia é “prazo concedido para carga e descarga do navio ancorado num porto”. Por extensão, passou a significar permanência por analogia a estada, que é o termo de melhor qualidade, embora pouco usado em me-

dicina. Às vezes é tradução indevida do termo inglês *hospital stay*. “Estada é a permanência, demora em algum lugar. Estadia é o prazo para carga ou descarga de um navio no porto” (Ramos, 2001). Não é errôneo usar significados secundários, “figurativos” ou “por extensão”, em lugar dos termos mais adequados. No entanto, comparativamente, questiona-se a qualidade da expressão estadia hospitalar, tendo em vista contestações de bons profissionais de letras sobre o tema. Para evitar questionamentos, recomenda-se usar permanência ou ocupação hospitalar, expressões de melhor qualidade semântica.

Estádio – estágio. É comum o uso de estágio em lugar de estádio em referência a fases de doenças ou de procedimentos, talvez por influência do inglês *stage*. Em português, o significado próprio de estágio é período de preparo e aprendizado profissional, situação transitória de preparação para um cargo ou carreira). Do latim *stadium*, estada, demora junto de alguém (Bueno, 1965). Indicava período em que o vas-salo (cônego, advogado) era obrigado a passar no castelo do senhor, especialmente em ocasião de guerra, para prestar-lhe assistência. Estádio é o nome mais adequado. Significa fase, estado, período, época, etapa: estádio de penúria, de progresso, sentidos concordantes com o étimo latino, *stadium*, que tem o mesmo significado. Afinal, sempre se diz estadiamento de uma doença e até se usa estadiar.

Estafilococo dourado. Denominação imprópria do *Staphylococcus aureus*, assim designado pela cor do pigmento amarelado, produzido nas culturas por este germe. “Essa classificação, entretanto, não mais se justifica, visto estar demonstrado que a formação de pigmento é sujeita a variações e, mais ainda, que se podem isolar

de culturas aureus, colônias albus, que se mantêm como variantes perfeitamente estáveis” (O. Bier, 1966, Bacteriologia e imunologia, p. 355).

Estenose hipertrófica do piloro. “Estenose hipertrófica” é expressão consagrada, mas imprópria. Estenose hipertrófica de piloro é designação tradicional, amplamente usada, constitui fato da linguagem médica e, assim, permanecerá em uso, forma preferencial tendo em vista a Lei do Uso. Mas, para autores exigentes, há termos mais acertados, mais exatos, também convenientes à linguagem científica: estenose mio-hipertrófica de piloro, mio-hipertrofia estenótica congênita do piloro, mio-hipertrofia pilórica estenosante congênita, estenose de piloro hipertrófico, hipertrofia pilórica estenosante ou, simplesmente, estenose pilórica ou de piloro. Estenose significa estreitamento (de orifício, de conduto). Hipertrofia é atinente a acréscimo volumétrico. Estenoses podem ser consequência da hipertrofia das paredes de um conduto. As estenoses não têm volume, mas podem ter calibres fino, médio, grosso, podem ser longas, curtas, obstrutivas, semiobstrutivas, parciais, completas –, em rigor científico não poderiam ser hipertróficas. Trofo é elemento de composição que indica nutrição, alimentação. Hipertrofia significa literalmente hiperalimentação; em Medicina, diz-se do órgão muito desenvolvido ou com aumento excessivo (Ferreira, 1999). Não é a estenose que é hipertrófica, mas a camada muscular do piloro; pode-se dizer piloro hipertrófico. São as células musculares que se acham hipertrofiadas, não a estenose. Tal hipertrofia é a causa da estenose. Outras denominações também adequadas: estenose pilórica, estenose pilórica infantil, acalásia do piloro, hipertrofia congênita do piloro (Rey, 2003).

Esterelizar. Correto: esterilizar. Provém de estéril, não de estérel, que não existe no léxico.

Estudo histológico (de peça cirúrgica). Há redundância. Do grego *histós*, tecido, *lógos*, estudo, mais *-ico*, relativo a; *histológico*, como adjetivo, já indica do estudo do tecido. Estudo histológico do tecido equivale a dizer “estudo do estudo do tecido”, o que seria lógico se estudássemos o próprio estudo feito pelo patologista. Melhor dizer: exame histológico, avaliação histológica ou investigação histológica e similares. Ainda melhor: exame histopatológico, isto é, exame com estudo das alterações mórbidas teciduais. Em casos de exame de tecidos sadios (estudos disciplinares, por exemplo), podemos dizer adequadamente – histologia da peça. Fazer histopatologia da peça é expressão completa. Pode parecer picuinha gramatical, mas é inegável que fazer a histopatologia da peça cirúrgica é cientificamente mais exato e, portanto, melhor – que o coloquial “estudo histológico”.

Evidenciar. Verbo desgastado pelo excesso de uso em medicina. Em lugar de evidenciar, pode-se usar outros verbos: mostrar, identificar, patentear, demonstrar, revelar, indicar, expor, comprovar, confirmar, constatar, verificar-se, descobrir, certificar. Ex.: “O exame evidenciou (comprovou) anemia.”. “Evidenciada (constatada) peritonite à laparotomia.”. “À tomografia, evidenciou-se (verificou-se) aumento de partes moles.”.

Evisceração de colostomia. Expressão questionável, visto como o estoma é externo, já está eviscerado. Do grego *stoma*, boca, *colostomia* indica boca do colo. De fato, é o colo que se eviscera. Melhor dizer: evisceração do

colo pela colostomia, ou evisceração cólica transcolostomia ou, como opção, transcolostômica. Também, de modo abrangente, diz-se prolapso ou evisceração intestinal transcolostômica. Eviscerar, no sentido comum, é deslocar uma víscera para fora do corpo. A colostomia é externa, logo não se eviscera. Também se diz prolapso de colostomia, mas, à letra, a expressão indica deslocamento do estoma, em parte ou total, para fora do local de sua fixação cirúrgica, mas, de ordinário, não é o que se quer dizer, pois essa parte, o estoma, está fixa na parede abdominal. Prolapso ou evisceração de colostomia ou de outros estomas (ileostomia, jejunostomia, sigmoidostomia) são expressões consagradas na comunidade médica e sempre serão usadas. Por constituírem fatos da língua, não há como considerá-las erradas. Entretanto, em relatos científicos formais, por amor à disciplina científica e a uma linguagem bem estruturada, pode-se optar pelo uso de expressões mais exatas. Evisceração e prolapso são os termos mais usados entre os médicos em referência a esse problema. Mas há outras opções como extrusão, expulsão, dejeção e mesmo a prosaica expressão saída do cólon. Há outros detalhes: de acordo com a literatura específica, se a saída for apenas de mucosa através da estomia é prolapso, se for toda a parede colônica é procidência. Se houver saída de víscera paralela à estomia, com cobertura de peritônio parietal é hérnia ou eventração; se não tiver cobertura peritoneal, é evisceração, mesmo que esteja abaixo da pele (Prof. A. Petroianu, comunicação pessoal).

Evoluir o paciente. São discutíveis expressões como: “O paciente foi evoluído.”. “Vou evoluir o paciente.”. “Evoluir a dieta.”. Evoluir significa transformar-se, progredir. Até o presente, não há, nos dicionários, evoluir com

o sentido de fazer descrição ou anotações no prontuário sobre o estado de saúde do paciente, como ocorre no jargão médico. Há também “fazer a evolução” do doente com a mesma acepção. No sentido fazer descrição, não se diz “evoluir uma paisagem”, “evoluir uma personagem”, “evoluir uma pintura”, “fazer a evolução de uma viagem”. Parece desvio semântico de uso impróprio e quase exclusivamente notado no jargão médico. Pode-se usar fazer a descrição, fazer as anotações, anotar a evolução (da doença), todas no sentido de descrever o curso da doença no paciente ou dos procedimentos médicos realizados.

Exame normal. Em rigor, exame normal é o que se faz cumprindo-se as boas normas técnicas de um exame, seja clínico, radiológico, laboratorial, anatomopatológico, seja de outra natureza. Em lugar de “paciente com exame clínico normal”, “exame radiográfico normal” ou “exame de urina normal”, “ausculta normal”, podemos, acertadamente, dizer: paciente normal ou sem anormalidades ao exame clínico, sem anormalidades ao exame radiológico (ou com raios X), urina normal ao exame de laboratório, paciente normal à ausculta.

Expressões desgastadas. Bons gramáticos e cultores do bom estilo de linguagem reprimem expressões surradas por denotarem pobreza vocabular. Costumam chamar tais expressões de lugar-comum, péssimo recurso, mau-gosto. São exemplos a serem evitados: arsenal terapêutico, ventilar o assunto, leque de opções, devido a, monstro sagrado, no que tange a, suma importância, em termos de, dar nome aos bois, fugir à regra, sem sombra de dúvidas e semelhantes. A expressão “via crucis”, por exemplo, pelo próprio nome, vê-se que já foi muito usada.

Extender – estender. – Escrever “Lesões estendendo-se no antebraço” ou “Não consegue estender a coxa” é errôneo. Escreve-se: estendendo-se, estender. Por analogia com extensão, esse erro gráfico é enconstrução. Extensão e estender têm a mesma procedência latina: *extensione* e *extendere* (Aurélio, 1999), estes de *tendere*, *estender*, e o prefixo *ex* (Ferreira, 1996). A modificação da pronúncia latina de *ex* (*ecs*) para *es* na língua portuguesa verifica-se em diversos vocábulos: *excusare* > *escusar*, *expaventare* > *espantar*, *extraneu* > *estranho* (Coutinho, 1962, p. 147). A grafia *estender* tem razões históricas. Segundo o professor Odilon Soares Leme, *estender*, com *s*, entrou para o léxico português no século XIII, procedente do latim vulgar *e*, já naquela época, o *x* tornava-se *s* antes de consoante, e a grafia *estender*, com *s*, foi mantida, assim como nas palavras derivadas desse verbo, como *estendível*, *estendedor*, *estendedouro*, *estendal*. Já o substantivo *extensão* foi admitido posteriormente no léxico português procedente de *extensione*, com *x*, forma colhida do latim clássico, que só aparece em dicionário no século XVIII. O *x*, foi mantido também em *extenso*, *extensivo*, *extensível*, *ex-*

tensibilidade (H. Consolaro, www.portaldasletras.com.br, acesso em 28.10.05).

Externo – interno. Em morfologia, nos estudos ou em referências a regiões ou localizações de estruturas orgânicas no corpo, *externo* e *interno* são referências dúbias, portanto defeituosas. Calham bem os termos *medial* e *lateral*. Quando se diz *maléolo interno* e *maléolo externo*, por exemplo, indica-se, à letra, que haja um maléolo fora e outro dentro do membro. Mais adequado dizer *maléolo medial* e *maléolo lateral* de acordo com as configurações corporais em anatomia. O mesmo fato observa-se em referências às mamas ao indicar quadrantes *ífero-externo* e *súpero-externo*, quadrantes *ífero-interno* e *súpero-interno*. Mais adequado dizer: quadrantes *ífero-medial* e *súpero-medial*, *ífero-lateral* e *súpero-lateral* das mamas (Macéia JR, Macéia MM. Considerações a respeito do uso correto da terminologia morfológica em medicina, *Femina* 2004;32(1)Supl:79-80). O mesmo defeito ocorre quando se diz *orifício externo* e *orifício interno* do canal inguinal. Mais adequado dizer, *orifício superficial*, *orifício profundo*.

49.º COBEM

O 49º COBEM (Congresso Brasileiro de Educação Médica) será realizado, em Belo Horizonte (MG), entre 12 e 15 de novembro de 2011, e terá como tema “Educação Médica: o desafio de integrar, humanizar e avaliar”. Cursos e oficinas serão desenvolvidos no dia 11 como atividades pré-congresso. A previsão é que três mil pessoas participem do evento, que também mar-

cará a comemoração do centenário da Faculdade de Medicina da UFMG. A edição anterior tinha sido realizada em Goiânia. As inscrições serão abertas ainda em maio. Informações por e-mail: (cobem2011@medicina.ufmg.br) ou acessando o site da Associação Brasileira de Educação Médica (<http://www.abem-educmed.org.br/cobem2011.php>).

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) 3320-9439
e-mail: heidelberg@onda.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Ratzke
Representante dos médicos residentes: Dr^a Marcela Marach Carpentieri

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: hsalet@terra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Eduardo Frederico Borsarini Felipe
Representante dos Médicos Residentes: a confirmar

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL DO PARANÁ

Avenida Vicente Machado, 1310 - Batel
80420-011 – Curitiba – PR.
Fone: (41) 3016-6622/3017-5208 – Fax(41) 3017-5261
E-mail: coremehcv@cruzvermelhapr.com.br
Coordenador da COREME: Dr. James Skinovsky
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Rodolfo Lara de Macedo

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN

Rua Itaquatiras, 769 – Santo Onofre
85806-300 - Cascavel - PR
Fone: (45) 2101-7000 - Fax: (45) 2101-7005
e-mail: administração@uopecan.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Luis César Bredt
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Fernando Luiz Motter

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

Endereço: Rodovia PR 218 Km 01 – Jd. Universitário
86702-670 – Arapongas - PR
Fone: (43) 3275 0200 - Fax: (43) 3275 0212
E-mail: hospj@uol.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Roberto Frederico Koch
Representante dos Médicos Residentes: a confirmar

HOSPITAL SANTA RITA

Praça Sete de Setembro, 285,
87015-290 - Maringá - PR
Telefones: (44) 3029-7797/3220-6000 - Fax: (44) 3220-6209
E-mail: residencia@hsr.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Alvo Orlando Vizzotto Júnior
Representante dos médicos residentes: Dr. Matheus Jacometo Coelho de Castilho

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI

Rua Pedro Collere, 992, Vila Isabel,
80320-320 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3013-9267 - Fax: (41) 3244-7093
E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br
www.fundacaofcostantini.org.br
Coordenador da COREME: Dr. José Rocha Faria Neto
Representante dos médicos residentes: Dr. Agenor C. Corrêa Neto

HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA

Rua Senador Souza Naves, 648-A - Centro
86010-170 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3356-6000 - Fax: (43) 3322-0433
E-mail: hoftalon@hoftalon.com.br

Coordenador da COREME: Dr^a Érika Hoyama
Representante dos médicos residentes: Dr. Tiago Clivati de Marchi

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 / www.corpoclinicohbj.med.br
Coordenador da COREME: Dr. Carlos Henrique Ferreira Camargo
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: a confirmar

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO

Av. República Argentina, 4650, Novo Mundo
81050-001 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3018-8115 - Fax: (41) 3018-8074
Email: direcao@hospitalnovomundo.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Nelson Ravaglia de Oliveira
Representante dos médicos residentes: Dr. Guilherme Campos Barroso

HOSPITAL DO TRABALHADOR - FUNPAR

Av. República Argentina, 4406, Novo Mundo
81050-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3212-5710 - Fax: (41) 3212-5709
Email: hosptrab@sesa.pr.gov.br
Coordenador da COREME: Dr. Ivan Augusto Collaço
Representante dos médicos residentes: Dra. 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 BRÍGIDA

Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3017-2100/3017-2187 - Fax: (41) 3017-2160
Email: corehmsb@yahoo.com.br, residencia@hmsantabrigida.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Claudio Wiens
Representante dos médicos residentes: Dr^a Marina Nunes Machado

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga
86015-900 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3378-1326 - Fax: (43) 3324-7772
Email: diretoriamedica@aebel.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Adilson Herrera
Representante dos médicos residentes: Dr. José Perandre Neto

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE

Rua Des. Motta, 1070, Rebouças
80250-060 - Curitiba - PR
Telefones: (41) 3310-1202/1203 - Fax: (41) 3225-2291

Email: ensino@hpp.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Antonio Ernesto da Silveira
Representante dos médicos residentes: Drª Cilmaria Cristina Kuwahara

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 - Curitiba - PR
Telefone/Fax: (41) 3240-6639
Email: centrodeestudos@hns.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Cesar Andriguetto
Representante dos médicos residentes: Dr. Lucas Hosken Landi

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Rua Rockefeller, 1450 – Rebouças
80030-130 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558
Email: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Luiz Carlos Sava
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL SÃO LUCAS

Av. João Gualberto, 1946
80030-001 – Curitiba - PR
Telefone: (41) 3013-5910 – Fax: (41) 3013-6610
e-mail: nicepparana@terra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Jorge Rufino Ribas Timi
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Amilton Perotti Júnior

HOSPITAL SÃO VICENTE - FUNEF

Av. Vicente Machado, 401, Centro
80420-010 Curitiba - PR
Telefone: (41) 3111-3175/3111-3009 – Fax: (41) 3111-3019
E-mail: médicos@funef.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Geraldo Alberto Sebben
Representante dos médicos residentes: Dr. Lucas Eduardo Savóia de Oliveira

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) 3326-3752 - Fax: (45) 3326-3752
Email: residenciaoioeste@yahoo.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Allan Cezar Faria Araujo
Representante dos médicos residentes: Dr. Ediberto Yuzo Ueda

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrião
80730-400 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3240-5486 - Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuc@hotmail.com
Coordenador da COREME: Dr. Flamarion dos Santos Batista
Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR

Avenida Robert Koch, 60
86038-350 - Londrina - PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residhu@uel.br
Coordenador da COREME: Drª Denise Akemi Mashima
Representante dos médicos residentes: Dr. Francisco Gonçalves Neves Neto

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: Drª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Representante dos médicos residentes: Dr. Murilo de Almeida Luz

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA

Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 - Londrina - PR
Telefone: (43) 3379-2613 - 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: a confirmar

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

MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO

Rua Rocha Pombo, 1080
83601-350 – Campo Largo – PR
Fone: (41) 2103-2515/2103-2521 – Fax (41) 2103-2503
E-mail: sandraf@hospitalnsdorocio.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Samir Ale Bark
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Thiago de Oliveira Coelho

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA

Praça Rui Barbosa, 694, Centro
80010-030 - Curitiba - PR
Telefone: (41) 3320-3558 - Fax: (41) 3222-1071
E-mail: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Luiz Carlos Sava
Representante dos médicos residentes: a confirmar

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Rua Santos Dumont, 555, Zona 03
87050-100 Maringá - PR
Telefone: (44) 3027-5800 – Fax (44) 3027-5799
E-mail: coreme@santacasamaringa.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira
Representante dos médicos residentes: Drª Natália Campos e Santos

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA

Av. Dr. Francisco Burzio, 774, Centro
84010-200 - Ponta Grossa - PR
Telefone: (42) 3026-8018 – Fax: (42) 3026-8002
E-mail: coreme@scmpg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Rafael P. Rocha
Representante dos médicos residentes: Dr. Peter Schirmer

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ / DPTO. DE MEDICINA

Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá
87080-000 Maringá - PR
Telefones: (44) 3011-9119 – Fax (44) 3011-9423
e-mail: sec-dmd@uem.br
Coordenador da COREME: Dr. Mauro Porcu
Representante dos médicos residentes: Dr. Dangelo Odair Viel

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

Mobilização do dia 7 de abril foi marcada pela intensa participação dos médicos

No Dia Nacional de Paralisação do Atendimento aos Planos de Saúde, médicos de todo País se uniram para protestar por honorários dignos, pelo fim da interferência na autonomia médica e pela valorização do exercício da Medicina. O movimento nacional foi considerado o mais abrangente da história da classe médica. No Paraná, estima-se que mais de 85% dos médicos que atendem planos e seguros de saúde (eles são 11 mil profissionais) tenham suspenso as atividades em 7 de abril, data escolhida por ser o Dia Mundial da Saúde.

Em Curitiba, as atividades concentraram-se na sede da Associação Médica do Paraná. Mil profissionais passaram pelo local durante todo o dia e 400, munidos de faixas, cartazes e vestidos de jalecos brancos, seguiram em passeata com destino à Praça do Japão para protestar. Nas cidades do interior, os médicos também promoveram diversas manifestações como forma de chamar a atenção da população para a baixa remuneração. Dados do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR), da Associação Médica do Paraná (AMP) e do Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná (Simepar), indicam que todos os médicos que atendem planos de saúde paralisaram as atividades em Castro, Ivaiporã, Marechal Cândido Rondon e Francisco Beltrão; 90% em Guarapuava, Foz do Iguaçu e Maringá; 80% em Apucarana, Campo Mourão, Cascavel, Umuarama e Santo Antônio da Platina; e 70% em Cianorte e Ponta Grossa.

Ao final do encontro, em Curitiba, entidades médicas paranaenses, apoiadas por médicos que participaram da programação regionalizada da paralisação, divulgaram manifesto em defesa da classe médica. A carta informa que um economista irá mediar a negociação com as operadoras. De acordo com o Secretário-Geral do CRM-PR e membro da CEHM, Hércio Bertolozzi Soares, as

negociações já tiveram início e alguns encontros ocorreram ainda no mês de abril. A classe médica defende que as diretrizes sejam baseadas nos valores da sexta edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) e na exigência de regularização dos contratos entre operadoras e médicos, conforme preconiza a Resolução Normativa Nº 71/2004 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A íntegra do documento está disponível para consulta no site do CRM-PR (www.crmpr.org.br).

PRÓXIMOS PASSOS

A Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM), constituída pelo CRM-PR, AMP e Simepar, definiu algumas ações que irão guiar os próximos passos do movimento regional. Uma das propostas é determinar um prazo para que as operadoras concedam reajustes periódicos nos valores de todos os procedimentos pagos pelos planos de saúde. Se o prazo não for cumprido, a intenção é que seja realizada paralisação seletiva dos convênios que não se adequarem aos reajustes propostos pela classe médica. Também está sendo estudada a viabilidade de realizar o I Encontro Estadual de Dignidade da Classe Médica.

Em âmbito nacional, a AMB, o CFM e a FENAM irão promover ações no Congresso Brasileiro visando a aprovação de projetos de lei que contemplem a relação entre médicos e planos de saúde. De acordo com o 9.º Boletim Informativo da Comissão de Saúde Suplementar (COMSU), junho é o prazo que encerram as negociações com as empresas operadoras e seguradoras de saúde. Na oportunidade, serão convocadas assembleias médicas regionais para definir as próximas ações baseadas nos resultados obtidos em cada Estado.



Médicos de Curitiba fizeram passeata no Dia Mundial da Saúde, para protestar contra o descaso à atividade médica na área de saúde suplementar. A manifestação ocorreu em todo o Brasil e teve ampla adesão e repercussão no Paraná.



Representantes das entidades médicas fizeram reunião na sede da AMP para elaborar e divulgar a Carta aos Médicos e à Sociedade. À direita, imagens da mobilização em Foz do Iguaçu, que teve adesão de 90% dos médicos à convocação de suspender o atendimento às operadoras de saúde.



Cermepar chama a atenção para calendário letivo de 2012

Em plenária realizada no início de março, integrantes da Comissão Estadual ressaltaram a importância de planejamento dos Programas de Residência Médica.

A Plenária da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado do Paraná (Cermepar), reunida no dia 12 de março, apresentou panorama da Residência Médica no País e no Estado e debateu sobre os principais anseios e conquistas na prática da especialização. Durante a reunião, que ocorreu na sede do Conselho de Medicina em Curitiba, foi ressaltada a importância do planejamento dos Programas de Residência Médica para o início do ano letivo em 2012. Para o neurocirurgião Adriano Keijiro Maeda, que preside a Cermepar, esta é a principal informação a ser divulgada. “No próximo ano, a Residência Médica começa em março, ao invés de fevereiro, e de todos os programas precisam se organizar, pois haverá um intervalo de um mês até a admissão dos novos médicos residentes”, enfatiza.

Dirigentes da Cermepar também destacam a importância dos programas seguirem o regime de 60 horas semanais, incluindo plantão de 24 horas e folga semanal, e de garantirem supervisão aos médicos residentes. “Juntamente com a carga excessiva de atividades, a falta de orientação é a maior queixa por parte dos residentes”, afirma Maeda. O médico ressalta a necessidade de se estabelecer contratos entre as instituições para estágios interinstitucionais e reitera a possibilidade do profes-

sional, a partir do segundo ano de residência (R2), ser transferido para outra instituição e manter-se no mesmo programa de residência. “Neste caso, somente se houver bolsa disponível e aceitação entre os envolvidos”, completa.

Aprovada por unanimidade pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a regulamentação do descanso pós-plantão foi outro ponto abordado no encontro. A partir de agora, o pós-graduando tem direito a seis horas de folga depois de ter realizado um plantão noturno. “A decisão dará segurança não só aos médicos (pois vários estudos científicos demonstram a relação entre a privação do sono e o erro), mas também aos pacientes atendidos”, resume, enfatizando que as Comissões Regionais de Residência Médica (COREMES) devem organizar-se para fazer valer a nova regra.

Os profissionais representantes de instituições hospitalares da Capital e interior que participaram da reunião da Cermepar também falaram a respeito da Medida Provisória n.º 521, de 31 de dezembro de 2010, que estabeleceu o valor da bolsa em R\$ 2.338,06, licença maternidade de 120 dias e paternidade de 5 dias. Os participantes discutiram o fato da legislação reforçar a necessidade de fornecer aos residentes condições adequadas de alimentação, repouso e higiene durante os plantões.

II Congresso de Oncologia do Uopecan

O Hospital do Câncer de Cascavel (Uopecan) realizará de 26 a 28 de maio próximo o seu II Congresso Multiprofissional de Oncologia. Será no Centro de Convenções e Eventos de Cascavel (Av. Rocha Pombo, 987 Pacaembu). A iniciativa tem apoio de várias instituições, incluindo o Con-

selho Regional de Medicina do Paraná, Unioeste, Fehospar, Femipa e CRO-PR. Para saber mais ou inscrições, acessar o site do hospital (<http://www.uopecan.org.br/congresso/>), por e-mail (inscricoes@uopecan.org.br) ou pelo fone (45) 2101-7000 (Ramal 7410).

Residência médica tem ampliação de vagas no Paraná

Na sessão plenária da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) de 16 de fevereiro último, houve deliberação pela criação do programa de residência médica da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais em sete especialidades e credenciamento ou ampliação de programas e vagas no Hospital Universitário Cajuru, Hospital Infantil Pequeno Príncipe e Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (Londrina). Com os credenciamentos e credenciamentos, o Paraná ganha, por enquanto, 49 novas vagas. Na listagem atualizada das instituições com residência no Paraná no sistema CNRM/MEC, o Conselho de Medicina faz retificação ao rol publicado no volume 12, números 3 e 4 da *Revista do Médico Residente*, que por uma falha de edição acabou excluindo o nome do Hospital São Lucas de Curitiba, que inicia o segundo ano de seu programa na área de Cirurgia Vascular e que tem como preceptor o Prof. Dr. Jorge Rufino Ribas Timi.

A Secretaria de São José dos Pinhais/Hospital Municipal obteve o credenciamento provisório para duas vagas em Cirurgia Geral, duas em Clíni-

ca Médica/Medicina Interna, cinco em Ginecologia e Obstetrícia, seis em Medicina da Família e Comunidade, seis em Pediatria, duas em Ortopedia e Traumatologia, e quatro em Psiquiatria. Do total, 22 foram iniciadas. O Hospital Universitário Cajuru teve aumento de vagas de quatro para cinco em Anestesiologia, duas para três em Cirurgia do Trauma, cinco para sete em Clínica Médica e quatro para nove em Geriatria. Foi retirado de pauta o pedido de aumento de 12 para 16 das vagas de Medicina da Família e Comunidade. O Cajuru teve ainda credenciamento provisório de duas vagas em Clínica Médica, para atuação em Medicina de Urgência. O Pequeno Príncipe teve acolhido o pedido de aumento de 10 para 12 vagas em Pediatria e de uma para três em Medicina Intensiva Neonatal. O Universitário de Londrina teve credenciadas duas vagas em Infectologia e três em Neurologia. Também teve autorizado o aumento de seis para oito das vagas em Cirurgia-Geral. No final do ano passado, a Irmandade Santa Casa de Londrina (ISCAL) teve credenciamento de seis vagas em Cirurgia Geral.

Primeira turma de Residência em São José dos Pinhais

A aula inaugural de implantação da Residência Médica em São José dos Pinhais foi realizada na noite de 30 de março na Câmara de Vereadores do município. Foi palestrante o Prof. Dr. Luiz Carlos Sobânia, ex-presidente do CRM-PR e ex-secretário Estadual de Saúde. Ele relatou experiências de sua prática de 50 anos como médico e também como professor e ressaltou a necessidade de um atendimento mais humanizado aos pacientes. “A Escola de Medicina só é válida se estiver envolvida com a sociedade”, destacou. O evento foi prestigiado por autoridades locais, incluindo o secretário municipal de saúde, Dr. Armando Raggio, também ex-

secretário estadual, e o Prof. Adolfo Oscar Bareiro, Coordenador do PRM da Secretaria Municipal de Saúde, para quem a implantação da especialização tem como uma das metas tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino e aprendizado. Após seleção e credenciamento pelo MS, o município recebeu incentivo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para a abertura de 30 vagas nas especialidades de Clínica Médica, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Clínica Cirúrgica, além de Medicina na Família e Medicina da Comunidade. A primeira turma, contudo, está constituída de 22 alunos.

MP dos residentes: relatora quer garantir mais direitos aos médicos

No dia 13 de abril último, representantes da Comissão Nacional de Residência Médica e da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) reuniram-se com a deputada Jandira Feghali (PcdoB/RJ), relatora da Medida Provisória 521/2010, que dispõe sobre as atividades dos médicos residentes. A parlamentar é sensível às reivindicações para adequações na MP, que prevê um aumento na bolsa auxílio dos residentes para R\$ 2.388,06 brutos, por um regime de 60 horas semanais. A medida, no entanto, põe em risco o direito à moradia.

Na reunião, ocorrida em Brasília, a deputada destacou que é preciso garantir também no texto da MP uma data-base e a previsibilidade de reajustes anuais. “A residência médica precisa ser valorizada no Brasil. Eu sei da importância desse tema para o usuário, para o SUS, para o mercado de trabalho e, principalmente, para a qualidade de atendimento ao paciente. Espero que eu consiga, com esta MP, estabelecer uma política permanente de remuneração, garantir condições de trabalho, alimentação e moradia aos médicos”, assinalou.

MORADIA

Jandira Feghali afirmou aos dirigentes que irá procurar os ministros da Educação e da



No encontro com representantes das entidades médicas e residentes, a deputada Jandira Feghali fez a previsão de entregar seu relatório em maio. O prazo de votação da MP nas duas casas de leis termina em 1.º de junho.

Saúde e outros gestores públicos para balizar seus argumentos sobre a importância da moradia aos residentes. “Vamos buscar os governos, gestores estaduais e municipais, sempre em parceria com as entidades médicas, para que consigamos dar um avanço e uma estabilidade a essa qualificação que pode fornecer especialistas para as necessidades epidemiológicas do Brasil”, finalizou.

A deputada pretende emitir seu relatório até maio. Depois disso, a MP segue para análise do Senado. O prazo de votação da MP nas duas casas termina no dia 1.º de junho.

Comissão garante pagamento das bolsas

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) anunciou no primeiro semestre deste ano que vai garantir o pagamento do reajuste de 22% nas bolsas dos médicos que ainda não tinham recebido. A Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) repassou ao Ministério da Educação uma lista com cerca de 80 instituições, de diversos

Estados, denunciadas pelo atraso no cumprimento do acordo grevista. A notícia é fruto das reuniões ocorridas no primeiro semestre, nas quais marcou presença o presidente da ANMR, Victor Lima. De acordo com ele, a situação deve ser regularizada de forma retroativa. “Se o problema não for corrigido, cabe denúncia formal à CNRM”, avisa.

AUTHOR INDEX FOR VOLUME 12 / 2010
ÍNDICE DE AUTORES DO VOLUME 12/2010

A

Almeida, Caroline de, n.3, 143
Alves, Elaine, n.1, 50;
Amorim, Carlos Roberto, n.3, 137
Amorim, Flávia Nunes, n.1, 22
Assumpção, Rosângela Aparecida Botinha, n.3, 124
Azevedo, Valderílio Feijó, n.3, 130

B

Bacelar, Simônides, n.1, 50;
Baratto Filho, Flares, n.1, 10
Battaglin, Felipe Schuster, n.3, 118
Binda, Carla Christiane, n.2, 67
Bresolin, Adriana Chassot, n.3, 143

C

Campos, Ana Paula B., n.2, 94
Campos, Eurico Cleto Ribeiro de, n.1, 31
Campos, Janaina Menezes, n.2, 94
Canalli, Aline Belanda, n.2, 79
Carneiro, Maria Cecília Beltrame, n.2, 66
Carvalho, José Carlos Mesquita, n.1, 10
Celinski, Bruno Francioli, n.2, 79
Costa, Guilherme P. Cesar, n.1, 45
Cristovam, Marcos Antônio da Silva, n.3, 143

D

Dias, Reinaldo de Brito e, n.1, 10

F

Faller, Ana Paula Cavalari, n.3, 143
Favretto, Luis Gustavo, n.3, 130
Ferreira Júnior, Mirayr, n.3, 137
Fin, Fabio, n.1, 31
Francisco Neto, Arthur, n.1, 45
Franzin, Ricardo, n.2, 100
Fukuda, Carla Tamy, n.3, 111

G

Galvão, Carmem Cecília, n.1, 50;
Gama, Ricardo Ribeiro, n.1, 31
Gatelli, Charles Nilton, n.3, 139
Gatelli, Renata Bruna Garcia dos Santos, n.3, 139
Gobbato, Alysso Guilherme, n.2, 79

H

Henriques, Gilberto Simeone, n.1, 22; n.2, 67
Hirabara, Beatriz Pacheco, n.2, 79

L

Lazaretti, Nicolas S., n.3, 139
Leão, Alessandro Schieri, n.2, 79
Lima, Carlos Vital Tavares Correa, n.2, 98; n.3, 134

Linzmayr, Joana Veras, n.2, 94
Lopes, Carla Vanessa Alves, n.2, 67

M

Martins, Eduardo Fernandes Monteiro, n.2, 85
Miranda, Elísio Meirelles de, n.3, 137
Moraes, Letícia Guitti, n.1, 35
Monteiro, Márcia Regina Pereira, n.1, 22
Moreira Júnior, Nívio Lemos, n.1, 5

N

Nakashima, Carlos Alberto Kenji, n.3, 143
Nassif, Antonio Celso Nunes, n.2, 65
Negretti, Fábio, n.3, 143

O

Outi, Daniel Nishiura Enzo, n.3, 118

P

Pavesi, Morgana Margotto, n.1, 22
Pereira, Simone Cardoso Lisboa, n.1, 22
Peres, Luís Alberto Batista, n.2, 79; n.3, 124
Piva, Aline Kelly de Cezaro, n.2, 79
Porcu, Mauro, n.2, 100
Possebom, Henrique Malaquias, n.2, 94

R

Ribeiro, Arlene Vanzella, n.2, 79
Rodrigues, Jean César Paresoto, n.3, 137

S

Santos, Anelyse Bozzo Silva dos, n.2, 79
Santos Júnior, Marcos de Almeida, n.3, 130
Sato, Carolina Mie, n.2, 79
Schlittler, Luis Alberto, n.3, 139
Silva, Alcino Lázaro da, n.3, 109
Silva, Mariana Mendes Ferreira da, n.2, 85
Simeone, Maria Lúcia Ferreira, n.2, 67
Simões, Fabiano Geronasso, n.1, 10
Simões, João Carlos, n.1, 4, 31; n.2, 64, 85; n.3, 108, 118
Simões, Jonathan, n.1, 31
Skare, Thelma Larocca, n.1, 45; n.2, 94; n.3, 111

T

Takarada, Gustavo Henrique, n.3, 111
Tanaka, Tomaz Massayuki, n.2, 79
Tubino, Paulo, n.1, 50;
Tibúrzio, Nicolás Biagione, n.3, 137

U

Uchimura, Liza Yurie Teruya, n.2, 66

V

Villaroel, Rodrigo Ughini, n.3, 139

SUBJECT INDEX TO VOLUME 12/2010 ÍNDICE DE ASSUNTOS DO VOLUME 12/2010

A

Abdominal Wall, n.2, 85
Aderências, n.3, 118
Adrenal Cortex Hormones, n.3, 118
Agregado de Trióxido Mineral (ATM), n.1,10
Alimentos funcionais, n.1, 22
Amido Resistente e Prebióticos, n.1, 22
Anatomia patológica, n.3, 137
Anatomo Pathologic, n.3, 137
Anticorpos monoclonais, n.3, 130
Ankylosing Spondylitis, n.3, 130
Artrite Psoriásica, n.3, 130
Artrite Reumatóide, n.3, 130

B

Biocompatible, n.1,10
Biocompatibility, n.1,10
Breadfruit, n.1, 22

C

Cães, n.1, 31
Cálcio, n.1, 45
Calcium, n.1, 45
Cancer, n.1, 35
Children, n.3, 124
Cicatrização, n.2, 85
Cimento Portland (CP), n.1,10
Cirurgia Geral, n.2, 79
Código de Ética Médica, n.2, 98
Conjoined, n.3, 143
Convulsões, n.1, 45
Convulsions, n.1, 45
Corticóides Tópicos, n.3, 118
Crianças, n.3, 124
Criopreservação, n.1, 35
Cryopreservation, n.1, 35
Cuidados Paliativos, n.3, 134

D

Dental Cements, n.1,10
Diabetes Mellitus, n.2, 67
Diafragma, n.1, 31
Diaphragm, n.1, 31
Dicéfalos, n.3, 143
Dicephalous, n.3, 143
Distúrbios hidroeletrólíticos, n.2, 79
Doença de Paget extramamária, n.3, 137
Doenças Reumáticas, n.2, 94
Dogs, n.1, 31

E

Embrião, n.1, 35
Embryo, n.1, 35
Enteral Nutrition, n.2, 67
Escolas Médicas, n.2, 65, 66
Esophageal Perforation, n.1, 31
Espondilite Anquilosante, n.3, 130
Experimental Nutrition, n.2, 67
Extramammary Paget's Disease, n.3, 137

F

Fertility Preservation, n.1, 35
Fibromialgia, n.3, 111
Fibromyalgia, n.3, 111
Flap, n.2, 85
Fruta-pão, n.1, 22
Functional foods, n.1, 22

G

Gemelares, n.3, 143
Gêmeos Unidos, n.3, 143
General Surgery, n.2, 79
Glycemic Index, n.2, 67
GnRH, n.1, 35
Golimumab, n.3, 130
Golimumabe, n.3, 130

H

Healing, n.2, 85
Hippocratic Oath, n.1, 4

I

Índice Glicêmico, n.2, 67
Indiferenciado, n.3, 139
Insuficiência Renal Aguda, n.2, 79
Intestino Delgado, n.2, 85
Itching, n.3, 137

J

Juramento Hipocrático, n.1, 4

M

Materiais Biocompatíveis, n.1, 10
Medical Ethics Code, n.2, 98
Medical Secrecy, n.2, 98
Medição da Dor, n.3, 111
Mineral Trioxide Aggregate (MTA), n.1,10
Monoclonal Antibodies, n.3, 130

N

Nephrotic syndrome, n.3, 124
Nutrição Enteral, n.2, 67
Nutrição Experimental, n.2, 67

O

Oócito, n.1, 35

Oocyte, n.1, 35

P

Pain Measurement, n.3, 111

Paliative Care, n.3, 134

Parede Abdominal, n.2, 85

Perfuração Esofagiana, n.1, 31

Perianal, n.3, 137

Portland Cement (PC), n.1,10

Preservação da Fertilidade, n.1, 35

Prevenção, n.3, 118

Prevention, n.3, 118

Prurido, n.3, 137

Psoriatic Arthritis, n.3, 130

Psychotic Disorders, n.2, 100

Pseudohipoparatiroidismo, n.1, 45

Pseudo hypoparathyroidism, n.1, 45

Psychiatry Symptoms, n.2, 100

Q

Qualidade de Vida, n.2, 94; n.3, 111

Quality of Life, n.2, 94; n.3, 111

R

Ratos, n.3, 118

Rats, n.3, 118

Renal Insufficiency, n.2, 79

Residência Médica, n.1, 5; n.2, 64, 66; n.3, 108, 109

Residency, n.1, 5; n.2, 64, 66; n.3, 108, 109

Resistant Starch and Prebiotic, n.1, 22

Restless Legs Syndrome, n.2, 94

Retalho, n.2, 85

Retalhos Cirúrgicos, n.1, 31

Retroperitônio, n.3, 139

Retroperitoneum, n.3, 139

Rheumatic Diseases, n.2, 94

Rheumatoid Arthritis, n.3, 130

S

Sarcoma, n.3, 139

Schools Medical, n.2, 65, 66

Sigilo Médico, n.2, 98

Síndrome das Pernas Inquietas, n.2, 94

Síndrome de Wolfram, n.2, 100

Síndrome nefrótica, n.3, 124

Sintomas Psíquicos, n.2, 100

Small Intestine, n.2, 85

Surgical Flaps, n.1, 31

Suturas, n.1, 31

Sutures, n.1, 31

T

Teratópagos, n.3, 143

Teratophagus, n.3, 143

Tissue Adhesions, n.3, 118

TNF-alfa, n.3, 130

TNF-alpha, n.3, 130

Transtornos Psicóticos, n.2, 100

Twins, n.3, 143

U

Undifferentiated, n.3, 139

W

Water-Electrolyte Imbalance, n.2, 79

Wolfram Syndrome, n.2, 100



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

www.crmpr.org.br