

# 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 do S. 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:**

Bernardho Anthonio Lopes Paggi  
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. Projeto gráfico de Ladmír Salvalaggio Junior e imagem de Vivian Belinelli.

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.3 (jul./set. 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

- 163 **Uma contribuição pessoal e reflexões críticas sobre Residência Médica e Especialização**  
*A personal contribution and critical reflexions about medical residency and especialization*  
João Carlos Simões
- 165 **A angústia da ambiguidade do Médico Residente**  
*Medical residency: The affliction of ambiguity*  
José Humberto Soares

### Artigo Original - Original Article

- 167 **Caracterização epidemiológica da enxaqueca e sua relação com manifestações alérgicas**  
*Epidemiological characterization of migraine and its relationship with allergic episodes*  
Luiz Ronaldo Alberti, Giselle Lelis Burgarelli, Karla Matos Oliveira Mendes, Andy Petroianu
- 175 **Avaliação da hemostasia do parênquima hepático utilizando eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína ou loção de glicerina em ratos Wistar**  
*Liver parenchyma hemostasis evaluation using electrocautery greased with lidocaine gel or glycerin lotion in Wistar rats*  
João Carlos Simões, Douglas Jun Kamei, Fábio Marchini Raimundo dos Santos, Juan Marcelo Fernandez Alcalá, Tiago José da Rocha
- 184 **FIQ Score em pacientes fibromiálgicos com e sem espondilite anquilosante: análise comparativa**  
*FIQ Score in patients with fibromyalgia and without ankylosing spondylitis: comparative analysis*  
Valderílio Feijó Azevedo, Eduardo dos Santos Paiva, Luis Gustavo Favretto, Denise Magalhães Machado, Lúcio Ricardo Hiurko Felipe, Fernanda Scussel, Juliane Bertoni Ferraz, William Abreu Soares, Lumy Carolina Yagueshita

### Artigo de Revisão - Review Article

- 192 **Residência Médica X Especialização**  
*Medical Residency X Especialization*  
Renato Passini Júnior

### Artigo Especial - Special Article

- 200 **A arte de ouvir o paciente**  
*The art of listening to the patient.*  
Leticia Cezar Araújo, Leonardo Brancia Pagnan, Leonardo Rivabem Zanetti, João Carlos Simões

### Relato de Caso - Case Report

- 206 **Glomerulonefrite aguda pós-infecçiosa: relato de caso**  
*Acute post-infectious glomerulonephritis: case report*  
Cristine Secco Rosário, Paulo Ramos David João

### Expressões médicas - Medical expression

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

### Museu da História da Medicina - History of Medicine Museum

- 220 **Primeira Médica do Paraná e Primeira Catedrática**  
*First female doctor in Parana and first female full professor.*  
Ehrenfried Othmar Wittig



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 (PUCPR) - 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](mailto:drjcs@uol.com.br) ou [revistadoresidente@crmpr.org.br](mailto: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, consoante 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](http://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, validade 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](http://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](http://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>.

## Uma contribuição pessoal e reflexões críticas sobre Residência Médica e Especialização

*A personal contribution and critical reflexions about medical residency and specialization*

João Carlos Simões<sup>1</sup>

*“Aprender a aprender é mais fundamental que a simples transmissão de conhecimento que como sabemos está em constante transformação. Sabemos, também, de longa data que o saber racional não modifica sentimentos nem certas maneiras de ser e reagir, em nenhuma pessoa.” (DE MARCO)*

Tenho nítida convicção que só o debate e a reflexão crítica são capazes de aperfeiçoar a qualidade do ser humano e das Instituições.

**A residência médica é apoiada em pilares históricos: em 1889, no John’s Hopkins Hospital, surgiram os primeiros programas coordenados por Halsted e Osler nas áreas de Cirurgia e Clínica Médica, respectivamente.**

Em 1945, foi implantado o primeiro programa de residência médica em Ortopedia no Hospital das Clínicas da USP. No Instituto de Previdência e Assistência do Servidor do Estado do Rio de Janeiro (IPASE), em 1948, foram criados programas em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Obstetrícia/Ginecologia.

Em 1977, foi instituída a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) no Ministério da Educação para fixar leis e diretrizes deste marco educacional para o Brasil.

A residência médica é reconhecida como uma modalidade de pós-graduação, considerada como curso ideal e incontestável para a formação de especialistas de qualidade para contribuir com a saúde da população.

Para a grande maioria dos docentes, é a mais

perfeita modalidade de aperfeiçoamento de especialização em Medicina, imprimindo na formação inicial dos docentes e pesquisadores os mais elevados padrões de excelência.

Tem exercido papel fundamental na organização e qualificação da assistência à saúde dentro das instituições em que foi implantada.

**O alto nível de formação médica é pautado pela participação na residência médica, de tal modo que se torna difícil encontrar hospitais de maior porte prestando atendimento de bom padrão que não tenham Programas de Residência Médica.**

Atualmente, após a conclusão do curso de graduação, os egressos de escolas de Medicina procuram ingressar em programas de RM de acordo com a especialidade pretendida, o que nem sempre é possível devido à forte concorrência.

Alguns são aprovados e iniciam o seu treinamento, outros ingressam em cursos de especialização e uma parcela procura estágios na especialidade escolhida. Um outro grupo é absorvido pelo mercado de trabalho logo após a conclusão do curso de graduação em Medicina.

1. Editor Científico da Revista do Médico Residente

## CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Os cursos de especialização encontram-se regulamentados pela Resolução CNE nº 01/01, que determina a carga horária mínima de 360 horas, Porém, não é definida carga horária máxima. A frequência de, no mínimo, 75% às atividades programadas; e o corpo docente constituído de, pelo menos, 50% de professores portadores de título de mestre ou doutor obtido em programas reconhecidos pela Coordenação de Pessoal de Ensino Superior (CAPES).

É exigido trabalho de conclusão de curso ou monografia, para aprovação final do aluno.

A maioria dos programas de especialização não oferece um programa de competências que deva ser cumprido pelo especializando, nem a sua carga horária. A grande maioria dos programas de especialização não tem regimento claro que defina como deve ser feito o concurso para a entrada deste profissional, nem o tempo que deve permanecer no Serviço.

Em alguns programas, os especializandos pagam por esta modalidade – alguns para a Instituição com contra-recibo. Alguns pagam para o Serviço, em nome de uma pessoa física. Se pagam por isso, caracterizaria vínculo empregatício? Outros nada pagam...

A residência médica tem 2.880 horas anuais e avaliações trimestrais e outras preconizadas para cada especialidade na resolução 02/2006. A residência médica, por lei, outorga ao final do curso título de especialista reconhecido pelo MEC. Em alguns cursos, o especializando cumpre a mesma carga horária e jornada do médico residente.

## A AVALIAÇÃO

Na avaliação periódica do médico residente são utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades, além de outros critérios para que seja aprovado em cada ano, regulamentados no regimento de cada Comissão de Residência Médica (COREME) da Instituição, sendo a avaliação lançada no histórico de cada médico residente.

E para o especializando, quais os critérios de avaliação e de competências definidas, em regimento próprio, que deve ser entregue todo início do curso, além do TCC final obrigatório? Quando será reprovado? Ou como será aprovado? Quantas instituições exigem e apresentam este TCC final? Como é feita esta apresentação: oficial? Extraoficial? Só no papel? Apresentação formal perante uma banca?

**A residência é avaliada de cinco em cinco anos pela CNRM. E o curso de especialização quem avalia? Como a Instituição avalia quem está indo o curso de especialização? Existe uma avaliação dos egressos?**

Os programas de residência médica devem cumprir as competências exaradas na resolução 02/2006, de acordo com a sua área de especialidade, e todos os preceptores devem ter conhecimento absoluto desta resolução. Ou seja, a Instituição que pretenda ter residência médica e cursos de especialização de alto nível deve ter todos os seus fundamentos juridicamente embasados e regimentos sólidos, com definição do seu corpo docente bem definidos, além de um acompanhamento e avaliação da qualidade dos seus programas e de seus egressos.

## A angústia da ambiguidade do Médico Residente

*Medical residency: The affliction of ambiguity*

*José Humberto Soares<sup>1</sup>*

Afinal, o médico residente é estudante ou trabalhador?

O Decreto 80.281, de 5 de setembro de 1977, define a Residência Médica como a “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, funcionado sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.”

Essa definição pode parecer estranha para muitos médicos residentes que não conseguem identificar nela o dia a dia de suas atividades. Alguns identificam apenas a palavra serviço como ponto comum entre a lei e a prática.

Talvez esse seja o principal ponto que inflama médicos residentes em busca de uma melhor remuneração pelo seu serviço e dedicação.

Não se fala apenas de remuneração financeira. Essa é apenas uma delas.

O dicionário Aurélio define remuneração como “recompensa, prêmio. Gratificação em pagamento de serviço prestado”.

O médico residente está em busca do prêmio, da recompensa. Está em busca da remuneração – financeira e acadêmica – pela sua dedicação.

Esse, talvez, tenha sido o ponto menos compreendido do movimento nacional de paralisação dos médicos residentes deflagrados no segundo semestre de 2010. O aumento da bolsa era o objetivo secundário do movimento. A melhoria da Residência Médica – essa sim – era, e ainda é, o ponto principal.

Não é preciso muito esforço mental para perceber que 22% de aumento da bolsa ou até mesmo os 38,7% propostos – não transformam financeiramente a vida do médico residente, que necessita pagar aluguel, transporte, alimentação e os demais gastos mensais. Pensar que os 40 dias de paralisação em todo o território nacional, dezenas de manifestações por todo o Brasil e todas as intermináveis horas de negociações políticas tinham como objetivo principal o aumento da bolsa é um equívoco que beira a inocência.

O médico residente, como claramente definido em decreto, é um pós-graduando em um curso de especialização com treinamento em serviço supervisionado. Não é um empregado. Dessa forma, não luta por melhores salários. Luta pela recompensa, prêmio. Gratificação em pagamento de serviço prestado.

Sedento pelo aprender como é, o médico residente confunde muitas vezes um excesso

1. Diretor da Associação dos Médicos Residentes de Associação Mineira dos Médicos Residentes (AMIMER).

de carga horária semanal com maior oportunidade de aprendizado.

É preciso ter cuidado: 80 ou 100 horas semanais de serviço sem supervisão ou orientação nunca serão melhores que as 60 horas preconizadas com o acompanhamento de profissionais de elevada qualificação ética e profissional – carinhosamente chamados de Mestres ou Preceptores.

O perigo é maior quando gestores ou preceptores confundem a produção gerada pelo serviço do aprendiz com uma oportunidade de reduzir os custos com mão de obra, forçando uma carga horária inflada e, muitas vezes, sem orientação e supervisão.

Não percebem – ou não se importam – que o médico residente, como pós-graduando que é, necessita de tempo para estudar. Necessi-

ta de orientação de profissionais qualificados. Necessita de acesso a tudo que é essencial à sua formação, como estágios obrigatórios e carga horária teórica.

Ao lutar pelo aumento da bolsa, o próprio médico residente torna-se cúmplice do tratamento que recebe das suas instituições: um simples trabalhador que deve cumprir horários e gerar produção.

A remuneração financeira deve ser capaz de suprir as necessidades básicas mensais do médico residente e, claramente, ela está longe de cumprir o seu papel. Mas é necessário demandar atenção para a qualidade da especialização oferecida, para que a tentativa de evitar apenas o furo no bolso não acabe por permitir uma má formação profissional e um rombo de conhecimento.

## Caracterização epidemiológica da enxaqueca e sua relação com manifestações alérgicas

*Epidemiological characterization of migraine and its relationship with allergic episodes*

Luiz Ronaldo Alberti<sup>1</sup>  
Giselle Lelis Burgarelli<sup>2</sup>  
Karla Matos Oliveira Mendes<sup>2</sup>  
Andy Petroianu<sup>3</sup>

### RESUMO

**OBJETIVO:** Verificar a existência de associação entre enxaqueca e manifestações alérgicas.

**MÉTODOS:** Este estudo retrospectivo, do tipo caso-controle, foi conduzido por meio de entrevistas com 200 pacientes consecutivos aleatórios, com idades entre 25 e 59 anos, de ambos os sexos, distribuídos em dois grupos: *Grupo 1* (n = 100): pessoas sem relato de enxaqueca; e *Grupo 2* (n = 100): pessoas com relato de enxaqueca. Os entrevistados foram identificados de acordo com a idade, sexo e cor de pele, a existência de alergia e suas características. O diagnóstico de enxaqueca foi confirmado por médico especialista. Os pacientes tiveram seu quadro clínico classificado conforme o *Headache Classification Subcommittee of International Headache Society* e foram investigados sobre alergia. Foram excluídos os casos que não preencheram os critérios deste trabalho e quando houve dúvida em relação às respostas. Foram utilizados os testes t de Student, qui-quadrado e exato de Fisher para avaliação dos resultados. Calculou-se também o odds ratio e o intervalo de confiança. A significância foi considerada para  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Houve maior incidência de enxaqueca em mulheres e em pessoas melanodérmicas. Os pacientes com enxaqueca apresentaram maior incidência de alergia quando comparados ao grupo controle ( $p = 0,000001$ ). Crise alérgica de via respiratória teve relação com o início da enxaqueca ( $p = 0,000004$ ).

**CONCLUSÃO:** De acordo com o presente estudo, as mulheres apresentam enxaqueca com maior

**Trabalho realizado no Núcleo de Pós-graduação da Santa Casa de Belo Horizonte/Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG.**

1. Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da UFMG; Docente Pesquisador da Santa Casa de BH; Cirurgião Geral e Pediátrico; Gastroenterologista; Mestre e Doutor em Cirurgia pela UFMG; Membro Titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia e da SOBED; Pesquisador 2 do CNPq.

2. Médicas.

3. Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina (UFMG); Docente Livre em Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP); Docente Livre em Cirurgia da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP); Doutor em Fisiologia e Farmacologia (ICB, UFMG); Pesquisador IA do CNPq.

frequência que os homens e há relação entre manifestações alérgicas e enxaqueca.

**DESCRITORES:** *Enxaqueca sem aura; Cefaleia; Hipersensibilidade, pele*

*Alberti LR, Burgarelli GL, Mendes KMO, Petroianu A. Caracterização epidemiológica da enxaqueca e sua relação com manifestações alérgicas. Rev. Med. Res. 2011; 13 (3): 167-174.*

## INTRODUÇÃO

Enxaqueca é a segunda cefaleia primária mais comum, após a cefaleia tensional, com prevalência de cerca de 15% na população feminina, e cerca de 5% em homens<sup>(1,2)</sup>. Ela ocorre principalmente na faixa etária entre 25 e 45 anos<sup>(2)</sup>.

Essa afecção caracteriza-se por cefaleia crônica, que se manifesta com episódios que duram de quatro a 72 horas. Ela é de localização unilateral, pulsátil, de intensidade moderada ou grande e piora com atividade física. Associa-se a náuseas, vômitos, foto e fonofobia. Em 15% dos casos, é precedida de sintomas neurológicos focais reversíveis (aura), que evoluem gradualmente em cinco a 20 minutos, com resolução em até 60 minutos<sup>(2,3)</sup>. Alguns sintomas premonitórios (pródromos) precedem esse quadro em um período que varia entre poucas horas e dois dias. Esses pródromos caracterizam-se por hiperatividade, depressão psíquica, retenção hídrica, irritabilidade, bocejos repetidos, dificuldade de memória, desejos por determinados alimentos, sonolência, entre outros<sup>(2-4)</sup>.

Os indivíduos que produzem níveis elevados de IgE em resposta a antígenos ambientais e que apresentam resposta de hipersensibilidade intensa são classificados como alérgicos. As pessoas normais geralmente sintetizam outros isotipos de imunoglobulinas, tais como IgM e IgG, e apenas pequenas quantidades de IgE. A alergia é o distúrbio mais comum do sistema imunitário e afeta cerca de 20% da população dos Estados Unidos, podendo assumir diferentes

formas, como rinite, asma, urticária e eczema<sup>(5-9)</sup>.

Manifestações alérgicas decorrem de resposta exacerbada do sistema imune a substâncias antigênicas<sup>(10)</sup>. Estudos recentes sugerem que células T CD4+ atuam regulando a atividade de outros linfócitos e limitando sua agressividade<sup>(11)</sup>. Portanto, a alergia pode ser parcialmente decorrente de insuficiência funcional desses linfócitos controladores<sup>(12-14)</sup>.

De acordo com diversos autores há uma possível associação entre enxaqueca e desordens alérgicas ou de hipersensibilidade<sup>(15-27)</sup>. Trabalhos epidemiológicos e clínicos mostraram que crianças com enxaqueca ou com história familiar de enxaqueca são mais acometidas por desordens atópicas<sup>(15,26,28,29)</sup>. Entretanto, o processo fisiopatológico envolvido na relação entre alergia e enxaqueca continua controverso<sup>(15,25,30)</sup>.

Há relatos de alterações de imunoglobulinas, fatores do complemento, mediadores celulares, citocinas e células inflamatórias durante as crises de enxaqueca, sugerindo a influência de mecanismos imunológicos<sup>(30,31)</sup>. Uma das hipóteses especuladas é a ligação genética entre esses dois distúrbios, e propõe que tanto a enxaqueca quanto a asma estão associadas a um HLA específico<sup>(32-40)</sup>.

Os altos níveis de IgE, frequentemente encontrados em pacientes atópicos, fazem parte do mecanismo de liberação da histamina<sup>(30,41)</sup>, com conseqüentes manifestações alérgicas.<sup>(30,31)</sup> Nos pacientes com enxaqueca, também ocorre elevação de histamina no plasma, na urina

e no líquor.<sup>(30,42,43)</sup> Antagonistas da histamina no receptor H1, como a mepiramina, podem abolir ou adiar ataques de enxaqueca. Esses fatos fortalecem ainda mais as evidências do possível papel da histamina na fisiopatologia da enxaqueca<sup>(30,44,45)</sup>. Um mecanismo que poderia estabelecer a associação entre enxaqueca e manifestações alérgicas seria a comprovação da influência de neuropeptídeos em mastócitos especiais, que provocam a liberação de histamina<sup>46</sup> semelhante a efeitos da IgE em mastócitos locais<sup>(30,47)</sup>.

Recentes observações clínicas e experimentais sugerem que eventos neurofisiológicos endógenos no neocórtex promovem a liberação de substâncias nociceptivas, que podem ativar fibras não-mielinizadas, assim como sensibilizar neurônios aferentes perivasculares, como os trigeminovasculares, para mediadores transportados pela circulação sanguínea<sup>(2)</sup>.

O mecanismo da enxaqueca pode ser dividido em três fases. A primeira é a geração de um estímulo nervoso no tronco cerebral. A segunda pode ser considerada como ativação vasomotora, durante a qual artérias intra ou extracranianas podem contrair-se ou dilatar-se. Na terceira fase, células do núcleo caudal do trigêmeo liberam neuropeptídeos vasoativos em fibras trigeminovasculares, o que possivelmente explica o edema dos tecidos moles e a sensibilidade à dor dos vasos sanguíneos durante os ataques de enxaqueca. A ativação de qualquer uma das três fases é suficiente para a produção de enxaqueca<sup>(48)</sup>.

O mecanismo vasogênico da enxaqueca tem por base a vasoconstrição intracraniana e desencadeia os sintomas da aura. A cefaleia resulta da dilatação de rebote e da distensão dos vasos cranianos, bem como da ativação dos axônios nociceptivos perivasculares<sup>(2)</sup>. Deste

modo, a histamina também provoca dor por ser um potente vasodilatador<sup>(30,49)</sup>.

Os níveis de histamina em pacientes com enxaqueca são mais elevados, tanto durante as crises, nas quais os valores desse mediador estão ainda mais elevados, quanto nos períodos de remissão dos sintomas, indicando que há sensibilidade maior à histamina em condições alérgicas<sup>(30)</sup>. É provável que a incidência de enxaqueca seja maior durante os episódios de alergia<sup>(25,30)</sup>. Tais evidências sugerem que os portadores de enxaqueca apresentam fatores adicionais que afetam a produção de IgE<sup>(30)</sup>. O aumento dessa opsonina em pacientes alérgicos pode indicar maior sensibilidade de seu sistema imune<sup>(30)</sup>.

Com base nos estudos da literatura e a persistência da dúvida relativa à ocorrência de enxaqueca em pessoas alérgicas, o objetivo deste estudo foi verificar a existência de associação entre enxaqueca e manifestações alérgicas.

## MÉTODOS

A presente pesquisa foi realizada de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque e da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG.

Este estudo foi conduzido por meio de entrevistas, após consentimento informado, com 200 pacientes consecutivos dos ambulatórios do Hospital das Clínicas da UFMG, que foram aleatoriamente incluídos pelos autores nesta pesquisa. A veracidade dos dados foi estimulada pela garantia de sigilo quanto à identificação dos entrevistados.

O trabalho foi realizado com voluntários adultos de ambos os sexos, distribuídos em dois grupos:

*Grupo 1 (n = 100)*: pessoas consecutivas que relataram nunca terem tido enxaqueca.

*Grupo 2 (n = 100)*: pessoas consecutivas que afirmaram terem crises de enxaqueca.

Todos os entrevistados foram identificados de acordo com a idade, sexo e cor de pele (leucodérmicas, feodérmicas, melanodérmicas) e responderam a um questionário com o objetivo de verificar a existência de alergia e estabelecer suas características (vias aéreas, dermatológica, atopia).

Os pacientes que possuíam diagnóstico prévio de enxaqueca, confirmado por médico neurologista que descartou outras causas de cefaleia, foram submetidos a exame neurológico completo. Esse quadro clínico foi classificado pelo neurologista conforme *Headache Classification Subcommittee of International Headache Society*. A avaliação neurológica foi confirmada em prontuário médico, por diversos médicos que tiveram acesso aos pacientes. De posse do exame neurológico prévio, os autores deste trabalho investigaram em cada paciente a sua relação com os episódios de enxaqueca.

Avaliou-se a presença de aura e qualidade da dor (pulsátil ou variável). Investigou-se também relato de náusea, vômitos, fotofobia, fonofobia, sintomas neurológicos associados. Os pacientes do Grupo 2 foram ainda classificados em relação ao período compreendido entre o início e o término do período doloroso da enxaqueca, sua localização e intensidade da dor.

Registraram-se os tratamentos para alergia e para enxaqueca, além de verificar-se a existência de doenças associadas. Deve-se ressaltar que foram excluídos todos os casos que não preencheram completamente os critérios estabelecidos para enxaqueca e aqueles em que houve dúvida referente à alergia. Pacientes com relato de alergia a determinados alimen-

tos foram também retirados desta casuística, pois esse quadro pode ser confundido com intolerância ou intoxicação alimentar. Da mesma maneira, não foram consideradas as pessoas cujas respostas geravam dúvida quanto à veracidade ou quando elas se manifestavam de forma inexata.

O dimensionamento da amostra teve por base o cálculo amostral segundo a fórmula:  $n = z^2 \cdot p \cdot q / d^2$ , considerando  $\alpha = 0,05$  e  $\beta = 0,90$ . Por esse cálculo, a amostra mínima confiável é de 96 pacientes. Para avaliar a comparabilidade dos grupos com base na idade, realizou-se o teste t de Student para amostras contínuas não pareadas. Para avaliar a homogeneidade da amostra e as diferenças entre os parâmetros, foram utilizados os testes qui-quadrado e exato de Fisher. Calculou-se também o odds ratio e o intervalo de confiança das variáveis analisadas. As diferenças foram consideradas significativas para valores correspondentes a  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

A idade dos pacientes variou entre 25 e 59 ( $39,00 \pm 10,69$ ) anos, no Grupo 1 e entre 25 e 60 ( $39,31 \pm 10,69$ ) anos, no Grupo 2, sem diferença entre os grupos ( $p = 0,8378$ ).

Foi observada maior incidência de enxaqueca em mulheres ( $p < 0,00001$ ) (OR = 57,52) ( $12,92 < OR < 356,93$ ).

A **Tabela 1** mostra a distribuição dos grupos de acordo com a cor da pele e sua comparação com a população total do Estado de Minas Gerais. Observa-se que os pacientes melanodérmicos apresentaram incidência maior de enxaqueca (20%), quando comparados com a população melanodérmica do Grupo 1 (controle) e a geral do Estado de Minas Gerais (7%) 50 ( $p = 0,014$ ). Do mesmo modo, apesar de os pa-

cientes leucodérmicos corresponderem a 59% do Grupo 1, foi verificada enxaqueca em 37% dos pacientes leucodérmicos do Grupo 2 ( $p = 0,002$ ). Não houve diferença na incidência de enxaqueca em pacientes feodérmicos quando comparados com o Grupo 1 ( $p = 0,1461$ ).

**Tabela 1. Características demográficas de 100 pacientes sem enxaqueca (Grupo 1) e 100 pacientes com quadro clínico de enxaqueca (Grupo 2).**

*Epidemiological data of 100 patients without migraine (Group 1) and 100 patients with migraine (Group 2).*

	GRUPO 1	GRUPO 2	P
<i>IDADE (Age)</i>			
Mínima	25	25	
Máxima	59	60	
Média ± DPM	39,00 ± 10,69	39,31 ± 10,69	
<i>GÊNERO (Gender)</i>			
Masculino (Male)	54	2	<0,00001
Feminino (Female)	46	98	<0,00001
<i>COR DA PELE (Skin Color)</i>			
Leucodérmicos (White)	59	37	=0,002
Feodérmicos (Brown)	33	43	
Melanodérmicos (Black)	8	20	=0,014

DPM = Desvio Padrão da Média

Os pacientes portadores de enxaqueca apresentaram maior incidência de alergia (51 pacientes), quando comparados com o grupo controle (18 pessoas) ( $p=0,000001$ ) (OR = 4,16) ( $2,08 < OR < 8,41$ ). Dos 18 pacientes que apresentaram alergias no Grupo 1, houve maior incidência de manifestações alérgicas relacionadas à via respiratória (14 pacientes), seguidas de dermatológicas (3 casos) e apenas um caso de atopia ( $p = 0,005$ ). Em relação ao Grupo 2, 29 pessoas apresentaram alergia relacionada ao sistema respiratório e 22 dermatológica ( $p = 0,257$ ).

No Grupo 2, 46 % das pessoas com enxaqueca relataram presença de aura e 54% não tiveram manifestação alguma que antecederesse a

crise de enxaqueca ( $p = 0,259$ ). Dos 51 pacientes portadores de enxaqueca e que apresentavam alergia, 26 (50,98%) relacionavam o início das crises de enxaqueca ao surgimento das manifestações alérgicas ( $p = 0,843$ ).

Observou-se ainda que 88,46% (23 casos) dos pacientes que relacionavam o início das crises de enxaqueca ao aparecimento das manifestações alérgicas, também apresentavam alergias de vias aéreas e 11,54% (3 pacientes) tinham alergias dermatológicas. Dentre os pacientes que não observaram influência das manifestações alérgicas nas crises de enxaqueca, 24% tinham alergias de vias aéreas e 76% dermatológicas. Houve relação entre a crise alérgica de via aérea e o início da enxaqueca ( $p = 0,000004$ ). Os pacientes com manifestações alérgicas das vias aéreas têm possibilidade 5,82 vezes maior de desencadear crise de enxaqueca, se comparados com os pacientes com manifestações alérgicas dermatológicas (OR= 5,82;  $2 < OR < 16,92$ ).

**TABELA 2. Relação entre os episódios de enxaqueca e de manifestações alérgicas em 51 pacientes portadores de enxaqueca que apresentavam alergia.**

*Relationship between migraine and allergic manifestations in 51 migraine patients with allergy.*

Alergia (Allergy)	Enxaqueca (Migraine)		Total
	Relacionada à alergia (Related to allergy)	Sem relação com alergia (No relation to allergy)	
Respiratória (Respiratory)	23*	6	29
Dermatológica (Skin)	3*	19	22
Total	26	25	51

\*  $p = 0,000004$

Dos 51 pacientes com associação entre enxaqueca e alergia, 14 relataram período doloroso entre 12 e 24 horas, enquanto 36 pacientes tiveram dor mais prolongada. Portanto, os

períodos dolorosos foram mais longos quando a enxaqueca se associou a manifestações alérgicas ( $p = 0,00001$ ) ( $OR = 6,34$ ;  $2,47 < OR < 16,58$ ).

Com respeito à localização da cefaléia, três pacientes relataram dor bilateralmente e 97 referiram dor de localização central, sendo 40 casos com acometimento frontal e parietal, 28 parietal, 20 com dor frontal, e 9 com dor frontal e occipital.

No Grupo 2 não houve diferença entre a localização ou a intensidade da cefaleia e a presença de alergia ( $p = 0,9207$ ). A dor foi caracterizada como pulsátil em 97 pacientes e variável em apenas três pacientes.

## DISCUSSÃO

A incidência de 98% de enxaqueca nas mulheres (**Tabela 1**) confirma a expectativa esperada, de maior acometimento desse quadro no sexo feminino, o que pode sugerir a participação de fatores hormonais na patogênese dessa afecção.

Os pacientes portadores de enxaqueca apresentaram maior incidência de alergia, sendo que grande parte deles relaciona o início das crises de enxaqueca ao aparecimento das manifestações alérgicas, principalmente quando a alergia é da via aérea. Sabe-se que o componente central das reações alérgicas é a degranulação dos mastócitos e basófilos, que são ativados pela ligação do antígeno à IgE e por substâncias como neuropeptídeos e mediadores neuroendócrinos, resultando em inflamação local<sup>(5-9)</sup>. Sabe-se também que as manifestações patológicas das doenças alérgicas dependem dos tecidos nos quais os mastócitos exercem seus efeitos, assim como do tempo de evolução dos processos inflamatórios<sup>(5-9)</sup>. O local de contato do alérgeno com o organismo determina os tecidos que serão envolvidos, enquanto a concentração de mastócitos nos órgãos-alvos contribui

para a gravidade das respostas<sup>(5-9)</sup>. Como essas células são particularmente abundantes no trato respiratório e na pele, esses tecidos sofrem mais nas reações de hipersensibilidade imediata<sup>(5-9)</sup>. Desse modo, o mecanismo fisiopatológico de início e manutenção da enxaqueca pode ser influenciado por mediadores de alergia.

As características dos mastócitos de diferentes locais são variáveis e podem provocar diversas reações de hipersensibilidade imediata. Embora o significado fisiopatológico dessas subpopulações de mastócitos ainda não esteja completamente conhecido, há evidências do papel desempenhado por cada uma delas no processo alérgico<sup>(5-9)</sup>. Desse modo, talvez a enxaqueca seja, pelo menos em parte, expressão intracraniana de uma reação alérgica em indivíduos propensos a ela com níveis mais elevados de IgE, maiores concentrações de mastócitos encefálicos e, portanto, maior sensibilidade a alérgenos.

O resultado final da cascata alérgica é a vasodilatação<sup>(2,5-9)</sup>. O que diferencia os tipos de manifestação alérgica é a concentração de mastócitos sensíveis em cada órgão ou tecido<sup>(5-9)</sup>. Desse modo, sugere-se que ao se evitar alguns alérgenos, pode-se prevenir a vasodilatação intracraniana, com consequentes episódios de enxaqueca<sup>(30)</sup>.

## CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo, confirma-se que as mulheres apresentam mais enxaqueca do que os homens e há relação entre manifestações alérgicas e enxaqueca. Novas pesquisas em pacientes com alergia e com enxaqueca são necessárias para melhor entender-se a influência dos mecanismos alérgicos nesse quadro e esclarecer-se a relação entre alergia e enxaqueca.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** To verify the relation between migraine and allergic episodes.

**METHODS:** This retrospective case-control study was carried out by mean of interviews with 200 consecutive people randomly selected, of ages between 25 and 59 years old of both genders, distributed into two groups: Group 1 (n = 100): people with migraine and Group 2 (n = 100): people without migraine. All of them were identified by age, gender, skin color and stressing episodes of allergy and their characteristics. The diagnosis of migraine was confirmed by specialists. The clinical manifestations were classified according to Headache Classification Subcommittee of International Headache Society. The relationship between migraine and allergy was investigated. Doubts related to the studied parameters or to the responses obtained at the interviews were criteria of exclusion. The results were compared using Student's t test, chi-square test and Fisher's exact test. Odds ratio and confidence intervals were calculated as well. The significance was considered for values corresponding to  $p < 0,05$ .

**RESULTS:** Women and black skin people presented a higher incidence of migraine. The patients with migraine had a higher incidence of allergy in comparison with the control group ( $p = 0,000001$ ). Relation between respiratory allergic episode and the beginning of a migraine crisis was verified ( $p = 0,000004$ ).

**CONCLUSIONS:** According to the present study women and black skin people present higher frequency of migraine, and migraine is related to allergy.

**KEYWORDS:** *Migraine; Headache, Allergy; Hipersensibility; Skin color; Gender.*

## REFERÊNCIAS

1. Senior K. Migraine. *Mol Med Today* 2000, 62:297-298.
2. Cutrer FM, Moskowitz MA. Cefaléias e outras dores de cabeça. In: Cecil, RLF, Ausiello, D. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 22 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005, p 2306-12.
3. The International Headache Classification 2nd Edition, 2002. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society.
4. Petroianu A, Soares ARG, Rocha CG, et al. Relation between migraine, diabetes mellitus and physical exercise. *Medicina* 2000, 33: 515-519.
5. Abbas AK, Lichtman AH, Pober JS. *Imunologia Celular e Molecular*. 4ªed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p 424-444.
6. Machado, Maria L; Ortega, Maria C. Prevalencia de aeroalergenosen como causa de síntomas respiratorios en pacientes acompañados en la consulta externa de alergia e inmunopatología del hospital de clínicas de la facultad de medicina de la Universidad de San Pablo, Brasil. *Rev. Asoc. Colomb. Alerg. Inmunol* 2000, 9: 63-69.
7. Camargos, Paulo A. M; Castro, Roberta M; Feldman, Juliana S. Prevalence of symptoms related to asthma among schoolchildren in Campos Gerais, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Soc. Boliv. Pediatr* 1999, 38: 111-117.
8. Aguiar Filho AS, Lopes Neto EP, Sarinho ES et al. Asthma concepts and epidemiological tools for prevalence researches. *Rev Port Pneumol* 2004, 10: 319-329.
9. Bascom R. Environmental factors and respiratory hypersensitivity: the Americas. *Toxicol Lett* 1996, 86: 115-130.
10. Petroianu A, Chaves DNB, Oliveira Jr O. Comparative incidence of allergy in the presence or absence of cancer. *J Int Med Res* 1995, 23: 358-363.
11. Annacker O, Araújo RP, Defranoux OB, Bandeira. On the ontogeny of regulatory T cells. *Immun Rev* 2001, 182: 5-17.
12. Lima, Hermênio Cavalcante. Papel das células T re-

- guladoras no desenvolvimento de dermatoses. An. Bras. Dermatol 2006, 81: 269-281.
13. Hennino A. Fisiopatologia da dermatite de contato alérgica: papel das células T CD8 efetoras e das células T CD4 regulatórias. An. Bras. Dermatol 2005, 80: 335-347.
14. Petroianu A, Zac RI, Machado VM, Alberti LR. Association of allergy, infertility and abortion. Rev Assoc Med Bras 2005, 51:177-180.
15. Wendorff J, Kamer B, Zielinska W, Hofman O. Allergy effect on migraine course in older children and adolescents. Neurol Neurochir Pol 1999, 33: 55-65.
16. Gurkan F, Ece A, Haspolat K, Dikici B. Parenteral history of migraine and bronchial asthma in children. Allergol-Immunopathol 2000, 28: 15-17.
17. Gazerani P, Pourpak Z, Ahmadiani A et al. A correlation between migraine, histamine and immunoglobulin E. Scand J Immunol 2003, 57: 286-290.
18. Heatley RV, Denburg JA, Bayer N, Bienenstock J. Increased plasma histamine level in migraine patients. Clin Allergy 1982, 12:142-149.
19. Gastillo J, Martinez F, Corredera E et al. Migraine and histamine. Rev Neurol 1995, 23: 749-751.
20. Mansfield LE. The role of antihistamine therapy in vascular headache. J Allergy Clin Immunol 1990, 86: 673-676.
21. Lassen LH, Thomsen LL, Plesen J. Histamine induces migraine via the H1 receptors. Neuroreport 1995, 6: 1475-1479.
22. Theoharides TC, Letoumeau R, Patra P et al. Stress-induced rat intestinal mast cell intragranular activation and inhibitory effect of sulfated proteoglycans. Dig Dis Sci 1999, 44: 875-935.
23. Neubauer D, Kuhar M, Ravnik IM. Antihistamine responsive cluster headache in a teen aged girl. Headache 1997, 37: 296-298.
24. IBGE-SEI/SEPLAN-MG. Censo demográfico do Estado de Minas Gerais. 2004. <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas>.

Recebido em: 12/07/2011

Aprovado em: 23/08/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

**Correspondências:**

Prof. Andy Petroianu

Av. Afonso Pena, nº 1626, Apto 1901.

CEP 30130-005, Belo Horizonte (MG)

Fone (Fax): (31) 3274-7744

E-mail: [petroian@medicina.ufmg.br](mailto:petroian@medicina.ufmg.br)



**Envie seu Artigo**

para a Revista do Médico Residente via:

**internet**

**[drjcs@uol.com.br](mailto:drjcs@uol.com.br)**

## Avaliação da hemostasia do parênquima hepático utilizando eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína ou loção de glicerina em ratos Wistar

*Liver parenchyma hemostasis evaluation using electrocautery greased with lidocaine gel or glycerin lotion in Wistar rats*

João Carlos Simões<sup>1</sup>

Douglas Jun Kamei<sup>2</sup>

Fábio Marchini Raimundo dos Santos<sup>2</sup>

Juan Marcelo Fernandez Alcala<sup>2</sup>

Tiago José da Rocha<sup>3</sup>

### RESUMO

**OBJETIVO:** A maioria das complicações pós-operatórias das hepatectomias está relacionada com hemorragias abundantes no período perioperatório, sendo de grande importância científica o estudo de métodos mais eficazes de hemostasia. O objetivo deste estudo foi analisar a hemostasia hepática e os aspectos morfológicos do parênquima hepático em ratos Wistar, após hepatectomia segmentar e hemostasia utilizando eletrocautério seco ou emplastrado com gel de lidocaína ou loção de glicerina.

**MÉTODOS:** Foram utilizados 21 ratos Wistar, fêmeas, com idade média de 120 dias e com peso médio de 248 gramas. Os animais foram alocados em quatro grupos: *Grupo 1* - Controle - nenhum tratamento visando hemostasia foi realizado; *Grupo 2* - hemostasia feita com eletrocautério seco; *Grupo 3* - hemostasia realizada com eletrocautério emplastrado com loção de glicerina; *Grupo 4* - hemostasia obtida com eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína. Seccionou-se o lobo mediano esquerdo do fígado, com extensão de 2 cm de comprimento e 2 cm de largura. Cronometrou-se o tempo de hemorragia e quantificou-se o sangramento com o peso da gase com sangue. Após 7 dias do procedimento os ratos foram mortos e as peças cirúrgicas foram retiradas e encaminhadas para estudo anatomopatológico.

**RESULTADOS:** Os resultados indicam que houve relevância significativa em relação ao tempo de hemostasia, em que se verificou: 167,67 seg (Grupo 1), 77,83 seg (Grupo 2), 56,4 seg (Grupo 3) e 56,28 seg (Grupo 4), e em relação à quantidade de sangramento, onde observou-se: 3,83g (Grupo 1), 2,99g (Grupo 2), 0,94g (Grupo 3) e 2,04g (Grupo 4). No estudo morfológico, observou-se em todos os animais a presença de tecido de granulação, em torno de área de hepatócitos com citoplas-

**Trabalho realizado no Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade Evangélica do Paraná e no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba**

1. Professor Titular de Oncologia e Professor Titular de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (licenciado) do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná e Chefe do Serviço de Cancerologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).

2. Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

3. Médico Residente de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).

ma eosinofílico, além de picnose ou cariólise, alcançando uma profundidade máxima de 10mm.

**CONCLUSÃO:** A loção de glicerina e o gel de lidocaína mostraram-se eficazes na hemostasia do parênquima hepático em modelo de experimental com ratos Wistar quando comparados ao uso do eletrocautério seco.

**DESCRITORES:** ; Hemostasia Cirúrgica; Lidocaína; Glicerol.

*Simões JC, Kamei DJ, Santos FMR, Alcalá, JMF, Rocha TJ. Avaliação da hemostasia do parênquima hepático utilizando eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína ou loção glicerina em ratos Wistar. Rev. Med. Res. 2011; 13 (3): 175-183.*

## INTRODUÇÃO

As hepatectomias têm sido realizadas com progressiva frequência no tratamento de tumores primários ou metastáticos<sup>(1)</sup>. Especialmente nos últimos vinte anos, os avanços na técnica de ressecção hepática, o desenvolvimento de rotinas específicas de anestesia, suporte ventilatório e hemodinâmico estão diretamente associados com a diminuição dos índices de morbidade e de mortalidade<sup>(2)</sup>, quando a cirurgia é realizada em centros especializados<sup>(3-5)</sup> e em pacientes rigorosamente selecionados<sup>(6)</sup>.

A grande maioria das complicações pós-operatórias está relacionada com a perda de sangue no período perioperatório, insuficiência hepática ou processos infecciosos<sup>(6)</sup>. A hemorragia hepática configura como a principal complicação em hepatectomias<sup>(7)</sup>.

Diante de hemorragias copiosas o cirurgião precisa intervir rapidamente para realizar hemostasia adequada do parênquima hepático, e prevenir complicações e óbitos. O volume de sangue perdido é inerente ao prognóstico pós-operatório<sup>(8)</sup>. A predisposição desse órgão em apresentar hemorragia difusa está relacionada à sua vascularização e estrutura sinusoidal, sem musculatura lisa capaz de promover vasoconstricção e também à textura do órgão, dificultando a sutura ou hemostasia<sup>(9)</sup>.

É comum entre os cirurgiões o uso de manobras de exclusão vascular, visando minimizar

a perda de sangue. Contudo, essa conduta é acompanhada de transtornos hemodinâmicos e metabólicos, podendo levar à disfunção hepática pós-operatória<sup>(10)</sup>.

Alguns agentes tópicos têm sido propostos como medida adjuvante na hemostasia de órgãos parenquimatosos, como o fígado. Entre essas substâncias, destacam-se o colágeno microfibrilar e os selantes de fibrina.

Recentemente, em 2011, Petroianu et al. utilizou, com sucesso, eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína para realizar hemostasia em operações hepáticas, esplênicas e ósseas, conseguindo interromper o sangramento inclusive de vasos menores<sup>(11)</sup>. A técnica proposta por Petroianu et al. foi embasada em modelo experimental também de sua autoria, no qual foi comparada a eficácia de diferentes agentes na hemostasia hepática<sup>(9)</sup>.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a hemostasia hepática e os aspectos morfológicos do parênquima hepático em ratos Wistar, após hepatectomia segmentar e hemostasia utilizando eletrocautério seco ou emplastrado com gel de lidocaína ou loção de glicerina.

## MÉTODOS

O trabalho foi realizado, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba sob o número

3265/10, no Laboratório de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), pela disciplina de Oncologia e pelo Serviço Oncologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (SOHUEC), e no Biotério Central da FEPAR. Foram obedecidas todas as normas do Código Brasileiro de Experimentação Animal (Rollin, 2006), seguindo a regulamentação da Lei de Experimentação Animal (nº 11.794) de 8 de outubro de 2008, lei federal que regula o uso científico de animais.

Foram utilizados 21 ratos Wistar (*Rattus norvegicus albinus*), fêmeas, com idade média de 120 dias e com peso médio de 248 gramas (variando de 225 a 260 gramas). Os animais foram alocados em caixas padronizadas e com um número máximo de cinco animais por caixa, sendo oferecidos água e ração padrão ad libidum.

Os animais foram alocados em quatro grupos:

*Grupo 1 (3 ratos):* nenhum tratamento na ferida visando hemostasia.

*Grupo 2 (6 ratos):* hemostasia com eletrocautério seco sobre a superfície da ferida.

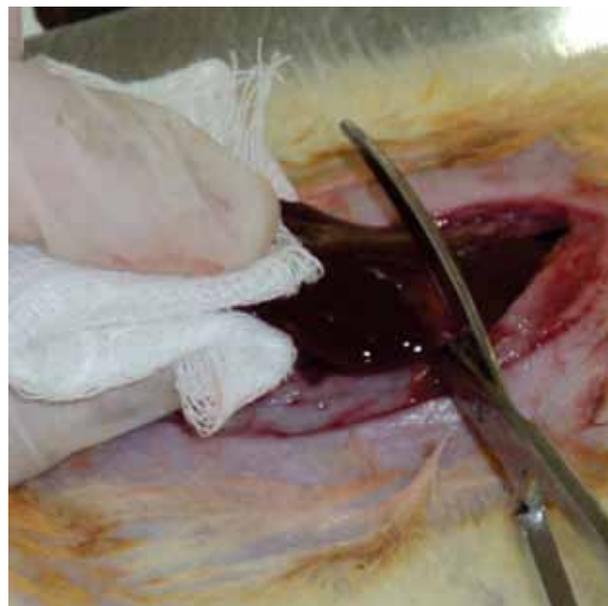
*Grupo 3 (6 ratos):* hemostasia com eletrocautério emplastrado com loção de glicerina.

*Grupo 4 (6 ratos):* hemostasia com eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína.

Os animais foram submetidos à anestesia com uma injeção intraperitoneal da associação de 1ml de Cloridrato de Quetamina e de 0,5ml de Cloridrato de Xilazina na quantidade de 0,1ml/10g de peso do animal. Realizou-se tricotomia e antisepsia com Polivinilpirrolidona Iodo (PVPI), solução tópica a 10%, com técnica adequada seguida de laparotomia mediana de 5cm de extensão.

Com o auxílio de uma gaze, o lobo mediano esquerdo do fígado foi exteriorizado e seccionado, com 2cm de comprimento e 2cm de largura (**Figura 1**). Em todos os animais foi cronometrado o tempo de sangramento, e verificada a quantidade de san-

gramento através da pesagem em uma balança sensível do volume de sangue coletado em duas gazes.



**Figura 1. Secção do parênquima hepático.**

Em todos os grupos o eletrocautério utilizado foi o WEN BC-160 em 30W. Terminados os procedimentos, realizou-se a laparorráfia em dois planos com sutura contínua com fios Polivicryl 3-0 e Mononylon 4-0. Foi administrado analgésico no pós-operatório aos animais.

Decorridos sete dias de pós-operatório os animais foram mortos com dose letal de anestésico, com uma injeção intraperitoneal da associação de 1ml de Cloridrato de Quetamina e de 0,5ml de Cloridrato de Xilazina na quantidade de 0,2ml/10g de peso do animal, para avaliações macroscópicas e microscópicas. A seguir, realizou-se laparotomia para visualização do aspecto da ferida e de possíveis aderências do fígado e de coleções. No caso de aderências, foram listadas as estruturas intra-abdominais envolvidas. Para o estudo microscópico foi retirado fragmento do fígado envolvendo a ferida hepática e parte do parênquima íntegro.

As peças cirúrgicas foram imersas em solução de formaldeído a 10% para estudo histológico. Obtiveram-se cortes histológicos a partir das peças

cirúrgicas, os quais foram corados com Hematoxilina-Eosina, procedimentos realizados no Laboratório de Histotécnica da Faculdade Evangélica do Paraná. O conteúdo das lâminas foi avaliado por um médico patologista sem conhecimento prévio dos grupos em estudo. Foram analisadas a morfologia e a extensão da lesão tecidual.

Os resultados obtidos no estudo foram analisados através do teste paramétrico de análise estatística (ANOVA), utilizando o software GraphPad InStat Versão 3.05. A mensuração das variáveis quantitativas foi expressa pelas médias e respectivos desvios-padrão, e as variáveis qualitativas pelas respectivas frequências absolutas e relativas. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística.

## RESULTADOS

O total de ratos estudados foi 21. No pós-operatório imediato ocorreram dois óbitos relacionados ao choque hipovolêmico, nos grupos 1 e 4, sobrando 19 ratos que foram estudados.

### Tempo de sangramento

Os resultados quanto ao tempo de sangramento estão demonstrados na TABELA 1.

**Tabela 1. Tempo de sangramento de cada grupo**

	TEMPO (s)
<b>Grupo 1 (sem tratamento)</b>	167,67 ± 9,218
<b>Grupo 2 (cautério seco)</b>	77,83 ± 31,775
<b>Grupo 3 (glicerina)</b>	56,4 ± 31,12
<b>Grupo 4 (lidocaína)</b>	56,28 ± 25,41

Os resultados obtidos indicam que na avaliação da hemostasia hepática houve relevância significativa ( $p=0,0027$ ) em relação ao tempo de hemostasia. Na comparação entre os grupos, nota-se que houve diferença significativa ( $p < 0,005$ ) entre os Grupos 1 e 3. Assim como na comparação entre os Grupos 2 e 3 ( $p < 0,010$ ). Já na avaliação entre os Grupos 3 e 4 não houve relevância significativa ( $p=0,076$ ).

### Quantidade de sangramento

Os achados quanto à quantidade de sangramento estão demonstrados na TABELA 2.

**Tabela 2. Quantidade de sangramento de cada grupo**

	PESO (g)
<b>Grupo 1 (sem tratamento)</b>	3,83 ± 0,87
<b>Grupo 2 (cautério seco)</b>	2,99 ± 0,99
<b>Grupo 3 (glicerina)</b>	0,94 ± 0,46
<b>Grupo 4 (lidocaína)</b>	2,04 ± 1,6

Os resultados obtidos indicam que em relação à quantidade de sangramento houve relevância significativa ( $p=0,0112$ ). Comparando-se os grupos, observa-se que houve diferença significativa entre os Grupos 1 e 3 (Figuras 2 e 4) ( $p < 0,005$ ), e entre os Grupos 2 e 3 (Figuras 3 e 4) ( $p < 0,005$ ). Porém, com relação à avaliação entre os Grupos 3 e 4 (Figuras 4 e 5) percebe-se que não houve relevância estatística ( $p=0,064$ ).



**Figura 2. Sangramento da superfície hepática seccionada e sem uso de nenhum método de hemostasia. Observa-se o uso da gase para coletar o sangue e posteriormente ser pesado. (Grupo 1).**

### Aderências

Foram observadas aderências, nos quatro grupos, da área cicatricial do fígado com outros órgãos. No Grupo 1, verificou-se a presença de aderência em apenas um animal (33,3%), com o

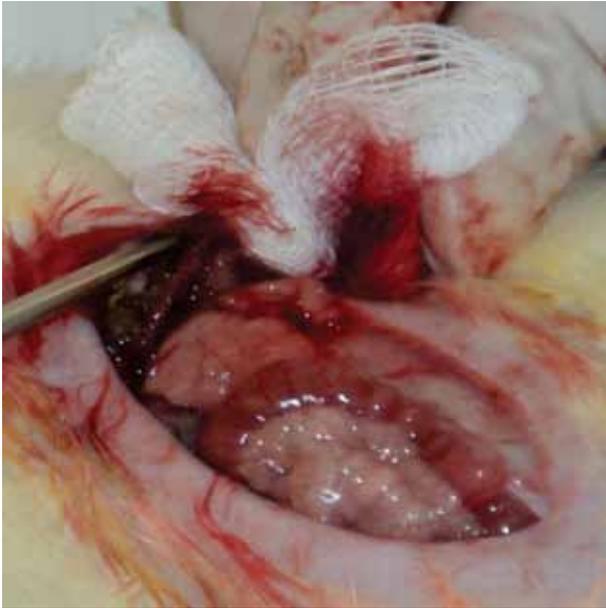


Figura 3. Hemostasia da superfície hepática com eletrocautério seco (Grupo 2).



Figura 4. Hemostasia da superfície hepática com eletrocautério emplastrado com loção de glicerina (Grupo 3).



Figura 5. Hemostasia da superfície hepática com eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína (Grupo 4).

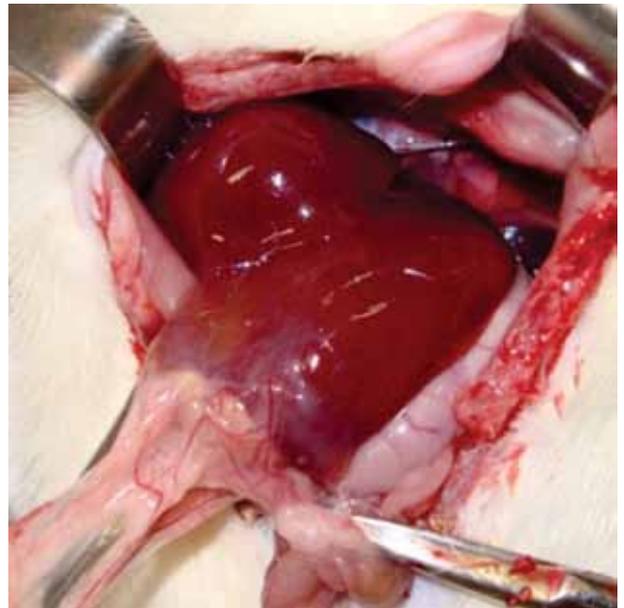


Figura 6. Aspecto da aderência do parênquima hepático com o omento.

omento (Figura 6). No Grupo 2, essa observação foi feita em 5 animais (83,3%), os quais possuíam aderência de omento, estômago e cólon. Já no Grupo 3, houve aderência em 6 animais (100%), com o omento e cólon. O Grupo 4 também apresentou aderência em todos os 6 indivíduos (100%), sendo elas localizadas em omento e estômago. Não houve diferença estatística significativa, nesse aspecto, entre os grupos ( $p>0,05$ ).

#### *Estudo microscópico*

Após sete dias, no acompanhamento microscópico dos grupos, observou-se em todos eles a presença de tecido de granulação, constituído por fibroblastos, fibras colágenas finas, vasos sanguíneos neoformados e ductos biliares, em torno de área de hepatócitos com citoplasma eosinofílico, além de picnose ou cariólise (área necrótica hepatocitária) (Figura 7). No grupo do eletrocau-

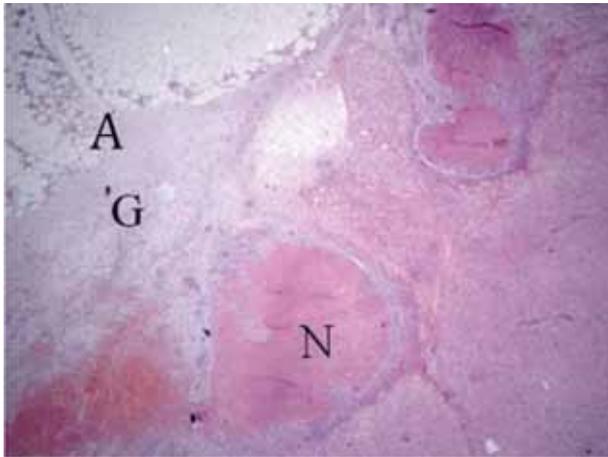


Figura 7. Fotomicrografia da histologia hepática após secção do órgão e sem utilização de nenhum tratamento (Grupo 1). Observa-se: (N) área de hepatócitos com citoplasma eosinofílico e núcleos em picnose ou cariólise, caracterizando área necrótica hepatocitária, (G) tecido de granulação formado por fibroblastos e fibras colágenas finas e (A) região de aderência do omento com o parênquima hepático e tecido de granulação. (HEx40).

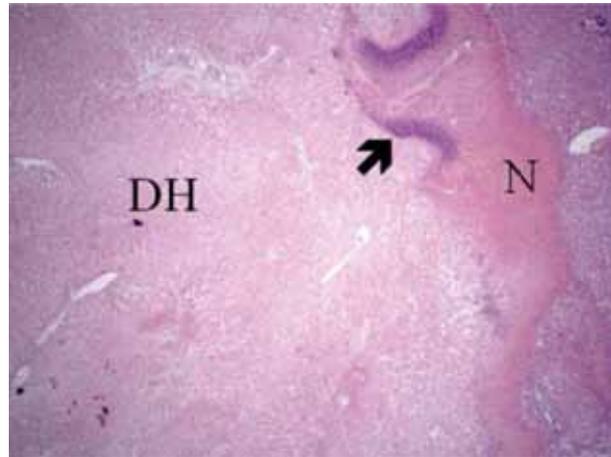


Figura 9. Fotomicrografia da histologia hepática após uso de eletrocautério emplastrado com loção de glicerina (Grupo 3). Observa-se: (DH) degeneração hidrópica decorrente da isquemia submetida ao fígado pela ação do cautério, além de (N) área de hepatócitos com citoplasma eosinofílico e núcleos em picnose ou cariólise (área de necrose hepática). (HEx40).

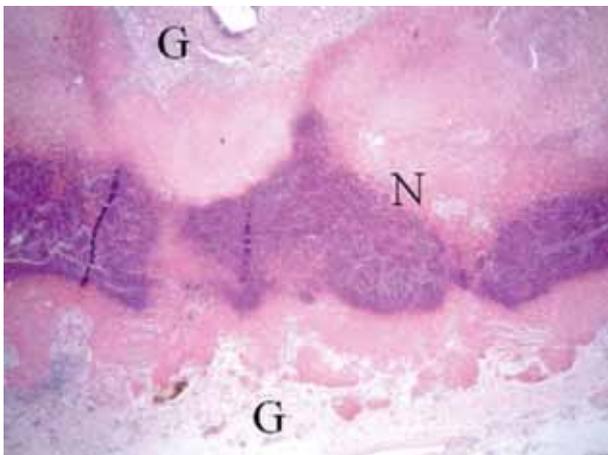


Figura 8. Aspecto histológico da ferida hepática após utilização de eletrocautério seco (Grupo 2). Observa-se: (G) tecido de granulação formado por fibroblastos e fibras colágenas finas, em torno de (N) extensa área de hepatócitos com citoplasma eosinofílico e núcleos em picnose ou cariólise (área de necrose hepática). (HEx40).

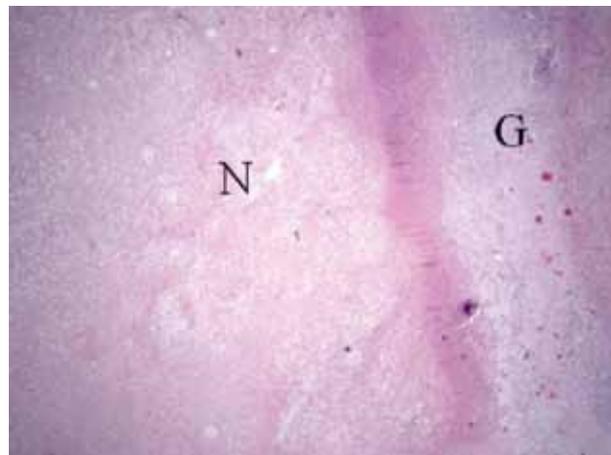


Figura 10. Aspecto histológico da ferida hepática após uso de eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína (Grupo 4). Observa-se: (N) área de hepatócitos com citoplasma eosinofílico e núcleos em picnose ou cariólise, formando área necrótica hepatocitária e (G) tecido de granulação composto por fibroblastos, fibras colágenas finas, vasos sanguíneos neoformados e ductos biliares. (HEx40).

tério seco (Grupo 2), essas alterações histológicas foram verificadas em profundidade de 4mm, utilizando-se um micrômetro (Figura 8). Já no grupo do eletrocautério com glicerina (Grupo 3) as alterações se estenderam por 6 a 8mm (Figura 9). No grupo do eletrocautério com lidocaína (Grupo 4) essa constituição histológica foi verificada

em profundidade de 10mm (Figura 10).

## DISCUSSÃO

A despeito dos progressos na cirurgia hepática, a hemorragia persiste como a causa principal de morbidade e de mortalidade, ocorrendo em até 40% das ressecções<sup>(7)</sup>. A maior parte da

perda sanguínea na ressecção hepática decorre da secção de pequenos vasos, que não são previamente ligados<sup>(9)</sup>. Para evitar a hemorragia, muitas vezes acompanhada de bilerragia, é fundamental a obtenção da hemostasia da superfície cruenta. Vários agentes tópicos disponíveis comercialmente têm sido propostos visando facilitar a hemostasia dos vasos menores, levando em consideração sua efetividade, segurança e baixo custo<sup>(12)</sup>.

Segundo Petroianu et al.<sup>(9)</sup>, em 2004, durante hepatectomia segmentar para ressecar um carcinoma hepático, Andy Petroianu utilizou eletrocautério emplastrado com gel de lidocaína visando a hemostasia. Devido à ação do eletrocautério, a lidocaína formou uma crosta sobre a superfície cruenta, ocluindo a hemorragia dos vasos menores. Após o sucesso obtido nesse procedimento, o método passou a ser utilizado tanto para hemostasia do parênquima hepático quanto em baço, esplenectomias parciais, e secções ósseas<sup>(11)</sup>. A eficácia do procedimento permitiu sua utilização em operações via laparoscópica para biópsia esplênica e esplenectomias subtotais<sup>(13,14)</sup>.

Em 2009, em estudo também realizado por Petroianu et al.<sup>(9)</sup>, comparou-se a hemostasia e cicatrização do parênquima hepático em coelhos, utilizando eletrocautério seco, emplastrado com gel de lidocaína ou loção de glicerina, entre outros agentes. E verificou-se menor tempo de sangramento nos animais em que foi utilizado eletrocautério com glicerina (149,2s), seguido do eletrocautério seco (205,1s) e com lidocaína (278,8s). No estudo em questão em ratos Wistar, encontrou-se menor tempo de sangramento para o grupo em que foi usado eletrocautério com lidocaína (56,2s), acompanhado, com tempo similar, do grupo da glicerina (56,4s) e do eletrocautério seco (77,8s).

Com relação à quantidade de sangramento,

Petroianu et al.<sup>(9)</sup>, observou menor quantidade para o grupo da glicerina (2,6g), acompanhado do grupo da lidocaína (3,1g). O grupo do eletrocautério seco aparece com quarto pior volume de sangramento (4,9g). Em nosso trabalho, verificou-se menor volume para o grupo da glicerina (0,9g), seguido do grupo da lidocaína (2,0g) e do eletrocautério seco (2,9g).

Recentemente, a fibrina também tem sido apresentada como sendo efetiva na hemostasia hepática, como afirmam Fontes et al. (2004)<sup>(15)</sup> e Taha et al. (2006)<sup>(16)</sup>. Simões et al.<sup>(17)</sup>, em 2007, comparou a validade do tempo de sangramento de adesivos de hemoferas microporosas de polissacarídeos (6 min), de cianoacrilato (20 seg) e de fibrina (1 min), como agentes hemostáticos hepáticos. O tempo encontrado para o adesivo de fibrina foi semelhante aos valores do grupo da lidocaína e da glicerina desta pesquisa, verificando, portanto, similar eficácia entre esses agentes, sob esse aspecto. Apesar disso, substâncias à base de fibrina possuem custo bastante elevado quando comparadas com gel de lidocaína ou com loção de glicerina, inviabilizando muitas vezes a utilização da fibrina em procedimentos.

Neste estudo, verificou-se que a loção de glicerina apresentou melhores resultados com relação ao tempo e à quantidade de sangramento, apesar de não ter sido o agente indutor de lesões teciduais mais profundas. Além disso, a intensa fumaça produzida pelo aquecimento da glicerina dificultou a visualização do campo operatório e apresentou a desvantagem de causar reação inflamatória aos olhos do cirurgião. De acordo com Koo et al.<sup>(18)</sup>, a aspiração da fumaça facilitaria, nesse ponto, o tempo operatório.

Analisando-se as aderências, Petroianu et al. (2004)<sup>(19)</sup> em outra pesquisa, encontrou poucas aderências no parênquima hepático em

ratos submetidos à ressecção segmentar, concordando com o presente estudo, no qual foi visto aderência em apenas um animal no grupo sem tratamento. Sobre a utilização de agentes hemostáticos, Arroyo Júnior et al. (2004)<sup>(7)</sup>, notou aderências após uso do cautério seco em 80% de sua amostra, valor próximo à obtida na presente casuística. Arroyo Júnior et al. em sua pesquisa, também testou o subgalato de bismuto como possível substância hemostática sobre a superfície cruenta do fígado, e em sua amostra todos os animais apresentaram alguma forma de aderência, à exemplo deste experimento, onde foi utilizado cautério com gel de lidocaína ou loção de glicerina.

De acordo com a análise microscópica, em estudo de Petroianu et al.<sup>(9)</sup> realizado em coelhos, o grupo no qual utilizou-se loção de glicerina apresentou alterações teciduais em profundidade de 0,6 a 0,8cm, já o grupo em que usou-se gel de lidocaína foi o que melhor conduziu corrente elétrica pelo parênquima hepático, atingindo níveis de 0,8 a 1,5cm. Em nossa casuística com ratos

Wistar, as alterações provocadas pelo eletrocautério com loção de glicerina alcançaram valores de 0,6 a 0,8cm, enquanto o gel de lidocaína alcançou valores de 1,0cm. Nos dois estudos os valores para o eletrocautério seco foram inferiores aos da lidocaína e da glicerina, sendo que no presente estudo a extensão atingida foi de 0,4cm. A presença de necrose na borda da ferida hepática provavelmente está relacionada a alterações na função hepática, sendo proporcional à profundidade da destruição tissular, como afirma Scharschmidt et al. (2002)<sup>(20)</sup>. Com relação à histologia, Petroianu et al.<sup>(9,19,21)</sup> em análises feitas em 2004 e 1998, encontrou características semelhantes às do processo cicatricial desta pesquisa, com fibrose em evolução e áreas de necrose hepatocelular.

## CONCLUSÃO

Considerando-se os resultados obtidos neste estudo experimental em ratos, pode-se concluir que a loção de glicerina e o gel de lidocaína são eficazes na hemostasia do parênquima hepático de ratos Wistar, quando comparados ao uso do eletrocautério seco.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** The majority of hepatectomies postoperative complications are related to excessive bleeding in the perioperative period. There is a great scientific importance in researching effective methods of hemostasis. The objective of this study was to assess liver hemostasis and liver parenchyma morphology in Wistar rats after segmental hepatectomy and hemostasis using dry electrocautery or plastered with lidocaine gel or glycerin lotion.

**METHODS:** 21 Wistar rats were used, all females with a mean age of 120 days and average weight of 248 grams. The animals were divided into four groups: Group 1 - Control - no treatment to hemostasis was performed; Group 2 - hemostasis realized by dry electrocautery; Group 3 - hemostasis performed with electrocautery greased with glycerin lotion; Group 4 - hemostasis achieved with electrocautery greased with lidocaine gel. The left median liver lobe was sectioned, with a 2 cm width and 2 cm length. Bleeding time and bleeding quantity was measured with the bloody gauze weight. After 7 days of the procedure, the rats were killed and the surgical specimens were sent to pathology.

**RESULTS:** The results indicate that there were significant relevance with hemostasis time, it was found: 167,67

sec (Group 1), 77,83 sec (Group 2), 56,4 sec (Group 3) and 56,28 sec (Group 4), and relation to the bleeding quantity, it was observed: 3,83g (Group 1), 2,99g (Group 2), 0,94g (Group 3) and 2,04g (Group 4). In morphological study, it was observed in all animals the presence of granulation tissue around the area of hepatocytes with eosinophilic cytoplasm, besides pyknosis and karyolysis, reaching a maximum depth of 10 mm.

**CONCLUSION:** The lotion glycerin and the lidocaine gel were effective in liver parenchyma hemostasis in experimental model with Wistar rats compared to the use of dry electrocautery.

**KEYWORDS:** *Liver; Liver hemostasis; Lidocaine; Glycerin.*

## REFERÊNCIAS

1. Guerra EE, Pereira-Lima LM. Ressecções hepáticas com oclusão vascular aferente artigo especial: análise de fatores de risco. *Rev Col Bras Cir* 2001;28(5):347-55.
2. Gavelli A, Ghiglione B, Hugué C. Facteurs de risque des hépatectomies: Résultats d'une étude multivariée - a propos de 113 cas. *Ann Chir* 1993; 47(7):586-91.
3. Pereira-Lima LM. Hepatectomia parcial com impedimento total do fluxo sanguíneo aferente hepático. *Rev AMRIGS* 1993; 37(3):149-52.
4. Terblanche J, Krige JE, Bornman PC. Simplified hepatic resection with the use of prolonged vascular inflow occlusion. *Arch Surg* 1991;126:298-301.
5. Hugué C, Gavelli A, Addario-Chieco P. Liver ischemia for hepatic resection: where is the limit? *Arch Surg* 1992; 11(3):251-59.
6. Sitzmann JV, Greene PS. Perioperative predictors of morbidity following hepatic resection for neoplasm: a multivariate analysis of a single surgeon experience with 105 patients. *Ann Surg* 1994; 219(1):13-17.
7. Júnior PCA, Silva RCMA, Neto DS, Júnior DS, Ferreira FD, Silva, RF. Uso do subgalato de bismuto para hemostasia local em hepatectomia segmentar em ratos. *Rev Col Bras Cir* 2004;31(3):165-71.
8. Nagao N, Goto S, Kawano N, Inoue S, Mizuta T, Morioka Y, et al. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma: clinical features and long-term prognosis. *Ann Surg* 1987;205:33-40.
9. Filho ASM, Petróianu A, Alberti LR, Vidigal PVT, Reis DCF, Souza DM. Hemostasia hepática utilizando eletrocautério seco ou emplastrado com lidocaína ou neomicina ou glicerina ou vaselina, em coelho. *Rev Col Bras Cir* 2009;36(5):442-8.
10. Gulik TMV, Graaf W, Dinant S, Busch ORC, Gouma DJ. Vascular occlusion techniques during liver resection. *Dig Surg* 2007; 24:274-81.
11. Petróianu A. Hemostasis of the liver, spleen, and bone achieved by electrocautery greased with lidocaine gel. *Surg Today* 2011;41(2):300-2.
12. Berrevoet F, De Hemtinne B. Use of topical hemostatic agents during liver resection. *Dig Surg* 2007;24:288-93.
13. Petróianu A, Cabezas-Andrade MA, Berindoague-Neto R. Operações laparoscópicas conservadoras do baço para tratar dor esplênica por isquemia. *Arq Bras Cir Dig* 2007;20:17-22.
14. Petróianu A, Cabezas-Andrade MA, Berindoague-Neto R. Laparoscopic subtotal splenectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2008;18:94-7.
15. Fontes CER, Taha MO, Fagundes DJ, Ferreira MV, Filho ORP, Mardegan MJ. Estudo comparativo do uso de cola de fibrina e cianoacrilato em ferimento de fígado de rato. *Acta Cir Bras* 2004;19(1):37-42.
16. Taha MO, Rosa K, Fagundes DJ. O papel da cola biológica e do fio de sutura na lesão hepática em coelhos. *Acta Cir Bras* 2006;21(6):310-4.
17. Simões MLPB, Petrauskas R, Dobrowolski AG, Godoy G, Kaiber F, Ioshii SO. Validity of microporous polysaccharide hemispheres as hemostatic agent in hepatic injuries: an experimental study in rats. *Acta Cir Bras* 2007;22(1):29-33.
18. Koo BN, Kil HK, Choi J, Kim JY, Chun DH, Hong YW. Hepatic resection by the Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator increases the incidence and severity of venous air embolism. *Anesth Analg* 2005;101:966-70.
19. Petróianu A, Esquerdo CRM, Barbosa AJA, Alberti LR. Regeneração hepática induzida por ressecção segmentar do fígado, em rato. *Rev Col Bras Cir* 2004;31(1):10-4.
20. Scharschmidt BF, Davem II TJ. Biochemical liver tests. In: Seldman M, Scharschmidt BF editors. *Sleisenger & Fordtran's Gastroenterology and liver disease*. Philadelphia: WB Saunders 2002:1112-22.
21. Petróianu A, Silva RTF, Parreira LM, Barbosa AJA. Alterações morfológicas do fígado após secção hepática parcial e omentoplastia. *Rev Col Bras Cir* 1998;25(1):15-7.

Recebido em: 20/03/2011

Aprovado em: 13/05/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

### Correspondências:

Douglas Jun Kamei

Rua Nilo Peçanha, 4311, Pilarzinho - CEP 82120-440  
Curitiba (PR) - E-mail: douglasjkamei@hotmail.com

## FIQ Score em pacientes fibromiálgicos com e sem espondilite anquilosante: análise comparativa

*FIQ Score in patients with fibromyalgia and without ankylosing spondylitis: comparative analysis*

**Valderílio Feijó Azevedo<sup>1</sup>**

**Eduardo dos Santos Paiva<sup>2</sup>**

**Luis Gustavo Favretto<sup>3</sup>**

**Denise Magalhães Machado<sup>4</sup>**

**Lúcio Ricardo Hiurko Felipe<sup>4</sup>**

**Fernanda Scussel<sup>4</sup>**

**Juliane Bertoni Ferraz<sup>4</sup>**

**William Abreu Soares<sup>4</sup>**

**Lumy Carolina Yagueshita<sup>4</sup>**

### RESUMO

**OBJETIVO:** A Fibromialgia (FM) apresenta sintomas expressivos de dor difusa e tender points em sistema músculo-esquelético. O Questionário de Impacto na Fibromialgia (FIQ) avalia capacidade funcional, status de trabalho, distúrbios psicológicos, sintomas físicos e dolorosos do paciente; quanto maior o impacto da doença, maior será o escore encontrado. A EA caracteriza-se como uma doença inflamatória crônica, que afeta o esqueleto axial e a articulação sacroilíaca, pode apresentar sintomas como ossificações ligamentares, artrite periférica e entesites. A coexistência de FM e EA é pouco estudada. A confiabilidade dos instrumentos de avaliação de EA pode ser questionada devido a um efeito de confusão pela FM coexistente. Analisou-se comparativamente os resultados do FIQ em portadores de FM com e sem EA.

**MÉTODOS:** Este foi um estudo de caso controle e caso prevalente. População Alvo foi dividida em dois grupos: 11 com FM e 11 com FM+EA, atendidos no Serviço de Reumatologia do HC-UFPR. Pacientes portadores de outras doenças reumáticas e de outras causas de dor crônica generalizada foram excluídos. O questionário FIQ foi aplicado nos 22 pacientes.

**RESULTADOS:** A média do FIQ score no Grupo FM+EA foi 76,1 e no Grupo FM foi 61,1 ( $p < 0,001$ ). Entre pacientes masculinos FM+EA foi 76,8 e masculinos FM foi de 61,4 ( $p < 0,05$ ). Pacientes femininos FM+EA obtiveram média de 75,6 e o feminino FM 60,8 ( $p < 0,05$ )

**CONCLUSÃO:** O Grupo FM+EA apresentou maior média de FIQ score ao comparar-se com o

**Trabalho realizado no Ambulatório de Espondiloartrites e Fibromialgia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.**

1. Reumatologista, Professor de Reumatologia da UFPR e Membro da Comissão de Espondiloartrites da SBR.

2. Reumatologista, Professor de Reumatologia da UFPR e Chefe do Ambulatório de Fibromialgia do HC-UFPR.

3. Médico Residente em Reumatologia UFPR.

4. Estudantes de Graduação Médica – UFPR.

Grupo FM, o que possibilita questionar a confiabilidade do FIQ, como instrumento de avaliação da Fibromialgia para fins clínicos e de estudo, quando há comorbidade como a EA.

**DESCRITORES:** *Espondilite; Anquilosante; Fibromialgia, Questionários; Medição da dor.*

*Azevedo VF, Paiva ES, Favretto LG, Machado DM, Felipe LRH, Scussel, Ferraz JB, Soares WA, Yagueshita. FIQ Score em pacientes fibromiálgicos com e sem espondilite anquilosante: análise comparativa. Rev. Med. Res. 2011; 13 (3): 184-191.*

## INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma doença reumatológica com prevalência de 2,5% na população brasileira, sendo maioria do sexo feminino entre 35 e 44 anos<sup>(1)</sup>. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos e no exame físico é notória a ausência de sinovites e/ou outros sinais indicativos de doença inflamatória; a principal característica é a presença de áreas de hipersensibilidade (tender points) identificadas à palpação<sup>(2)</sup>; em pesquisa utilizam-se os critérios segundo *American College of Rheumatology*: dor difusa presente no esqueleto axial e em ambos os hemitorcos, acima e abaixo da cintura; dor em 11 dos 18 tender points e dor crônica por mais de três meses<sup>(3)</sup>.

Devido à ausência de um sítio anatômico definido em sua fisiopatologia e sua semelhança com síndromes da fadiga crônica e da depressão, sua definição é causa de polêmica; também por estes motivos, alguns ainda acreditam ser essa uma síndrome de somatização<sup>(4)</sup>. Por ser um diagnóstico de exclusão, deve-se afastar outras doenças reumatológicas e não reumatológicas que poderiam ser a causa da queixa de dor generalizada<sup>(5)</sup>.

Há também queixas de fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos. As frequentes comorbidades como depressão, a ansiedade, a síndrome da fadiga crônica, a síndrome miofascial, a sín-

drome do cólon irritável e a síndrome uretral inespecífica contribuem com o sofrimento e a piora da qualidade de vida destes pacientes<sup>(5)</sup>.

O impacto na vida do paciente é avaliado pelo FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionary*), protocolo organizado nos anos 80 e reavaliado sucessivas vezes, chegando a sua versão atual em 2002<sup>(6,7)</sup>. É um método de graduação validado tanto para fins de pesquisa quanto para o acompanhamento da doença. Também já é validado para uso em pacientes brasileiros (8). É composto de 19 questões, que mensuram capacidade funcional, status de trabalho, distúrbios psicológicos, sintomas físicos e dolorosos. Quanto maior o impacto da doença, maior será o escore encontrado<sup>(7,8,9)</sup>. O FIQ (**Figura 1**) é composto por 10 itens. O primeiro item contém 10 questões ("a" até "j") relacionadas com o funcionamento físico - cada questão é avaliada em uma escala tipo Likert de 4 pontos. Nos itens 2 e 3 pede-se ao paciente para marcar o número de dias que se sentia bem e o número de dias que eram incapazes de trabalho (incluindo trabalho doméstico) por causa de sintomas relacionados à fibromialgia. Os itens 4 a 10 são linhas horizontais de 10cm de comprimento (Escala Visual Analógica), em que o paciente mensura a dificuldade para trabalho, dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, ansiedade e depressão. O FIQ é um instrumento simples autoaplicável e autoexplicativo que leva cerca de 5 minutos para ser concluída.

A EA é uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Mais comum em adulto jovem (2ª a 4ª décadas da vida), sexo masculino, da cor branca e em indivíduos HLA-B27 positivos; a positividade do HLA-B27 nos pacientes espondilíticos pode variar entre 80% e 98%<sup>(10)</sup>. Inicialmente, o paciente espondilítico costuma queixar-se de dor lombar baixa de ritmo inflamatório, caracterizada por melhorar com o movimento e piorar com o repouso, apresentando rigidez matinal prolongada; a evolução costuma ser ascendente, acometendo progressivamente a coluna dorsal e cervical. O acometimento articular periférico caracteriza-se pela presença de oligoartrite e entesopatias. A oligoartrite predomina em grandes articulações de membros inferiores, como tornozelos, joelhos e coxofemorais. As entesopatias costumam ser manifestações iniciais na EA de início juvenil e acometem preferencialmente a inserção de tendão de Aquiles e a fáscia plantar. Manifestações concomitantes a esse quadro incluem: sintomas gerais como fadiga, manifestações oculares como uveíte anterior, pulmonares como alterações fibróticas infiltrativas, cardiovasculares como lesão aórtica, renais com depósito de amiloide, neurológicas, gastrointestinais com sinais de envolvimento inflamatório de mucosas do aparelho gastrointestinal, artrite periférica e entesites<sup>(2, 10, 11)</sup>.

Para a confirmação diagnóstica da EA, os critérios mais utilizados são os de Nova York modificados, que combinam critérios clínicos e radiográficos. Os critérios clínicos são: 1) Dor lombar de mais de três meses de duração que melhora com o exercício e não é aliviada pelo repouso; 2) Limitação da coluna lombar nos planos frontal e sagital; 3) Expansibilidade to-

rácica diminuída (corrigida para idade e sexo). Os critérios radiográficos são: 1) Sacroiliíte bilateral, grau 2, 3 ou 4; 2) Sacroiliíte unilateral, grau 3 ou 4. Para o diagnóstico de EA é necessária a presença de um critério clínico e um critério radiográfico<sup>(10)</sup>.

Heikkilä et al.<sup>(12)</sup>, ressalta as correlações encontradas entre as duas doenças, apesar da predominância de cada uma delas em sexos e idades diferentes, assim como sintomas mais comuns. Quando avaliadas laboratorialmente, apenas a EA apresenta características de doença inflamatória. Clinicamente, contudo, ambas levam a reduções da funcionalidade e capacidade laboral dos pacientes de maneira muito semelhante<sup>(12,13,14,15)</sup>. Observa-se, ainda, que pacientes que apresentam concomitância das duas doenças possuem prejuízos funcionais mais graves, conclusões que foram demonstradas de acordo com os escores BASFI e BASDAI que se apresentam aumentados, quando comparados aos escores de pacientes portadores de uma destas doenças isoladamente<sup>(16)</sup>.

A literatura brasileira nos traz poucos dados a respeito da prevalência das duas doenças simultaneamente, assim como do impacto e prejuízo que ambas trazem na realidade da nossa população. A incidência de FM em pacientes com Espondilite Anquilosante (EA) se mostrou mais relevante em mulheres do que em homens em estudos recentes<sup>(16,17)</sup>. Um estudo realizado no Hospital de Clínicas – UFPR encontrou, num grupo com 71 pacientes, prevalência da FM de 15%, sendo que neste grupo 45,5% eram homens e 54,5% eram mulheres. O mesmo estudo comparou as médias dos testes BASDAI, BASFI e ASQol entre pacientes com EA e fibromiálgicos com EA concluindo que a coexistência da FM pode piorar os resultados dos testes que avaliam aspectos de atividade

da doença na EA, a incapacidade funcional e a qualidade de vida<sup>(17)</sup>.

A confiabilidade dos instrumentos de avaliação da EA pode ser questionada devido a um efeito de confusão pela FM coexistente<sup>(16)</sup>. Os índices de função e atividade da doença demonstraram declínio quando testados no pacientes com espondiloartrites, sofrendo influencia quando havia secundariamente a FM<sup>(12,16,17)</sup>.

Essa alteração nos questionários de avaliação da EA, pela coexistência de FM, nos levou a sugerir que também possa haver uma possível influência no questionário de avaliação da FM, FIQ, em pacientes fibromiálgicos com EA coexistente. Desse modo, o objetiva-se analisar comparativamente as médias do FIQ score em portadores de FM com e sem EA.

## ÉTICA

A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob o número 1890.057/2009-03.

## MÉTODOS

É um estudo transversal de caso controle com caso prevalente.

Dois grupos de pacientes foram estudados: O primeiro – Grupo FM – composto de 11 pacientes, sendo cinco masculinos e seis femininos, portadores de FM atendendo aos critérios do Colégio Americano de Reumatologia, sem outras doenças reumatológicas e não-reumatológicas que poderiam ser a causa da queixa de dor crônica generalizada. O segundo – Grupo FM+EA – composto de 11 pacientes, sendo cinco masculinos e seis femininos, fibromiálgicos com diagnóstico de EA, sem outras doenças reumatológicas e não-reumatológicas que po-

deriam ser a causa da queixa de dor crônica. Todos atendidos no Serviço de Reumatologia do Hospital – Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O caráter anônimo dos pacientes foi mantido.

Os 22 sujeitos responderam o questionário autoaplicável, FIQ (**Figura1**), com orientação padronizada por colaboradores previamente treinados e em ambiente adequado.

A pontuação máxima considerada do FIQ foi 100. Cada item do questionário teve uma maneira diferente de se obter os valores brutos e então foram normalizados. Assim, o primeiro item é composto por 10 perguntas (“a” até “j”) que compõem uma escala de funcionamento físico; cada pergunta foi respondida numa escala de 4 pontos do tipo Likert – escores brutos de cada item está no intervalo de 0 (sempre) a 3 (nunca) –, assim a maior pontuação possível bruto total é de 30. O item 2 é inversamente marcado para que um maior número indique insuficiência (ou seja, 0 = 7, 1 = 6, 2 = 5, 3 = 4, 4 = 3, 5 = 2, 6 = 1 e 7 = 0, etc.) escores brutos variam de 0 a 7. O item 3 está marcado diretamente (ou seja, 7 = 7 e 0 = 0) escores brutos variam de 0 a 7. Os itens 4 a 10 foram marcados pela mensuração da distância da esquerda (ancora) para direita em centímetros incluindo frações de 1cm; escores brutos pode variam de 0 a 10cm.

Os dados foram normalizados para variarem de 0 a 100 obtendo-se o escore total. Cada item possui pontuações diferentes (o item 1 foi somado e dividido por 3, os itens 2 e 3 multiplicados por 1,43 e os itens de 4 a 10 somados).

Os escores gerados foram analisados utilizando-se o Teste Paramétrico t de Student, ajustado para inferências sobre a diferença entre médias aritméticas de duas populações para amostras pequenas ( $n < 30$ ) e independen-



Observou-se que em mulheres espondilíticas portadoras de FM, os índices BASFI e BASDAI foram significativamente maiores do que em pacientes sem FM concomitante, postulando-se que a presença das duas doenças leva a um impacto mais acentuado na qualidade de vida do paciente<sup>(16)</sup>. Assim como demonstrado por Azevedo et al.<sup>(18)</sup>, quando as médias do BASDAI, BASFI e ASQoI foram comparadas e houve piora nos aspectos de atividade da doença, na incapacidade funcional e na qualidade de vida de fibromiálgicos com EA.

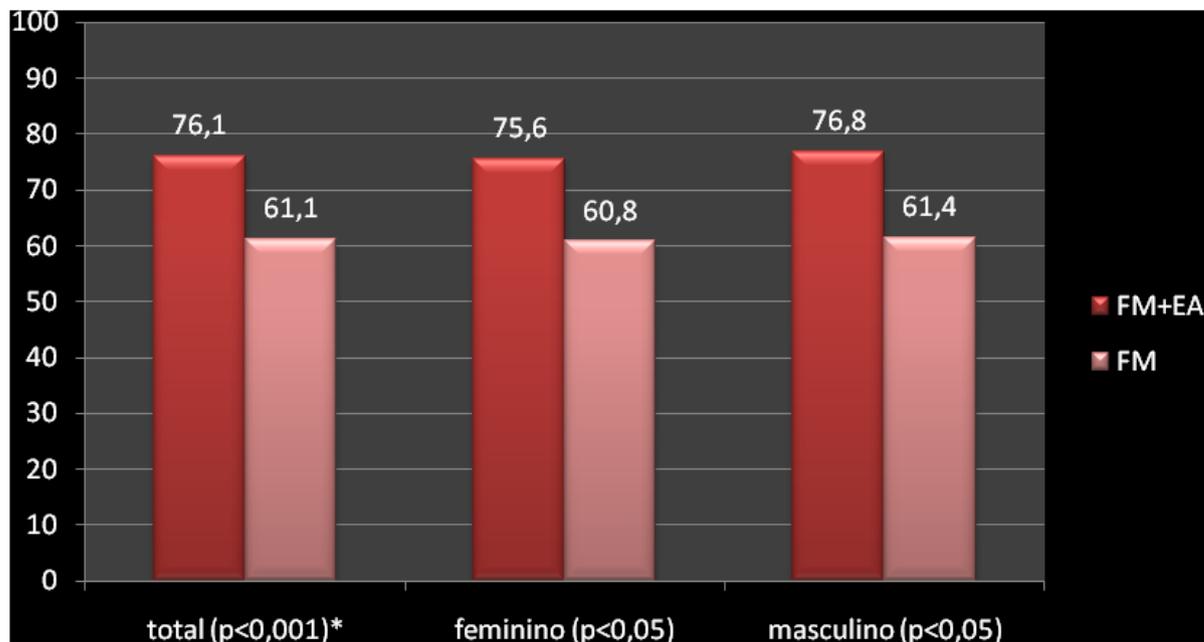
De acordo com Sampaio-Barros et al.<sup>(10)</sup> há evidências de que pacientes com EA que apresentem intensa atividade de doença – BASDAI maior ou igual a 4 – teriam como boa opção os benefícios da terapêutica com agente biológico. O estudo realizado por Azevedo et al.<sup>(17)</sup> sugere que antes da indicação do uso de biológicos, pacientes com EA sejam avaliados para a possibilidade da presença concomitante de FM e aqueles que apresentarem critérios positivos sejam adequadamente tratados e reavaliados.

O FIQ envolve questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos<sup>(18)</sup>, com perguntas semelhantes aos encontrados nos questionários citados anteriormente. Há semelhanças no BASDAI em relação à fadiga, cansaço, dor, rigidez; e no BASFI ao se referir a subir degraus, esforço físico e serviço doméstico. Por razões como essas, há a necessidade de se avaliar a confiabilidade do FIQ, pois a maior especificidade possibilita a obtenção de melhores resultados ao se avaliar pacientes fibromiálgicos.

A influência da EA no FIQ score poderia alterar a interpretação dos resultados funcionais e de qualidade de vida de pacientes fibromiálgicos. Desse modo, tendo influência direta na avaliação da efetividade de intervenção, pois o FIQ é um instrumento utilizado na clínica e em ensaios clínicos para avaliação da evolução do paciente fibromiálgico<sup>(7,8)</sup>, considerando que os sintomas da FM são subjetivos em sua maioria<sup>(9)</sup>.

Sabe-se que quanto maior o valor do FIQ score, maior é o impacto da FM na vida do pa-

**Gráfico 1. Média do FIQ score em pacientes fibromiálgicos com e sem EA.**



\*total: grupo feminino e masculino. FM, fibromiálgicos; FM+EA, fibromiálgicos com Espondilite Anquilosante

ciente avaliado<sup>(7,8,9)</sup>. Neste estudo, os resultados de sujeitos com as duas doenças, FM e EA, foram maiores que em pacientes portadores unicamente de FM.

O maior escore nesse questionário significa um maior impacto da FM<sup>(7,8)</sup>. Em situação hipotética, se o indivíduo fibromiálgico desenvolver a EA anos após o diagnóstico de FM, os FIQ scores aumentariam, o que possibilitaria a interpretação equivocada de piora do quadro de FM.

Os instrumentos de avaliação são importantes, mas há necessidade de uso criterioso para

evitar viés de confusão e erros de interpretação de seus resultados, o que poderia ser prejudicial à prática clínica e à pesquisa.

## CONCLUSÃO

Os pacientes do Grupo FM+EA apresentaram média comparativamente maior, no FIQ score, que o Grupo FM. Desse modo, é possível questionar a confiabilidade do FIQ, como um instrumento utilizado em pacientes quando se avalia o Impacto da Fibromialgia para fins clínicos e de estudo, quando há comorbidade como a EA.

---

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Fibromyalgia (FM) is a disease with significant symptoms of diffuse pain and tender points in the musculoskeletal system. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) assesses physical functioning, work status, psychological disorders, painful physical symptoms of the patient; the greater the impact of disease, the higher is the score found. Ankylosing Spondylitis (AS) is characterized as a chronic inflammatory disease that affects the axial skeleton and sacroiliac joint may present symptoms such as ligament ossification, arthritis and peripheral entesites. The coexistence of FM and AS is poorly studied. The reliability of assessment tools and schemes can be questioned due to potential confusion by coexisting FM. We compare the results of the FIQ in groups with FM and FM+AS.

**METHODS:** This study was a case-control study and case prevalent. Target population divided into two groups: 11 patients with FM and 11 with FM and AS, attended the Rheumatology Service of the HC-UFPR. Patients with other rheumatic diseases and other causes of chronic widespread pain were excluded. The FIQ was applied in all patients.

**RESULTS:** The mean FIQ score in Group FM+AS was 76.1 and in the FM Group was 61.1 ( $p < 0.001$ ). Among male patients with FM+AS it was 76.8 and at the male FM group it was 61.4 ( $p < 0.05$ ). Female patients with FM+AS got an average of 75.6 and females with FM 60.8 ( $p < 0.05$ ).

**CONCLUSION:** The FM+EA Group showed higher mean FIQ score when compared with the FM Group, which makes FIQ's reliability questionable as an instrument of evaluation of fibromyalgia for clinical purposes and study, in the presence of comorbidities such as EA.

**KEYWORDS:** *Spondylitis, Ankylosing; Fibromyalgia, Questionnaires; Pain Measurement.*

## REFERÊNCIAS

1. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA, et al. The Prevalence of Fibromyalgia: a Literature Review. *Rev Bras Reumatol.* 2006 Feb;46(1):40-8.
2. Skare TL. *Reumatologia: princípios e prática.* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. 335p.
3. Atallah-Haun MV, Ferraz MU, Pollak DF. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia em uma população brasileira. *Rev Bras Reumatol.* 1999;39:221-30.
4. Endresen GK. Fibromyalgia: a rheumatologic diagnosis? *Rheumatol Int.* 2007 Sep;27(11):999-1004.
5. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Projeto Diretrizes: Fibromialgia [monografia na Internet]. Brasília: AMB/CFM;2004. [Acesso em 09 novembro, 2009]. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/052.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/052.pdf).
6. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses. *Clin Exp Rheumatol.* 2005 Sep-Oct;23(5 Suppl 39):S154-62.
7. Fibromyalgia Information Foundation. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) [homepage na Internet]. [atualizada em nov. 2008; acesso em: 15 Fev. 2011]. Disponível em: [http://www.myalgia.com/FIQ/FIQ\\_B.htm](http://www.myalgia.com/FIQ/FIQ_B.htm).
8. Marques AP, Assumpção A, Santos AMB, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da Versão Brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol* 2006 Feb;46(1):24-31.
9. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. *J Rheumatol.* 1991 May;18(5):728-33.
10. Sampaio-Barros P, Azevedo VF, Bonfiglioli R, Campos WR, Carneiro SCS, Carvalho MAP, et al. Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão. *Rev Bras Reumatol.* 2007 Ago;47(4):233-242.
11. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum.* 2006 Feb;54(2):569-78.
12. Heikkilä S, Ronni S, Kautiainen HJ, Kauppi MJ. Functional Impairment in Spondyloarthropathy and Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2002 Jul;29(7):1415-9.
13. Turan Y, Duruoğuz M T, Bal S, Guvenc A, Cerrahoglu L, Gurgan Al. Assessment of fatigue in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int.* 2007 Jul;27(9):847-52.
14. Boonen A, van den Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D, et al. Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2005 Mar;64(3):396-402.
15. Ovayolu N, Ovayolu O, Karadag G. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clin Rheumatol.* 2011 May;30(5):655-64.
16. Aloush V, Ablin JN, Reitblat T, Caspi D, Elkayam O. Fibromyalgia in women with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int.* 2007 Jul;27(9):865-8.
17. Azevedo VF, Paiva ES, Felipe LRH, Moreira RA. Concomitância de fibromialgia em pacientes com espondilite anquilosante. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50(6):646-54.
18. Torres TM, Ciconelli RM. Outcome measures in ankylosing spondylitis. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46 Suppl 1:52-59.

Recebido em: 31/01/2011

Aprovado em: 23/03/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

### Correspondências:

Valderílio Feijó Azevedo

Rua Lamenha Lins, 1110, apto 11, Rebouças, Curitiba (PR)

CEP 80250-020

E-mail: [valderilio@hotmail.com](mailto:valderilio@hotmail.com)

## Residência Médica X Especialização

*Medical residency X specialization*

*Renato Passini Júnior<sup>1</sup>*

### RESUMO

Especialista é a pessoa que se consagra com particular interesse e cuidado a certo estudo, pessoa que se dedica a um ramo da profissão. Especializar significa diferenciação em relação a determinado assunto. Como descrito acima, Residência Médica se faz na forma de cursos de especialização. Existem, no Brasil, grande número de cursos denominados de especialização na área médica. Em muitas instituições, públicas e privadas, foram criados cursos de especialização com finalidades semelhantes ou diferentes da Residência Médica.

**DESCRITORES:** *Internato e Residência; Especialização.*

*Júnior RP. Residência Médica x Especialização. Rev. Med. Res. 2011; 13 (3) 192-199.*

### INTRODUÇÃO

Em alguns locais, esses cursos são idênticos aos PRM, porém sem se sujeitar às normas da CNRM, porque não são por ela credenciados e autorizados a funcionar. Algumas Associações de Especialistas têm normas para credenciar instituições para oferecimento desses cursos. Os critérios adotados para credenciamento das Instituições pelas associações são variados, existindo normas particulares para cada uma. Algumas associações possuem critérios que podem ser até mais rigorosos que os do próprio MEC, como, por exemplo, avaliações anuais das instituições, enquanto que o MEC faz avaliações quinquenais para obten-

ção de credenciamento.

Normalmente existem comissões internas nessas associações, que fazem a avaliação e autorizam ou não o credenciamento de Instituições para oferecimento dos cursos. Há, portanto, vários cenários de oferta e realização desses cursos de especialização oferecidos pelas Associações de Especialistas. Após o credenciamento pela Associação específica, as instituições elaboram seus processos seletivos.

Algumas denominam tais cursos como sendo de “especialização médica” e ressaltam o caráter diferente em relação à Residência Médica, embora o programa possa ser semelhante.

1. *Professor Assistente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP) e representante da Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).*

## O QUE SÃO AS “ESPECIALIZAÇÕES”?

Há, também, uma infinidade de cursos denominados de especialização, promovidos por instituições das mais variadas, públicas e privadas, alguns até ministrados por não-médicos, que servem como complementação profissional em alguma área específica da Medicina, com durações muito diferenciadas. Pesquisas em páginas eletrônicas de universidades públicas mostram, em alguns casos, dezenas e até centenas de cursos de especialização médica aprovados e divulgados, embora nem todos sejam de oferecimento simultâneo.

Geralmente, são cursos pagos, alguns chegando a valores muito altos, com durações das mais variadas. Mas esta cobrança deve ser institucionalizada, sob pena de desvios se não houver fiscalização oficial.

## ENSINO A DISTÂNCIA

Algumas universidades oferecem modalidades de cursos de especialização a distância, incluindo aí capacitação para o atendimento a doenças e emergências médicas. Como se pode verificar, portanto, há inúmeras possibilidades de cursos deste tipo, utilizando os mais variados métodos de ensino, inclusive a distância, com profissionais extremamente diversificados ministrando tais ensinamentos.

A grande oferta demonstra que o médico busca formação complementar na sua vida profissional, que muitas vezes paga caro por isso, não só em termos econômicos, mas em tempo dispendido e, assim, procura se aperfeiçoar e oferecer um melhor atendimento à população e conquistar novos mercados de trabalho. Seria importante se verificássemos que o interesse que as autoridades de saúde têm em relação à formação médica, fosse o mesmo para com

a educação continuada dos médicos e com o apoio para que eles pudessem se aperfeiçoar cada vez mais, sem tanto esforço econômico e pessoal.

Apesar da expressão “cursos de especialização” ser utilizada das mais variadas maneiras, o Ministério da Educação utiliza o termo especialização como uma nomenclatura destinada a denominar uma espécie da atividade de pós-graduação *lato sensu*, já que a Residência Médica também está incluída dentro da pós-graduação *lato sensu*. Grande parte da regulamentação atual sobre especialização encontra-se na Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007, que estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, publicada no Diário Oficial da União, em 8 de junho de 2007 (Brasília, Seção 1, pág. 9), já sofrendo alterações pela Resolução CNE/CES nº 5, de 25 de setembro de 2008.

## RESOLUÇÃO

O texto da Resolução CNE/CES nº1 de 2007 determina que:

Art. 1º - Os cursos de pós-graduação *lato sensu* oferecidos por instituições de educação superior devidamente credenciadas independentemente de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento, e devem atender ao disposto nesta Resolução.

§ 1º - *Incluem-se na categoria de curso de pós-graduação lato sensu aqueles cuja equivalência se ajuste aos termos desta Resolução.*

§ 2º - *Excluem-se desta Resolução os cursos de pós-graduação denominados de aperfeiçoamento e outros.*

§ 3º - *Os cursos de pós-graduação lato sensu são abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação ou demais cursos superiores e que atendam*

às exigências das instituições de ensino.

§ 4º - As instituições especialmente credenciadas para atuar nesse nível educacional poderão ofertar cursos de especialização, única e exclusivamente, na área do saber e no endereço definidos no ato de seu credenciamento, atendido ao disposto nesta Resolução.

Art. 2º - Os cursos de pós-graduação lato sensu, por área, ficam sujeitos à avaliação dos órgãos competentes a ser efetuada por ocasião do credenciamento da instituição.

Art. 3º - As instituições que ofereçam cursos de pós-graduação lato sensu deverão fornecer informações referentes a esses cursos, sempre que solicitadas pelo órgão coordenador do Censo do Ensino Superior, nos prazos e demais condições estabelecidos.

Art. 4º - O corpo docente de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, deverá ser constituído por professores especialistas ou de reconhecida capacidade técnico-profissional, sendo que 50% (cinquenta por cento) destes, pelo menos, deverão apresentar titulação de mestre ou de doutor obtido em programa de pós-graduação estrito sensu reconhecido pelo Ministério da Educação.

Art. 5º - Os cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, têm duração mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas, nestas não computado o tempo de estudo individual ou em grupo, sem assistência docente, e o reservado, obrigatoriamente, para elaboração individual de monografia ou trabalho de conclusão de curso.

Art. 6º - Os cursos de pós-graduação lato sensu a distância somente poderão ser oferecidos por instituições credenciadas pela União, conforme o dis-

posto no § 1º do art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Parágrafo Único. Os cursos de pós-graduação lato sensu oferecidos a distância deverão incluir, necessariamente, provas presenciais e defesa presencial individual de monografia ou trabalho de conclusão de curso.

Art. 7º - A instituição responsável pelo curso de pós-graduação lato sensu expedirá certificado a que farão jus os alunos que tiverem obtido aproveitamento, segundo os critérios de avaliação previamente estabelecidos, sendo obrigatório, nos cursos presenciais, pelo menos, 75% (setenta e cinco por cento) de frequência.

§ 1.º - Os certificados de conclusão de cursos de pós-graduação lato sensu devem mencionar a área de conhecimento do curso e serem acompanhados do respectivo histórico escolar, do qual devem constar, obrigatoriamente:

I - relação das disciplinas, carga horária, nota ou conceito obtido pelo aluno e nome e qualificação dos professores por elas responsáveis;

II - período em que o curso foi realizado e a sua duração total, em horas de efetivo trabalho

III - título da monografia ou do trabalho de conclusão do curso e nota ou conceito obtido;

IV - declaração da instituição de que o curso cumpriu todas as disposições da presente Resolução; e

V - citação do ato legal de credenciamento da instituição.

§ 2.º Os certificados de conclusão de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especialização, na modalidade presencial ou a distância, devem ser obrigatoriamente registrados pela instituição devidamente credenciada e que efetivamente ministrou o curso.

§ 3.º - Os certificados de conclusão de cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, que se enquadrem nos dispositivos estabelecidos nesta Resolução terão validade nacional.

Art. 8º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogados os arts. 6.º, 7.º, 8.º, 9º, 10, 11 e 12 da Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001, e demais disposições em contrário.

## ANÁLISE

Vê-se, pelo teor da Resolução, que cursos de aperfeiçoamento profissional não são atingidos por esta regulamentação. Entretanto, é difícil separar o contexto de aperfeiçoamento destes cursos de especialização, bem como falta uma definição sobre o que seriam, então, os cursos de aperfeiçoamento.

Segundo o Ministério da Educação, “os cursos de especialização em nível pós-graduação *lato sensu* são voltados às expectativas de aprimoramento acadêmico e profissional e com caráter de educação continuada. Oferecidos exclusivamente a portadores de diploma de curso superior, têm usualmente um objetivo técnico-profissional específico, não abrangendo o campo total do saber em que se insere a especialidade”.

Seriam, portanto, diferentes de uma Residência Médica. Sua carga horária mínima é de 360 horas (não se diz qual é a carga horária máxima), não computando o tempo de estudo individual ou em grupo sem assistência docente, nem o tempo destinado à elaboração de monografia ou trabalho de conclusão de curso.

Dependendo do objeto de estudo descrito no projeto pedagógico, o curso de especialização poderá ter carga horária bem maior do que 360 horas. Os PRM têm duração máxima

de 2.880 horas anuais. Tais cursos têm finalidades muito variadas, que podem incluir desde o aprofundamento da formação da graduação em determinada área – como as especializações dos profissionais da área de saúde – ou temas mais gerais que proporcionam um diferencial na formação acadêmica e profissional.

Em síntese: os cursos de especialização em nível de pós-graduação *lato sensu* são uma modalidade voltada às expectativas de aprimoramento acadêmico e profissional, cuja duração pode chegar a um ou dois anos.

Naquilo que interessa à discussão deste Capítulo, a especialização médica em cursos não caracterizados como Programas de Residência Médica, traz várias reflexões.

Primeiramente, é difícil classificar alguns cursos de “especialização” na área médica, relativamente ao ganho de conhecimentos em especialidades médicas, como sendo a mesma coisa que o previsto na Resolução descrita.

Em Parecer CES/908/98, menciona-se quanto à solicitação de instituição para oferecimento de especialização em área médica que “essa prática tem sido frequente, sobretudo, na área da saúde onde, recém-médicos, tendo ou não realizado residência, são incentivados a prosseguir o seu aperfeiçoamento em instituições cujo ambiente de trabalho mescla a capacitação em serviço com a participação em experimentos, estudos ou intervenções, que têm impacto sobre o desenvolvimento da área específica”.

Portanto, a especialização, como assim refere o Ministério da Educação, está voltada não apenas para os médicos que não cursaram Programas de Residência Médica, mas também é procurada por estes. Isto é de grande interesse para a educação continuada de médicos, especialistas ou não, porque a formação médica claramente não é terminal, nem com a conclusão

da Residência Médica.

Trata-se, portanto, de excelente oportunidade para que médicos e especialistas ampliem seus conhecimentos em área específica de sua prática, tendo em vista os avanços da ciência médica.

## CONFLITO ENTRE RESIDÊNCIA E ESPECIALIZAÇÕES NA MESMA INSTITUIÇÃO

Aspectos que geram discussões referem-se ao controle sobre esta modalidade e o fato dela poder interferir nos PRM. Quando docentes de Instituições que oferecem esses cursos de especialização são os mesmos que atuam na Residência Médica, pode haver deslocamento de atividades e de interesses para uma modalidade, prejudicando a outra. Algumas situações deste tipo podem ser vistas no país, quando se observa PRM sem preceptoría consistente, enquanto cursos de especialização são bem tutorados.

Há várias instituições da área de saúde pelo país com cursos de especialização *lato sensu* aprovados (DESUP/SESu/MEC) e que têm o mesmo nome de especialidades médicas ou de suas áreas de atuação.

Saber se o teor destes cursos é semelhante a uma Residência Médica é algo para ser analisado caso a caso. Provavelmente, na maioria das vezes, trata-se de cursos de duração muito menor que a da Residência Médica, embora existam alguns que podem durar de um a dois anos e com número de horas bem semelhante ao de um Programa de Residência Médica. Como detalhe importante, como exemplificado acima, várias instituições cobram do especializando uma mensalidade, nem sempre pequena. Portanto, há especializando que

realizam cursos com carga horária próxima de Programas de Residência Médica, tendo que pagar por isso.

Em alguns editais de processos seletivos para essas especializações, pode-se observar que no próprio título do edital aparece: “Especialização em Regime de Residência Médica”.

São processos seletivos que não seguem, necessariamente, as normativas de acesso à Residência Médica, nem irão conferir o Título de Especialista nos moldes do Ministério da Educação ou da Associação Médica Brasileira.

Os direitos e deveres dos médicos residentes não são os mesmos dos especializando e aí está um grande problema. Especializando seguem regramentos das Instituições e das coordenações destes cursos. A instituição que oferece tais cursos deve estar credenciada pelo Ministério da Educação, mas os cursos independem de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento. Há, portanto, autonomia da instituição.

Enquanto os Programas de Residência Médica por processo de credenciamento a cada cinco anos, podendo ser antecipado em certas circunstâncias, os cursos de especialização *lato sensu* regulados por esta Resolução não têm o mesmo tipo de controle, embora possam ser avaliados quando do credenciamento das instituições que os oferecem.

## COMO CONHECER SE O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO É CREDENCIADA PELA SOCIEDADE DE ESPECIALIDADE?

O Ministério da Educação informa que “existe um portal que oferece informações sobre as instituições de educação superior cre-

denciadas e os cursos superiores autorizados ([www.educacaosuperior.inep.gov.br/](http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/))”.

Isto permitiria que o interessado verifique se o curso ou se a Instituição estão oferecendo aquilo que é esperado. **Há exigência de que pelo menos 50% dos docentes desses cursos tenham mestrado e/ou doutorado, o que implica em corpo docente com maior formação em pós-graduação estrito senso do que a exigida para os PRM.** Após o término destes cursos, no certificado de conclusão expedido pela Instituição, deve estar mencionada a área de conhecimento do curso, cuja validade é nacional (Artigo 7º § 3º).

Deve-se discutir até que ponto tais diplomas não podem gerar conflitos com o próprio Título de Especialista, em algumas situações específicas. Portanto, cursos de especialização *lato sensu* não deveriam ter a abrangência de uma formação nos moldes de uma residência médica, nem deveriam ter o nome de uma especialidade médica ou área de atuação, pois o certificado expedido é de validade nacional.

Isto é uma questão importante, porque uma especialização em área médica, se tiver a amplitude de uma residência médica ou de uma área de atuação, não sendo residência médica, para conferir um Título de Especialista, dependerá de aprovação em prova específica da Associação de Especialistas.

Temos, portanto, um cenário amplo de oferta de cursos de qualificação profissional para os médicos, diferentes de Residência Médica, com nomenclaturas diversas, múltiplas formas de treinamento e oferecidos por instituições públicas e privadas. Verifica-se que a polêmica ainda é grande em relação a estes cursos, quando se analisa a questão de sua relação com a formação de especialistas. Sabe-se que existem estágios e especializações que são feitos de ma-

neira semelhante ou idêntica à de Programas de Residência Médica, havendo situações onde o médico nada recebe ou, então, tem que pagar para realizar este aperfeiçoamento. Embora sejam dadas algumas justificativas para essa situação, é inevitável associar esta condição à de exploração da mão de obra do médico.

## DEMANDA

Atualmente, os médicos residentes recebem uma bolsa de aproximadamente R\$ 2.300,00 por mês, sem encargos trabalhistas e sem décimo-terceiro salário. Para Instituições e Serviços que oferecem estágios e especializações nos moldes da Residência Médica, sem remuneração aos médicos, seria necessário avaliar se o custo acima não é muito inferior ao que estes estagiários e especializandos estão produzindo nos locais de treinamento.

Estas vagas poderiam se transformar em bolsas de Residência Médica, se houvesse interesse e qualificação, tanto das instituições quanto dos setores governamentais. Entretanto, quanto mais faculdades de Medicina forem criadas, sem condições de ministrar treinamento para formação de especialistas na forma de Residência Médica, maior será a procura por número de estágios e especializações. O credenciamento de instituições hospitalares como hospitais de ensino, para suprir a grande demanda de treinamento para médicos recém-formados, pode ser uma alternativa, mas cujo resultado pode ficar muito aquém daquilo que se pretende, pois a tradição de ensino nesses locais pode não ser suficiente para dar conta das necessidades dos profissionais.

Há, portanto, muitos setores envolvidos e responsáveis por este quadro, desde setores governamentais em todos os níveis, até privados, mas há necessidade premente de definir

melhor esses estágios e especializações. Depois de concluído o treinamento em uma área específica, por parte do médico que fez um estágio ou uma especialização, **surge uma outra questão que é a divulgação da competência adquirida e, com isso, os problemas relativos à publicidade médica.**

Vários episódios já foram de domínio público apontando que médicos com “especializações” ou “estágios” praticaram atos que resultaram em prejuízo aos seus pacientes. Evidentemente que qualquer médico, independente de sua formação e especialização, está sujeito a maus resultados.

Pesquisa realizada no *Estado de São Paulo*, entretanto, abordando questões referentes a erros médicos, mostra que o fato de ter feito residência e ter título de especialista junto a uma Associação de Especialidade reduz esse risco.

Em artigo publicado recentemente pelo Conselho Federal de Medicina, o conselheiro e membro da Comissão Mista de Especialidades, Antônio Gonçalves Pinheiro, ao comentar sobre a necessidade de divulgação da qualificação dentro da Medicina, afirma ser esta questão crucial para a segurança do atendimento aos pacientes, “havendo leis que impõem punição aos que, por intermédio de publicidade ou outro meio qualquer, anunciam serem especialistas, sem terem títulos registrados nos ramos da Medicina (especialidades), e proíbem anúncio de especialidade não reconhecida no ensino ou que tenham tido sanção das sociedades médicas”. Alerta também para a necessidade de estabelecer limites nas qualificações, “deixando de vez no passado aquela afirmação de que o diploma de médico possibilita o exercício geral e ilimitado da atividade.

É anacrônico e até certo ponto desmoralizante que, frente ao avanço, atingem direta-

mente aqueles que fizeram especializações e estágios. O mesmo autor complementa que “afirmar que médicos ao concluírem sua graduação podem fazer ‘tudo’, parece ultrapassar limites de bom senso e de complexidade da Medicina atual”.

Destaca, ainda, que há necessidade de um registro formal de aquisição de competências para que o médico possa divulgá-las, sendo isto “absolutamente necessário para proteção da população e também dos próprios médicos. Fazer isto sem fragmentar a Medicina é um grande desafio”.

Portanto, está aí mais um desdobramento da formação de especialistas e da forma como isto é feito. É necessário ter controle sobre essa formação, tanto em termos de quantidade, mas fundamentalmente em termos de qualidade, para assegurar a proteção da população e para que os profissionais possam entender os limites de sua prática.

O investimento dos setores de governo na saúde deveria ser ampliado para garantir a efetivação do atendimento à população pelo sistema de saúde idealizado, mas, para isso, será fundamental buscar qualidade na formação de médicos e de especialistas e não apenas aumentar seu número, pois as consequências disto podem gerar grandes frustrações a todos em curtíssimo prazo, além de grandes problemas no futuro.

Certamente há muitos outros aspectos a debater na questão Residência Médica x Formação de Especialistas, diferente de Residência Médica. As formas de encarar esta questão são diversas e o conjunto de reflexões e ações, pensando na verdadeira qualificação profissional, sem exploração do médico e beneficiando a saúde da população, poderá nos trazer mais elementos para encontrar o melhor caminho a seguir.

## ABSTRACT

An specialist is a person who is devoted with particular interest and care to a certain study, a person who is dedicated to a branch of the profession. Specializing means differentiation in respect to a given subject. As described above, medical residency is carried out in the form of specialization courses. There are, in Brazil, a large number of courses called medical specialization in the area. In many institutions, both public and private, specialization courses were created, with similar or different purposes to those of residency.

**KEYWORDS:** *Internship and Residency; Specialization.*

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Texto Promulgado em 5 de outubro de 1988. [acesso em 2011 Fev 10]. Disponível em: [www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/](http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/).
2. Brasil. Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 [Internet]. [acesso em 2011 Fev 10]. Disponível em: [portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13087&Itemid=506](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13087&Itemid=506).
3. Brasil. Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981 [Internet]. [acesso em 2011 Fev 16]. Disponível em: [portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13086&Itemid=506](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13086&Itemid=506).
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.845, de 16 de julho de 2008 [Internet]. [acesso em 2011 Fev 16]. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1845\\_2008.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2008/1845_2008.htm).
5. Escolas Médicas do Brasil [Internet]. [atualizada em 2011 Fev; acesso em 2011 Fev 11]. Disponível em: [www.escolasmedicas.com.br/geo.php](http://www.escolasmedicas.com.br/geo.php).
6. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica [Internet]. [acesso em 2011 Fev 10]. Disponível em: [mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST\\_CNRM/APPS/inst\\_especialidades.asp](http://mecsrv04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/inst_especialidades.asp).
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Estudo Perfil do Médico 2007 [Internet]. São Paulo: CREMESP. [atualizada em 2007; acesso em 2011 Fev 16]. Disponível em: [www.cremesp.org.br/library/modulos/centro\\_de\\_dados/arquivos/perfil\\_medico.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/perfil_medico.pdf).
8. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
9. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 1, de 8 de junho de 2007 [Internet]. [acesso em 2011 Fev 10]. Disponível em: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001\\_07.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf).
10. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 5, de 25 de setembro de 2008. [Internet]. [acesso em 2011 Fev 10]. Disponível em: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/rces005\\_08.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/rces005_08.pdf).
11. Brasil. Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 [Internet]. [acesso em 2011 Fev 10]. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm).
12. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Cartilha Esclarecedora sobre a Lei do Estágio [Internet]. [acesso em 2011 Fev 16]. Disponível em: [www.mte.gov.br/politicas\\_juventude/cartilha\\_Lei\\_Estagio.pdf](http://www.mte.gov.br/politicas_juventude/cartilha_Lei_Estagio.pdf).
13. Boyaciyen K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetria no estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2006 Jun;52(3):144-7.
14. Pinheiro AG. Especialidade médica: como comprovar? [Internet]. 2009 Maio [acesso em 2011 Fev 16]. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?id=1096](http://www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?id=1096).

Recebido em:10/10/2010

Aprovado em:12/12/2010

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renato Passini Júnior

Rua Alexander Fleming, 101 – Cidade Universitária – Barão Geraldo - CEP 13083-881 – Campinas (SP)

E-mail: [passini@caism.unicamp.br](mailto:passini@caism.unicamp.br)

## A arte de ouvir o paciente

*The art of listening to the patient*

Leticia Cezar Araújo<sup>1</sup>  
Leonardo Brancia Pagnan<sup>1</sup>  
Leonardo Rivabem Zanetti<sup>1</sup>  
João Carlos Simões<sup>2</sup>

### RESUMO

Atualmente, é grande a discussão em torno do aspecto humanizante da formação médica e das novas bases legais de qualidade da assistência que convergem para a efetiva promoção da saúde, ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico. Um ponto primordial dentro desse debate é o papel da relação entre profissionais de saúde e pacientes. Primeiramente, esse trabalho tem por objetivo, através da revisão da literatura existente, evidenciar a importância da relação médico-paciente na melhora da qualidade do serviço de saúde. Também será brevemente discutido o histórico dessa temática que atualmente encontra renovado interesse no meio médico. Por fim, serão apresentados argumentos de que a relação médico-paciente assumiu papel secundário no modelo biomédico vigente e nesse sentido serão apontadas falhas na atual formação do profissional médico.

**DESCRITORES:** *Relações médico-paciente; Educação Médica.*

*Araújo LC, Pagnan LB, Zanetti LR, Simões JC. A arte de ouvir o paciente. Rev. Med. Res. 2011; 13 (3) 200-205.*

*"Não é o diploma médico, mas a qualidade humana, o decisivo." (CARL GUSTAV JUNG)*

### INTRODUÇÃO

No mundo todo, o comportamento inadequado de médicos no contato com o paciente tem resultado no aumento das denúncias e dos gastos

com a saúde. A necessidade de reduzir os efeitos nocivos da conduta médica inapropriada levou a diversos estudos a respeito da qualidade dos serviços de saúde e das diretrizes de reorganização do modelo assistencial, incluindo o ponto de vista dos usuários a respeito do fornecimento do serviço prestado pelo sistema de saúde<sup>(1)</sup>.

**Trabalho realizado na disciplina de História e Humanização da Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.**

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).
2. Professor Titular do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

A relação médico-paciente tem sido encarada como um ponto-chave na melhora da qualidade do serviço de saúde e compreende aspectos como a personalização da assistência, a humanização do atendimento, o direito à informação e o consentimento informado<sup>(2)</sup>.

## **A IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Desde os primórdios da humanidade, a prática médica se fundamentou na relação médico-paciente (RMP), priorizando a arte de ouvir e examinar cuidadosamente o indivíduo acima de qualquer intervenção terapêutica. Assim sendo, o médico exercia importante influência no psiquismo do enfermo e na evolução das enfermidades, transmitindo através do relacionamento interpessoal a solidariedade, o amparo e a segurança muitas vezes necessários ao despertar da reação vital do organismo. Nestes casos, curava pela simples presença, ou seja, através de efeitos terapêuticos psicológicos ou inespecíficos segundo os parâmetros da medicina científica<sup>(3)</sup>.

Para a maioria dos clínicos, a questão da relação com seus clientes remete basicamente a algumas aulas da graduação, ou aparece na forma de um discurso mais ou menos lírico, utilizado em conversas entre colegas, frequentemente sem maiores correlações com a realidade vivida nos consultórios e enfermarias. Mostra-se, desta forma, despossuída de qualquer conteúdo positivo ou intrínseco às aptidões objetivamente exigidas para o cuidado dos doentes; portanto, um conceito idealizado. Por outro lado, boa parte das críticas dirigidas à forma como se estabelece usualmente esta relação carece igualmente da proposição de alternativas factíveis dentro da realidade cotidiana dos profissionais de saúde e, portanto, compartilham da mesma ilusão idealista.

Um exemplo bastante prático disto é a abordagem do aspecto afetivo da RMP. Ora, a afetividade existe inevitavelmente, na medida em que ela se refere a um contato entre pessoas, embora concordemos com Sartre (Birman, 1980) quando considera a relação com o médico como um fato original, diferenciado das características das outras relações, o que certamente não invalida a afirmação anterior. Desta forma, por mais que se procure manter um distanciamento, sentimentos estarão sempre presentes, nas mais variadas formas, como afeição, empatia, antipatia, aversão, medo, compaixão, erotismo etc. Pode ocorrer uma negação desta realidade por parte de alguns profissionais, enquanto outros, ao contrário, tendem a reduzir a RMP exclusivamente ao seu conteúdo afetivo, definindo-a a partir de categorias como amizade, carinho etc. Não pretendemos menosprezar este aspecto da RMP. Entretanto, parece-nos mais adequado aceitar simplesmente o caráter imprevisível dos afetos presentes na consulta, na medida em que envolvem um campo alheio à racionalidade humana. É um pré-conceito considerar que o médico deva ser amigo ou gostar de seus pacientes. Este pré-conceito é incapaz de dar conta da prática clínica concreta, e reduzir a RMP a uma questão afetiva significa esvaziá-la de qualquer conteúdo instrumentalizável, destinando-a ao universo do aleatório. Aleatório aqui não significa, de modo algum, neutro, porque, na verdade, este esvaziamento ajuda a encobrir outros mecanismos bem mais sutis onde a RMP, da forma como é estabelecida, segue produzindo seus efeitos no indivíduo e na sociedade (Fernandez, J.C.L, 1993).

## **HISTÓRICO DA DISCUSSÃO**

Já nos anos cinquenta, o médico e filósofo alemão Karl Jaspers desenvolveu uma série de reflexões sobre o médico enfatizando a necessidade de a medici-

na recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, relegados à psicanálise e preteridos na Medicina em prol da instrumentação técnica e na objetividade dos dados<sup>(2)</sup>.

A consciência da necessidade de um desenvolvimento da interação comunicativa entre médico e paciente foi se ampliando nos anos 60 através dos estudos de psicologia médica, de análises psicanalíticas da figura do médico, assim como da experiência dos grupos Balint ao introduzir a dimensão psicológica na relação médico-paciente e a necessidade da formação psicoterapêutica para o médico<sup>(2)</sup>.

Nas décadas de 60 e 70, os trabalhos de Talcott Parsons foram pioneiros na área da sociologia da saúde, dissertando sobre a relação médico-paciente e o consenso intencional (consentimento informado) originado da atenção à defesa dos direitos dos consumidores<sup>(2)</sup>.

No anos 80 e 90, autores como Arthur Kleinman, Byron Good, Cecil Helman, Gilles Bibeau e Allan Young analisaram a relação médico-paciente sob o ponto de vista da antropologia, tentando analisar não somente o componente cultural da doença, mas também a experiência e o ponto de vista do doente e dos familiares, as interpretações e as práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento<sup>(2)</sup>.

O trabalho destes autores tem grande influência sobre a realização de cursos e outros programas de formação a respeito da comunicação médico-paciente, como o que ocorre na Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard, constituindo-se como um componente-chave de formação na graduação e pós-graduação na área médica<sup>(2)</sup>.

## **RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NAS PRÁTICAS EXTRA E INTRA-HOSPITALAR**

A prática clínica extra-hospitalar, a qual pre-

ferimos chamar, especificamente, de Atenção Primária à Saúde para demarcar claramente um campo e, ao mesmo tempo, uma relação dentro de um sistema, tem como elemento constitutivo básico a direta interligação das queixas trazidas pelo paciente com suas condições de existência, seu sentir-se mal com a vida. Em função desta característica, o raciocínio anatomofisiopatológico resulta ineficaz para satisfazer, qualitativamente, boa parte da demanda. Em outras palavras, o raciocínio anatomoclínico é frequentemente insuficiente para dar conta do sofrimento apresentado ao médico, cujas causalidades predominantes, na maioria das vezes, encontram-se em outros campos da vida, isto é, nos campos social, emocional, ambiental etc. O termo predominante traduz um conceito empírico que julgamos clinicamente necessário dentro do campo epistemológico que estamos propondo. Isto é, pretendemos, com isto, não segmentar pacientes em fisiopatológicos, psicológicos, epidemiológico-programáticos, sociais etc., nem definir uma causalidade “essencial” psicológica das relações, em cada queixa ambulatorial, como defende Balint (1984), mas exatamente evidenciar a característica de interligação e pluralidade entre os vários campos da existência humana e, portanto, do adoecimento, evidenciada de modo claro e eventualmente explícito na prática extra-hospitalar. Disto conclui-se a necessidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas mais abrangentes que a fisiopatologia para fazer face a estas solicitações.

## **ATIVIDADES AMBULATORIAIS**

Não é à toa que a prática clínica extra-hospitalar goza de tão má reputação entre os médicos, na medida em que, na verdade, estes se vêem desguarnecidos de instrumentos teóricos

capazes de ajudá-los a dar conta de boa parte da demanda que têm a atender. O resultado desta situação normalmente é traduzido em receitas inócuas verdadeiros efeitos-placebo, cronificação de doentes, pedidos de exame desnecessários; em uma palavra, medicalização. Portanto, para realizar um atendimento médico tecnicamente consistente no campo extra-hospitalar, torna-se necessário ampliar o campo de percepção clínica, de modo a buscar em outras áreas do conhecimento humano e científico as análises e respostas mais adequadas às queixas e sintomas, sob o risco de se desenvolver uma atuação profissional superficial, ineficiente e de baixa resolubilidade, dominada pela monotonia e repetitividade oriundas da pobreza fisiopatológica dos casos e da estreiteza do olhar médico. Isto levanta, obviamente, a questão da necessidade de uma formação médica específica para este campo de atuação profissional.

Ocorre que, para utilizar as palavras de Almeida (1988), este campo clínico ampliado cria, como consequência, a ampliação também da presença subjetiva do paciente na consulta, enquanto portador de um conhecimento essencial para a aplicação destes instrumentais. Desta forma, para ser eficaz, do ponto de vista clínico, a prática médica extra-hospitalar necessita, obrigatoriamente, da interação entre dois conhecimentos positivos: o conhecimento teórico do médico sobre os processos de adoecimento e o conhecimento do paciente sobre sua vida, sem os quais não há possibilidade de desenvolvimento de um diagnóstico e de uma ação terapêutica consistentes. Em outras palavras, é a presença subjetiva, neste campo de atuação, que fornece as condições de possibilidade de desenvolvimento de uma ação médica tecnicamente eficaz. E é a partir desta condição que uma RMP mais humanizada poderá ocorrer.

Por outro lado, esta interação de conhecimentos pode gerar, em consequência, um processo de contra-hegemonia, na medida em que define as condições de vida enquanto um campo positivo para a anamnese e, ao mesmo tempo, que confere um limite à atuação do médico. Isto é, o clínico é instado, através da aquisição de um instrumental mais amplo e mais crítico, a adquirir consciência de seus limites, responsabilidades, bem como da realidade das pessoas que atende; e o paciente, de seus processos mórbidos, de seus determinantes e de sua responsabilidade na modificação destes. Do ponto de vista do médico, este limite é fornecido tanto pela sua incompetência objetiva para solucionar questões que pode, eventualmente, ajudar a visualizar, como, por exemplo, a necessidade de mudança de um emprego insalubre, melhoria nos rendimentos, as condições de habitação etc. Ou pela constatação de um limite dado, entre outros motivos, pelo seu (des)conhecimento objetivo para o aprofundamento de aspectos específicos implicados na consulta, levando-o a recorrer a profissionais especializados em outras áreas, como psicólogos, internistas, assistentes sociais etc. Com isto, queremos realçar, parafraseando Birman (1980), a incompetência da medicina para a totalidade da existência humana.

Como exemplo, este tipo de abordagem permite tornar consciente o fato de, na atividade extra-hospitalar, o médico raramente ser diretamente responsável pelo tratamento do paciente, cabendo a este último a decisão real e final sobre o procedimento terapêutico. Isto acarreta, certamente, um lugar de poder diferenciado do usuário em relação ao paciente hospitalar, bem como um aspecto favorecedor de sua conscientização e autonomia. Ou, como refere Rifkin (1986) em um contexto

mais geral, comunitário, aponta que "os profissionais médicos não podem ditar nem controlar o envolvimento das pessoas, mas apenas servir como recursos para suas escolhas. Incluímos propositalmente esta última citação para apontar um campo bastante interessante para futuras investigações, que é a relação da participação (ou envolvimento, como prefere Rifkin) comunitária nos trabalhos de saúde com a forma como ocorre a participação do paciente na consulta clínica.

## **ATIVIDADE NO HOSPITAL**

A atividade médica hospitalar, ao contrário da anterior, caracteriza-se por uma importância relativamente maior da anatomo-fisiopatologia, na medida em que o paciente internado apresenta, em princípio, um quadro de maior complexidade neste campo. Ele necessita de especialistas que possuam a habilidade necessária para olhar suas lesões em profundidade e medicalizá-las adequadamente. Como descreve Foucault (1987), o hospital moderno se estruturou em função da racionalidade anatomo-clínica, e é este o conhecimento básico demandado a seus profissionais. O exemplo máximo desta realidade é o centro cirúrgico, ou o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), onde a subjetividade do doente jaz sob anestesia, ou perdida entre tubos. Neste caso, falar em relação médico-paciente significa pouco mais que um exercício metafísico, já que a história de vida e a subjetividade do paciente pouco acrescentam ao médico que o trata. A este, pede-se que seja hábil e competente, dentro de sua área de conhecimento, relativizando-se a importância de suas habilidades no trato humano. Com isto, queremos dizer que, embora seja preferível, obviamente, que o cirurgião, internista ou es-

pecialista seja empático e atencioso, esta característica não está relacionada diretamente à demanda clínica efetivamente em questão. Por outro lado, exigir que estes profissionais tenham um instrumental amplo, estudem ciências humanas etc., não passa muito de um apelo idealista pouco referido aos interesses, necessidades e possibilidades concretas destes profissionais. Neste sentido, nos opomos às afirmações de Campos (1991), que defende que "o saber cirúrgico deve pressupor o clínico, e este, noções sobre saúde mental, determinação do processo-saúde-doença", incluindo aí também a necessidade do saber epidemiológico. Este tipo de apelo traduz uma concepção onipotente e idealista da Medicina, bem como uma falta de percepção das limitações impostas pelas especialidades médicas, tanto no que se refere à quantidade dos conhecimentos específicos que exigem, quanto da forma de "olhar" que demandam do profissional, muitas vezes necessariamente excludente em relação a outros enfoques.

A partir destas considerações, acreditamos que a condição para a existência do sujeito no campo hospitalar será dada, fundamentalmente, pela atuação da equipe multiprofissional, que, através de suas variadas abordagens, poderá ampliar o espaço subjetivo do indivíduo portador da lesão, contribuindo para a sua humanização. Quando possível, a visita do médico generalista (extra-hospitalar) ao paciente internado e sua atuação junto à equipe hospitalar também poderão contribuir para a discussão e compreensão dos aspectos histórico-existenciais deste paciente. Caberá, neste sentido, ao médico do hospital reconhecer a estreiteza (necessária) de sua abordagem e aceitar seu papel (ou ser pressionado a isto) como membro de uma equipe que questionará, eventualmente, seu autoritarismo ou sua condu-

ta, e (de)limitará seu campo de atuação sobre o paciente e sobre o próprio espaço hospitalar.

## CONCLUSÃO

A relação médico paciente é especial. Dela pode depender a melhora da condição do enfermo ou a definitiva perda de sua saúde.

O paciente entende o profissional médico como alguém que tem o poder para curá-lo. Estando submetido a tal "poder", o paciente, além de enfermo, pensa estar em um patamar inferior ao "homem de branco". Encontrando-se em tal situação não deseja ser tratado como cobaia ou cliente. Cabe ao médico tentar esta-

belecer a melhor relação possível, para elevar a auto-estima do paciente e despertar nele a vontade de melhorar, sentimento fundamental na luta contra qualquer doença.

Na tentativa de desmistificar o conceito de médico, este pode fazer um gesto nobre, simples e humilde para com o paciente: Sentar e ouvi-lo. Dar ouvidos ao paciente é a peça chave na construção de uma boa relação. Deve-se ouvi-lo com cuidado, atento para os mínimos detalhes de como e do que ele está falando, se perguntando por que lhe conta o que está falando.

Está técnica é algo que sempre pode ser lapidada, afinal, ouvir o paciente é uma arte.

---

## ABSTRACT

Currently, there is a great discussion about aspects of the humanization of medical training and aspects of the new legal bases for quality of medical care that converge to the effective promotion of health, considering patients in their physical, mental and social integrity and not only from a biological point of view. A key point in this debate is the role of the relationship between health professionals and patients. Firstly this paper aims, through a revision of existing literature, to highlight the importance of the physician-patient relationship in the improvement of the quality of health services. We will also briefly discuss the history of this issue, which currently enjoys renewed interest in the medical environment. Finally, we will present arguments stating that the physician-patient relationship has taken a supporting role in the biomedical model in force and, in this sense, we will point out existing flaws in the formation of the medical professional.

**KEYWORDS:** *Physician-Patient Relations; Education, Medical.*

---

## REFERÊNCIAS

1. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):139-146.
2. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999 Set;15(3):647-654.
3. Teixeira MZ. Bases Psiconeurofisiológicas do Fenômeno Placebo-Nocebo: Evidências Científicas Que Valorizam A Humanização Da Relação Médico-Paciente. *Rev Assoc Med Bras*. (1992) 2009;55(1):13-18.

Recebido em: 17/04/2011

Aprovado em: 04/06/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

---

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

João Carlos Simões

Rua Nicolau J. Gravina, 65 - CEP 82010-020 – Cascatinha Curitiba-Paraná. - Email: drjcs@uol.com.br

## Glomerulonefrite aguda pós-infecciosa: relato de caso

*Acute post-infectious glomerulonephritis: case report*

*Cristine Secco Rosário<sup>1</sup>  
Paulo Ramos David João<sup>2</sup>*

### RESUMO

Glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) tem como causa mais frequente em pediatria a infecção pelo *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do Grupo A de Lancefield, porém outros microorganismos podem causar a doença. Dos pacientes com GNDA pós-streptocócica, 95% evoluem bem com ou sem tratamento suportivo. Aproximadamente 2% progridem para lesão crônica e 1%, para a forma rapidamente progressiva. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de glomerulonefrite pós-infecciosa por *Streptococcus pneumoniae*, que raramente tem a GNDA como complicação.

**DESCRITORES:** *Glomerulonefrite Pós-Infecciosa; Streptococcus Pneumoniae.*

*Rosário CS, João PRD. Glomerulonefrite aguda pós-infecciosa: relato de caso. Rev. Med. Res. 2011; 13 (3) 206-210.*

### INTRODUÇÃO

Glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) tem como causa mais frequente em pediatria a infecção pelo *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do Grupo A de Lancefield<sup>(1)</sup>. Desde a década de 1970, foram publicados apenas alguns casos isolados de GNDA associada à infecção por *Streptococcus pneumoniae*, ou pneumococo<sup>(2,3,4,5,6,7,8)</sup>. Outros agentes associados à GNDA pós-infecciosa são: *Yersinia*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Staphylococcus sp.*, Coxsackie vírus, parvovírus B19, vírus da varicela, vírus do sarampo, entre outros<sup>(1,9,10)</sup>. Acredita-se que a nefrite por esses agentes esteja

ganhando importância devido à diminuição nos casos de glomerulonefrite pós-estreptocócica<sup>(9)</sup>.

GNDA pós-infecciosa pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum entre os 2 e 15 anos. Cerca de 90% dos casos são subsequentes a infecção de vias aéreas superiores ou de pele pelo *S. pyogenes*<sup>(1,11)</sup>. O depósito de componentes estreptocócicos nos glomérulos estimula a produção de anticorpos pelo hospedeiro, formando complexos imunes in situ que alteram a permeabilidade da membrana basal, permitindo a subsequente deposição de imunocomplexos pré-formados<sup>(12)</sup>.

**Trabalho realizado na Disciplina de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Positivo, de Curitiba Unicenp (Curitiba-PR).**

1. Estudante do Curso de Medicina da Universidade Positivo.

2. Professor da Disciplina de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Positivo.

As manifestações renais ocorrem, geralmente, de sete a 14 dias após a infecção de pele ou vias aéreas superiores<sup>(13)</sup>. A apresentação típica inclui oligúria, hipertensão, hematúria, edema de membros inferiores e periorbital, proteinúria e acometimento moderado da função renal<sup>(11)</sup>.

A antiestreptolisina O (ASO) é um bom marcador de infecção recente por *Streptococcus*, mas a ausência de títulos elevados não exclui a infecção, pois muitos sorotipos nefritogênicos não produzem estreptolisina<sup>(12)</sup>.

As indicações para biópsia renal são proteinúria maciça, níveis normais de complemento sérico e aumento progressivo nos níveis de creatinina<sup>(1)</sup> e as alterações histológicas características são glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa, acompanhada por infiltração neutrofílica (exsudato) no lúmen capilar à microscopia óptica, depósitos granulares de C3 na imunofluorescência e depósitos subepiteliais à microscopia eletrônica<sup>(1,9)</sup>. Também pode-se indicar biópsia renal quando há hipertensão, hematúria macroscópica e/ou alterações da função renal por mais de quatro semanas<sup>(14)</sup>.

O tratamento consiste na erradicação do agente infeccioso e controle da pressão arterial, preferencialmente com penicilina, diuréticos de alça e restrição salina<sup>(10,11)</sup>. A erradicação do micro-organismo não cura a doença, mas evita a colonização por cepas nefritogênicas, diminuindo o estímulo para a formação de imunocomplexos<sup>(14,15)</sup>. Inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) desempenham importante papel contra fibrose e proteinúria<sup>(15)</sup>. Pacientes com glomerulonefrite crescente necessitam de diálise. Além dessa, são indicações para diálise a hipervolemia (anasarca, edema agudo de pulmão), distúrbios hidroeletrólíticos graves, acidose metabólica (pH menor que 7,0), intoxicações específicas, ureia

acima de 200mg/dL, sintomas neurológicos<sup>(12)</sup>.

Dos pacientes com GNDA pós-streptocócica, 95% evoluem bem com ou sem tratamento suportivo. Aproximadamente 2% progridem para lesão crônica e 1%, para a forma rapidamente progressiva<sup>(10,12,13)</sup>.

## DESCRIÇÃO DO CASO

RPOK, cinco anos e 10 meses, masculino. Quinze dias antes do internamento, apresentou otalgia à direita com saída de secreção amarelada e sem outros sintomas. Iniciou tratamento com amoxicilina. Após sete dias, evoluiu com edema periorbital. Após 10 dias, começou a apresentar picos febris de 40°C tratados com cetoprofeno. No dia seguinte, apresentava tosse, esforço respiratório e alteração da cor da urina e foi internado para investigação. Não tinha antecedentes patológicos significativos.

Na admissão, estava em regular estado geral, corado, hidratado, taquidispneico, febril. Apresentava diminuição do murmúrio vesicular e estertores finos em hemitórax direito. Os exames complementares mostravam bastonetose (10.700/mm<sup>3</sup> leucócitos com 50% de bastões), PCR de 217,9mg/dL e a radiografia de tórax mostrou consolidação alveolar em lobo inferior direito e obliteração do seio costofrênico direito (**Figura 1**).



**Figura 1.** Radiografia de tórax no primeiro dia de internamento mostrando consolidação alveolar em lobo inferior direito e obliteração do seio costofrênico direito.



Figura 2: Ultrassonografia de abdome total: Nefropatia bilateral (ecogenicidade renal aumentada), ascite moderada.

### QUADRO 1. RESULTADO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Biópsia renal por Imunofluorescência C3 positivo, granular periférico com padrão em "céu estrelado" em alças capilares + a ++/3+. C1q negativo, IgA humana negativo, IgG e IgM humanas: traços. Diagnóstico: Padrão Imune. Presença de depósitos grosseiros, granulares periféricos (em "céu estrelado") de C3 e traços glomerulares de IgG e IgM. Conjunto de achados compatível com glomerulonefrite aguda pós-infecciosa.

Permaneceu internado por quadro de pneumonia, hematuria e insuficiência renal aguda no período de 02/07/2010 a 15/07/2010. Durante o internamento, apresentou piora da função renal (creatinina de 1,6mg/dL e ureia de 102mg/dL) associada a anasarca, hipoalbuminemia (1,8g/dL) e hipertensão arterial sistêmica. C3 baixo. Biópsia renal era compatível com glomerulonefrite difusa aguda (**Quadro 1**). Recebeu tratamento com Ceftriaxona 100mg/kg/dia por 10 dias, oxacilina por cinco dias. Necessitou de albumina por três dias. Nifedipina retard 10mg 8/8horas e Captopril 12,5mg 12/12 horas. Teve alta hospitalar após 13 dias e foi encaminhado ao serviço de Nefrologia para acompanhamento. Persistiu hipertenso após a alta e a medicação anti-hipertensiva foi mantida.

## DISCUSSÃO

No caso descrito, o paciente apresentou glomerulonefrite difusa aguda secundária à otite média aguda. Os sintomas renais manifestaram-se cerca de uma semana após a infecção de vias aéreas superiores, período de incubação considerado mínimo para a instalação da lesão glomerular<sup>(10)</sup>. Como complicação da otite, evoluiu com pneumonia. A associação da oxacilina à ceftriaxona foi devida à gravidade da pneumonia.

Os exames laboratoriais mostraram C3 um pouco baixo, piora progressiva da função renal, hematuria e proteinúria maciças, leucocitose, anemia e aumento das provas de atividade inflamatória. Esses achados são compatíveis com as alterações que caracterizam o período de instalação da doença<sup>(16)</sup>. O paciente apresentou síndrome nefrótica e nefrítica, com hipoalbuminemia, hiperlipidemia, hipertensão e hematuria. Foram necessários bloqueadores de canais de cálcio para o controle da pressão arterial, já que o paciente persistiu hipertenso após a alta.

Em 13 dias de internamento, as provas de função renal, que estavam alteradas na admissão, normalizaram-se sem a necessidade de diálise. Não houve, também, a necessidade de pulsoterapia com corticosteroides devido à evolução benigna da doença. Não há indicação formal para pulsoterapia na glomerulonefrite, mas acredita-se que esse medicamento possa levar a uma diminuição da glomeruloesclerose na fase aguda da doença, principalmente nos casos de lesão renal autoimune<sup>(8,15)</sup>.

Neste caso, a biópsia renal foi bem indicada, pois o paciente não tinha história prévia de infecção de pele ou vias aéreas superiores por *S. pyogenes*, apresentava proteinúria maciça e teve piora progressiva dos níveis de uréia e creatinina nos primeiros dias de internamento<sup>(1,14)</sup>. A

biópsia era necessária para evidenciar o tipo de lesão glomerular que o paciente apresentava, já que infecções por pneumococo raramente causam glomerulonefrite. Após a confirmação imuno-histoquímica de que se tratava de glomerulonefrite pós-infecciosa, pode-se presumir que a lesão renal foi consequente à infecção por pneumococo, apesar de não ter sido possível o isolamento do germe. Apenas 3% dos pacientes febris com otite média aguda tem hemocultura positiva<sup>(17)</sup>. Dos pacientes com pneumonia, apenas uma pequena parte faz bacteremia com hemocultura positiva<sup>(18)</sup>. Embora títulos elevados de ASO evidenciem infecção recente por *Streptococcus*<sup>(19)</sup>, este é um exame inespecífico, que pode corroborar no diagnóstico presuntivo de infecção pneumocócica. O exame de escolha para identificar o agente nesse caso seria a dosagem de anticorpos antipneumocócicos<sup>(18)</sup>, que não está disponível no serviço em que o paciente foi atendido. Portanto, o diagnóstico do paciente é de Glomerulonefrite Aguda Pós-Infecciosa, provavelmente secundária à infec-

ção por *Streptococcus pneumoniae*.

Acredita-se que os sorotipos 5, 7, 9, 14 e 15 do *S. pneumoniae* sejam nefritogênicos<sup>(7,21)</sup>. Desde o mês de abril deste ano, a vacina antipneumocócica decavalente faz parte do calendário básico vacinal infantil e oferece proteção contra os sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F<sup>(22)</sup>. Assim sendo, há proteção apenas parcial contra sorotipos nefritogênicos.

## CONCLUSÃO

É importante prevenir e tratar adequadamente as infecções comuns na infância, pois estas podem ter consequências graves para a criança, como demonstrado anteriormente. Apesar de muito incomum, a glomerulonefrite pós-infecciosa por pneumococo deve ser considerada como diagnóstico diferencial em casos de glomerulonefrite associada a sintomas respiratórios. A vacina antipneumocócica decavalente oferece proteção parcial contra sorotipos nefritogênicos e está disponível no calendário básico de vacinação infantil.

---

## ABSTRACT

Acute diffuse glomerulonephritis( GNDA) has its most frequent cause in Pediatrics infection caused by Streptococcus B-hemoliticus Lancefield's group A . However, other microorganism can cause the diasease. 95% of Patients with GNDA post-strpeticoccus evolve well with or without supportive treatment. Approximately 2% progress to cronic lesion and 1% to the rapidly progressive form. The objective of this paper was to relate one case of GNDA by Streptococcus pneumoniae, which rarely has GNDA as a complication.

**KEYWORDS:** *Postinfectious Glomerulonephritis; Streptococcus pneumonia.*

## REFERÊNCIAS

1. Sotsiou F. Postinfectious glomerulonephritis. *Nephrol Dial Transpl.* 2001;16 Suppl 6:68-70.
2. Kaehny WD, Ozawa T, Schwarz MI, Stanford RE, Kohler PF, McIntosh RM. Acute nephritis and pulmonary alveolitis following pneumococcal pneumonia. *Arch Intern Med.* 1978 May;138(5):806-8.
3. Hyman LR, Jenis EH, Hill GS, Zimmerman SW, Burkholder PM. Alternate C3 pathway activation in pneumococcal glomerulonephritis. *Am J Med.* Jun;58(6):810-4.
4. Corriere JN Jr, Lipshultz LI. Pneumococcal nephritis. *Urology.* 1974 May;3(5):557-61.
5. Schachter J, Pomeranz A, Berger I, Wolach B. Acute glomerulonephritis secondary to lobar pneumonia. *Int J Pediatr Nephrol.* 1987 Oct-Dec;8(4):211-4.
6. Kavukcu S, Topaloglu R, Saatci U. Acute glomerulonephritis associated with acute pneumococcal meningitis. A case report. *Int Urol Nephrol.* 1993;25(2):187-9.
7. Phillips J, Palmer A, Baliga R. Glomerulonephritis associated with acute pneumococcal pneumonia: a case report. *Pediatr Nephrol.* 2005 Oct;20(10):1494-5.
8. Usmani SZ, Shahid Z, Wheeler D, Nasser K. A rare case of postinfectious glomerulonephritis caused by pneumococcus in an adult patient. *J Nephrol.* 2007 Jan-Feb;20(1):99-102.
9. Wen YK, Chen ML. The significance of atypical morphology in the changes of spectrum of postinfectious glomerulonephritis. *Clin Nephrol.* 2010 Mar;73(3):173-9.
10. Naicker S, Fabian J, Naidoo S, Wade S, Paget G, Goetsch S. Infection and Glomerulonephritis. *Semin Immunopathol.* 2007 Nov;29(4):397-414.
11. Hahn RG, Knox LM, Forman TA. Evaluation of Poststreptococcal Illness. *Am Fam Physician.* 2005 May 15;71(10):1949-54.
12. Vinen CS, Oliveira DB. Acute glomerulonephritis. *Postgrad Med J.* 2003 Apr;79(930):206-13; quiz 212-3.
13. Rodriguez-Iturbe B, Musser JM. The Current State of Poststreptococcal Glomerulonephritis. *J Am Soc Nephrol.* 2008 Oct;19(10):1855-64.
14. Toporovski J, Bresolin NL. Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica (GNPE). *SBP.* 2002 Dez;8:5-8.
15. Coppo R, Amore A. New perspectives in treatment of glomerulonephritis. *Pediatr Nephrol.* 2004 Mar;19(3):256-65.
16. West CD, McAdams AJ, Witte DP. Acute non-proliferative glomerulitis: a cause of renal failure unique to children. *Pediatr Nephrol.* 2000 Aug;14(8-9):786-93.
17. Schutzman SA, Petrycki S, Fleisher GR. Bacteremia with otitis media. *Pediatrics.* 1991 Jan;87(1):48-53.
18. Avni T, Mansur N, Leibovici L, Paul M. PCR Using Blood for Diagnosis of Invasive Pneumococcal Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Microbiol.* 2010 Feb;48(2):489-96.
19. Shroff KJ, Ravichandran R, Acharya VN. ASO titre and serum complement (C3) in post-streptococcal glomerulonephritis. *J Postgrad Med.* 1984 Jan;30(1):27-32.
20. White AV, Hoy WE, McCredie DA. Childhood poststreptococcal glomerulonephritis as a risk factor for chronic renal disease in later life. *Med J Aust.* 2001 May 21;174(10):492-6.
21. Miguel SF, Manzanares EG, Gaboli M, Granados JMS, Herrera VM. Glomerulonefritis aguda post-infecciosa asociada a neumonía neumocócica. *Bol Pediatr.* 2009;49(207):51-53.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Proposta para introdução da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) no calendário básico de vacinação da criança [Internet]. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica; 2010. [acesso em 2011 Abr 26]. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2011/06/PROPOSTA-PARA-INTRODU%C3%87%C3%83O-DA-VACINA-PNEUMOC%C3%93CICA.pdf>

Recebido em: 20/07/2011

Aprovado em: 31/08/2011

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristine Secco Rosário

Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 1861 Mossunguê.  
81200-100 - Curitiba (PR)

E-mail: [cristinerosario@hotmail.com](mailto:cristinerosario@hotmail.com)

## Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar,<sup>1</sup>  
Carmem Cecília Galvão,<sup>2</sup>  
Elaine Alves<sup>3</sup>  
Paulo Tubino<sup>4</sup>

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. *Rev. Med. Res.* 2011; 13 (3) 211-214.

**Frequência – incidência – prevalência.** Têm significados diferentes em Estatística. Frequência é o número de vezes que um dado valor ou uma faixa ocorre em uma observação (Sousa, 1995). Incidência é o número de casos novos de alguma doença ou evento em certo período. Ex.: em 1992, a incidência de hanseníase foi 34.451 doentes novos. Prevalência é a proporção ou número de casos existentes numa população em certo momento (Pereira, 1995, p. 564–565). Por exemplo, no Brasil, a prevalência de hanseníase foi 12,51 casos por 10.000 habitantes em 1993. É necessário atentar para o bom uso dessas palavras. É inexato dizer que “a literatura apresenta elevada prevalência de hepatite C” por exemplo. É mais adequado dizer: que a literatura apresenta relatos sobre prevalências elevadas da doença. Em casos de dúvidas, pode-se usar termos neutros como vigência, presença, existência, ocorrência.

**Funcionante.** Os dicionários, em geral, e mesmo o VOLP – omitem esse neologismo. O dicionário UNESP (2004), entretanto, traz seu registro, e os sítios de busca da Internet mostram amplo uso, que chega, em um deles, a mais de dezesseis mil ocorrências em português. Expressões como “rim funcionante”, “fígado funcionante”, “colostomia funcionante” “nódulo hiper, hipo ou normofuncionante de tireóide”, “glândula hiperfuncionante”, “sonda vesical funcionante” e análogas são corriqueiras na literatura e no linguajar médico e, sem dúvida, é neologismo bem formado, já que a terminação -ante é comumente usada em verbos da primeira conjugação, procedente da terminação do particípio presente latino -antis (Houaiss, 2001), para formar adjetivos: rasar>rasante, entrar>entrante; implicar>implicante, amar>amante. Desse modo, trata-se de um fato da língua e aguarda merecida dicionarização. Contudo, para

**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.

os que fogem aos neologismos e às críticas relativas a estes, podem-se usar expressões equivalentes como rim bom, rim ativo, rim com função, rim funcionalmente apto, fígado normal, o rim que funciona, bexiga funcionando, colostomia funcionando, pâncreas funcionalmente ativo, testículo funcional. Outros termos substitutivos, existentes no léxico: operante, operativo, produtivo. Em lugar de “rim não-funcionante” ou “tumor não-funcionante” “pênis funcionante”, pode-se dizer rim inativo, tumor inativo, pene funcional ou erétil. O termo funcional pode ser substituído adequadamente. O dicionário Michaelis registra tal uso em Biologia quando conexo àquilo que exerce ou é capaz de exercer sua função regular. Rey (2004) averba funcional como estrutura orgânica definida que se encontra no desempenho de sua função. Ademais disso, em lugar de não funcionante, pode-se dizer exclusão funcional.

**Fúrcula vaginal – fourchette – comissura posterior dos lábios.** Essas denominações têm sido usadas para designar a mesma região na genitália externa feminina. A última expressão deve ser a preferida por ser a que consta na Terminologia Anatômica, da Sociedade Brasileira de Anatomia (2001). Fourchette significa forquilha em francês. Fúrcula procede do latim furcula, diminutivo de furca, forçado de dois dentes (Ferreira, 1996). Tal expressão é também usada em fúrcula esternal, embora conste na Terminologia Anatômica como ângulo esternal. Comissura significa linha de junção (Ferreira, 2004), do latim commissura, juntura (Ferreira, 1996), sendo, portanto, nome mais apropriado do ponto de vista semântico e etimológico.

**Gânglio – linfonodo.** Há duas acepções referentes a gânglio: linfático e nervoso, como

se vê nos dicionários e na literatura médica. Para desviar-se de equívocos, melhor particularizá-lo sempre: gânglio linfático, e gânglio nervoso, simpático, parassimpático, sensitivo, mioentérico, trigêmeo e outras especificações. Por exemplo, a expressão gânglio nodoso para denominar o gânglio inferior do nervo vago é redundante, já que gânglion, em grego, significa nó, novelo. Na literatura médica, há tendência justificável ao uso de linfonodo ou linfonódio em lugar de gânglio linfático com o neologismo de origem inglesa linfonodal por ganglionar. São ambíguas, portanto inexatas, as expressões existentes nas descrições cirúrgicas e nos laudos médicos “biópsia de gânglio”, “gânglios palpáveis”, “cadeia ganglionar”, se bem que, de fato, seja improvável que um médico não possa discernir a que tipo de gânglio esses nomes se referem. Mas é preciso considerar que os relatos médicos científicos podem interessar a estudiosos não-médicos e a opção por denominações inequívocas denota zelo.

**Gastro – refluxo gastro-esofágico – refluxo gastro esofágico.** Grafia recomendável: gastroesofágico. O prefixo gastro- liga-se sem hífen ao segundo elemento. O vocabulário oficial da Academia Brasileira de Letras dá exemplos: gastrocólico, gastroduodenal, gastroenterite, gastroenteroanastomose, gastroesofagostomia, gastroesplênico, gastroepático, gastroepatite, gastroipertônico, gastroisteropexia, gastroistrectomia, gastrojejunostomia, gastropancreatite, gastroplicação, gastrospasmo, gastrossucorréia. Em consequência, pode-se escrever gastrogástrico, gastrorrestricção, gastrorrestritivo. Do mesmo modo, dicionários de referência, como o Aurélio, o Houaiss, o Aulete, o Michaelis, o UNESP, o da Academia das Ciências de Lisboa e outros também aver-

bam sem hifenização termos iniciados com o prefixo gastro-. Exceto em poucos casos, como extra, mini, os prefixos não são termos autônomos; são elementos de composição de nomes. Assim, “gastro esofágico” é grafia questionável.

**Glandar – glândico – glandular – balânico.** Glandar ainda não aparece na generalidade dos dicionários, mas é por demais adotado no âmbito médico. É termo bem formado e tem uso legítimo, pois, embora esteja ausente de bons dicionários e do VOLP (Voc. Ort. da Acad. Bras. de Letras), está incorporado à linguagem médica, como se vê nas páginas de busca da internet. Há também glândico (hipospadia glândica), nome do mesmo modo ausente dos dicionários até o presente. Glandular é nome questionável. Os lexicógrafos consignam glandular como relativo a glândulas. Entretanto, há glândula referente à glande, visto que glandula, em latim, é diminutivo de glans, glandis, bolota, glande (do carvalho). Embora a etimologia (v. adiante) permita esse uso, glandular é nome objetável por significar, na linguagem corrente, essencialmente, “relativo a glândula” o que a glande não é. Balânico e o termo recomendável como preferencial por não trazer o peso de críticas e por ser o adjetivo mais usado em nosso meio. Do grego bálanos, bolota, derivam-se balano (balanopostite, balanoprepucial, balanoplastia: são questionáveis as formas bálano, bálano-postite e similares) e balânico, termo existente nos dicionários, relativo especificamente à glande.

**Glicose – glucose.** As duas formas estão nos dicionários e, assim, podem ser livremente usadas. No entanto, é desejável glicose. Do grego glucus ou glykús, doce. A letra u grega

tem som parecido com i, mais ou menos como o do u francês (Rezende, 1992), é denominada ípsilon e, em sua forma maiúscula, assemelha-se a Y (Cardenal, 1958). O francês transcreve o y grego como u; escreve glucose e pronuncia glicose. (Pinto, 1931, p. 70-71). Na transcrição do y para o latim, havia vacilo; os latinos grafavam u, i, o; puro procede do latim purus e este do grego pyr (Pinto, ob. cit., p. 72). A letra grega Y (ípsilon ou ipsilone) em sua forma de maiúscula e v (u), minúscula passa ao português com os sons de u ou de i. De modo geral, tem som de i, freqüentemente representado pelo y nas grafias antigas da língua portuguesa (ainda ocorrem algumas exceções). A preferência é usar as formas ordinariamente mais usadas. Nesse caso, glicose é nome bem mais usado que glucose em nossa língua. Parece que a pronúncia u para o ípsilon grego é a menos adequada, se originalmente tem som de i (aliás, do ü alemão) como ainda é hoje na Grécia. Em grego, o som do nosso u é dado mais ou menos pelo ditongo ou (OY maiúsculos) formado de ómicron e ípsilon como em ουρον (urina), ουρητήρ (ureter), μουσα (musa) e outras formas (Louro, 1940).

**Glóbulos sanguíneos - glóbulos vermelhos.** Nomenclaturas inadequadas, porquanto as hemácias são corpos discoides bicôncavos, não pequenos globos, como erroneamente indica o nome em questão. Podem se tornar glóbulos em condições anômalas, como na esferocitose. Alguns dicionários dão hemácias como corpúsculos sangüíneos. Embora sejam “glóbulo vermelho” e “glóbulos sanguíneos” expressões consagradas, constituem defeito de conceituação, fato incoerente com a rigorosidade e seriedade científicas. Assim, termos como globulímetro e globulimetria são também

contestáveis. Alguns termos da linguagem científica, por sua imprecisão e incoerência científica, podem ser evitados. Embora sejam fatos da língua e, por isso, têm uso abonado e legítimo, são muitas vezes citados como exemplos de imperfeições, o que milita contra seu livre trânsito na linguagem formal.

**Gramma – gramo.** É errôneo dizer “recém-nascido de mil e quinhentas gramas”, “tumor com duzentas gramas”. Ou: “Foram dadas trezentas miligramas de 6/6 horas”. “Utilizamos dois miligramas de soluto”. “Prescritos 1,5 gramos de antibiótico ao dia”. Grama é do gênero masculino, assim como suas divisões. Exs.: duzentos gramas, dois miligramas, quinhentos decigramas, prescrito 1,5 grama. Na linguagem culta, gramo não existe como sinônimo de grama, unidade de peso.

**Guedel.** Pode-se facilmente encontrar, nos escritos médicos, construções como: “cânula de guedel estéril transparente”, “cânula guedel tamanho infantil”, “A introdução de cânula de guedel poderá ser realizada sem forçar a sua colocação”, “Utilizou durante este período uma sonda de guedel para manter a via aérea durante o sono” e outras. Entretanto, por ser nome próprio, recomenda-se escrever Guedel, com inicial maiúscula: planos anestésicos de Guedel, escala de Guedel, tubo de Guedel, cânula orofaríngea de Guedel ou cânula de Guedel. De Arthur Guedel, anesthesiologista norte-americano, que, em 1933, desenvolveu uma cânula achatada de borracha dura, para evitar lesões na mucosa oral, que se observava pela aplicação da cânula metálica similar, criada por Ralph Waters por volta de 1930. Alguns nomes próprios vulgarizam-se pelo uso popular e tornam-se substantivos comuns: gilete, isolete, lambreta, carrasco, boicote. É tam-

bém comum na linguagem médica coloquial ditos como: “usar o guedel”, “tirar o guedel”, “Vamos pôr um guedelzinho”, o que dá a esse nome tal aspecto prosaico. Mas em relatos formais, aconselha-se a exatidão e o uso das palavras em seu conceito próprio e, nesse caso, é desejável escrever cânula de Guedel.

**H intermediário.** Conforme as instruções 11, 12 e 42 do VOLP (Academia, 1998), não há h “mudo” no meio das palavras, exceto nos aportuguesamentos de nomes estrangeiros, no topônimo Bahia e nos compostos com hífen, cujo segundo termo inicia-se com h (intra-hepático, neuro-hipófise). São, por isso, discutíveis termos como oncohematologia, panhipopituitarismo, reidratação, imunohistoquímico, polihidrâmnio, pseudohermafroditismo. Com acerto, usa-se hífen ou, na maioria dos casos, suprime-se o h: onco-hematologia, imuno-histoquímica ou imunoistoquímica, pan-hipopituitarismo, reidratação, polidrâmnio ou polidrâmnio, pseudo-herma-froditismo. Em português, o uso do h mediano não vocalizado, na palavra, tem frequentemente influência de línguas estrangeiras, particularmente a inglesa nos dias atuais. O uso do hífen tem sido fator de complicações inexistentes em outras línguas, mas constitui uma particularidade da língua portuguesa. Como regra, serão ligados por hífen ao elemento iniciado por h os seguintes constituintes: proto, auto, semi, supra, extra, pseudo, infra, neo, intra, contra, ultra, super, inter, ante, anti, sobre, archi, pan, mal, circum, sem, pré, pára, co, grão, bem, além, aquém, ex, pós, pró, grã, recém. Também um substantivo ou um adjetivo une-se a palavra iniciada por h em formação de um nome composto, será aplicado o hífen: gentil-homem, materno-hospitalar.

## O governo e a residência médica

Depois de extinguir o credenciamento especial dos cursos de pós-graduação lato sensu oferecidos por instituições não educacionais, atingindo com isso - entre outras consequências desastrosas - os cursos de especialização oferecidos pelos mais renomados hospitais do País, o Ministério da Educação (MEC) voltou a causar confusão no setor. Agora, com o objetivo alegado de resolver o problema da falta de médicos na área de saúde pública, o Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde, está interferindo nos programas de residência médica dos hospitais universitários.

Por meio de uma simples portaria, os dois Ministérios determinaram que os médicos recém-formados que participarem do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica durante um ano terão direito a receber pontuação extra nas provas de seleção para residências médicas.

Como a procura por vagas em residências é muito maior que a oferta, os médicos recém-formados candidatos a uma vaga são submetidos a provas ainda mais rigorosas do que as dos vestibulares em medicina. A escolha baseada exclusivamente no mérito e na competência técnica é um dos fatores que contribuem para a alta qualidade da formação dos profissionais em medicina no País, segundo as entidades especializadas e órgãos corporativos do setor médico.

A concessão de pontuação extra aos recém-formados que trabalharem em hospitais públicos, proporcionada pela portaria do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, nada tem a ver com mérito e desfigura o eficiente sistema de seleção das residências médicas. Além disso, a portaria fere o princípio da auto-

nomia universitária, pois impõe aos hospitais mantidos por instituições de ensino superior critérios e obrigações que nada têm a ver com ensino, capacitação técnica e treinamento.

Para os coordenadores de residência médica das principais universidades brasileiras e para os dirigentes dos órgãos corporativos do setor, a portaria do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde é prejudicial também porque leva médicos recém-formados e sem um mínimo de experiência a assumirem na rede hospitalar pública responsabilidades para as quais não estão preparados, apenas para obter a pontuação extra para as provas de seleção.

"Um médico que sai da faculdade não tem condição de estar à frente de um serviço de atenção básica na rede pública", diz o presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), Renato Azevedo Júnior. "Sem o preparo necessário, esse profissional vai se transformar num mero encaminhador de pacientes para outros serviços", acrescenta o vice-diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, José Auler Júnior.

A portaria dos Ministérios da Educação e da Saúde cria dois problemas onde havia um só. Para resolver o problema da escassez de médicos na rede pública, ela compromete a qualidade do ensino da medicina. E os médicos que ela estimula a trabalhar nos hospitais públicos não têm preparo e experiência para atuar nos serviços de emergência e pronto atendimento, o que submete os pacientes a uma assistência médica de má qualidade, expondo-os a situações de risco.

"Foi uma tática para tapar buraco", resume o presidente do Cremesp. Reagindo às críticas, a secretária executiva da Comissão Nacio-

nal de Residência Médica, Maria do Patrocínio Nunes, alega que "toda mudança gera uma discussão" e que a polêmica provocada pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica já era esperada pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Esse argumento revela a precariedade do processo de decisões de fundamental importância para a saúde e o bem-estar da população.

Invocando o princípio da autonomia universitária previsto pela Constituição, a direção da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo anunciou que não mudará os critérios vigentes de seleção para residência médica. A direção da escola não pretende nem mesmo recorrer à Justiça, para questionar a portaria. Vai simplesmente ignorá-la.

*(Editorial de O Estado de São Paulo).*

## Bônus para residentes provoca polêmica

O programa federal que pretende levar médicos recém-formados para trabalhar em regiões carentes do país causou uma batalha entre dirigentes universitários e governo. O programa concede bônus nas provas de ingresso nos cursos de residência médica a alunos que aceitarem trabalhar em áreas pobres. Os críticos da medida alegam que ela interfere na autonomia universitária. Também duvidam que o programa conseguirá suprir a carência de profissionais na periferia das grandes cidades e em municípios pobres.

A iniciativa abrirá 2 mil vagas a partir de 2012, e os médicos que trabalharem por um ano nas regiões a serem definidas terão 10% de bônus na prova de residência, além do salário pago pelas prefeituras. Os profissionais que ficarem dois anos terão 20% de bônus. O curso de residência dá ao médico o título de especialista e é bastante disputado, com 10 mil postos para 13.800 formandos por ano.

A crise veio à tona no mês passado, quando as quatro universidades estaduais paulistas (USP, USP-Ribeirão Preto, Unicamp e Unesp) enviaram uma carta para a Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação em que pedem a revogação da resolução. Elas afirmam que a medida é "uma flagrante interferência na autonomia universitária" e causa "distorção do processo ao macular a seleção por mérito".

### SUPERVISÃO

A Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) ainda não tomou uma posição oficial, mas

o diretor da Escola Paulista de Medicina, da instituição, Antonio Carlos Lopes, avalia que os médicos não têm condições de exercer a profissão sem supervisão logo depois de deixarem as instituições de ensino. O Conselho Federal de Medicina, por sua vez, apoiou a iniciativa e participou das discussões sobre sua formatação.

O programa, que é uma parceria dos ministérios da Saúde e da Educação, prevê que os profissionais tenham supervisão de instituições de ensino. Um dos objetivos é usar o Telessaúde, portal do Ministério da Saúde que permite a troca de informações sobre o paciente, com o envio de exames, por exemplo.

O presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), Renato Azevedo Júnior, acredita que o problema da falta de médicos poderia ser resolvido se fosse criado um plano de carreira para os profissionais dentro do Sistema Único de Saúde. Os médicos iniciariam a carreira nas regiões mais distantes e, conforme fossem progredindo, poderiam se transferir para as áreas centrais. De acordo a secretaria-executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação, foi realizada uma pesquisa com estudantes de Medicina, que apontaram que a bonificação para residência seria um fator de atração para as regiões carentes. A secretária-executiva da CNRM, Maria do Patrocínio, acredita que a supervisão dos médicos, mesmo que a distância, pode ser eficiente.

*(reproduzido do jornal Gazeta do Povo).*

## Entidades do RS divulgam moção contra bônus-residência

A Comissão Estadual de Residência Médica do RS, o Conselho Regional de Medicina do RS, o Sindicato Médico do RS, o Núcleo Acadêmico SIMERS, a Associação Médica do RS e a Associação dos Médicos Residentes do RS vêm manifestar seu total repúdio às recentes interferências do governo na estruturação da residência médica no Brasil.

No último mês, acompanhamos a instituição de duas medidas que prejudicam o bom funcionamento da melhor forma de especialização médica do País. A primeira refere-se ao decreto presidencial nº 7562 de 15 de setembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Ao alterar a composição da comissão sem a concordância de seus membros e, principalmente, ao criar uma câmara recursal à plenária, o governo demonstra uma postura antidemocrática na condução do assunto. Isto fica evidente ao se analisar a composição desta câmara: dois representantes dos Ministérios da Saúde e Educação, e um representante das entidades médicas.

A segunda medida está exposta na resolução da CNRM nº 3/2011, de 16 de setembro de 2011, mais especificamente em seu artigo oitavo. O documento estabeleceu a concessão de pontuação adicional no valor de 10 ou 20% na nota final dos candidatos aos programas de residência que tiverem participado do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica por 1 ou 2 anos, respectivamente. A atribuição desse bônus fere o princípio da meritocracia no acesso à residência médica. O seu excessivo valor tem o poder de distanciar demasiadamente dois candidatos nos acirrados concursos aos quais se submetem os egressos dos cursos de medicina, o que tornará a participação no programa indiretamente obrigatória. A conclusão a que se chega é que a residência médica, já tão desvalorizada no país, está sendo usada numa tentativa de se resolver a histórica dificuldade da fixação de médicos em áreas de difícil acesso e provimento. A solução encon-

trada é fácil, porém absolutamente ineficaz perante a calamidade pública em que se encontra a saúde brasileira. Para tal, é necessário que se amplie a destinação de recursos para a saúde pública, com melhor remuneração aos profissionais e oferecimento de melhores condições de trabalho, além da criação da carreira médica de Estado. Outra consequência especialmente importante é a desvalorização da especialidade de medicina de família e comunidade, uma vez que o projeto parte do pressuposto de que todo médico recém-formado possui a qualificação de um especialista para trabalhar na Estratégia Saúde da Família. Vale ressaltar, ainda, que o referido programa, instituído pela portaria interministerial nº 2087 de 1º de setembro de 2011, ainda não foi implantado e nem sequer totalmente regulamentado. Assim, não há garantia alguma de que vá funcionar integralmente como está idealizado.

Assim, pelo exposto acima:

**REPUDIAMOS** a criação da Câmara Recursal que acaba com a autonomia da plenária da CNRM;

**REPUDIAMOS** o oferecimento de bônus aos candidatos que participarem do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica; e

**REPUDIAMOS**, principalmente, a forma antidemocrática como o governo federal conduziu essas questões, sem ter realizado um amplo debate com todos os envolvidos.

*Porto Alegre, 10 de outubro de 2011.*

*Comissão Estadual de Residência Médica do Rio Grande do Sul – CEREM/RS  
Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul – CREMERS  
Sindicato Médico do Rio Grande do Sul – SIMERS  
Núcleo Acadêmico SIMERS  
Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS  
Associação dos Médicos Residentes do Rio Grande do Sul – AMERERS*

**CERMEPAR - COREMES do Paraná**  
**Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC**

**CLÍNICA HEIDELBERG**

Rua Padre Agostinho, 687, Bigorrihlo  
80435-050 – Curitiba – PR  
Telefone: (41) 3320-4900 – Fax: (41) 3320-9439  
e-mail: heidelberg@onda.com.br  
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Ratzke

**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: hsaletete@terra.com.br  
Coordenador da COREME: Dr. Eduardo Frederico Borsarini Felipe

**CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL DO PARANÁ**

Avenida Vicente Machado, 1310 – Batel  
80420-011 – Curitiba – PR  
Fone: (41) 3016-6622/3017-5258 – Fax: (41) 3017-5261  
E-mail: coremehcv@cruzvermelhapr.com.br  
Coordenador da COREME: Dr. James Skinovsky  
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Francisco Emanuel de Almeida

**HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN**

Rua Itaquiarias, 769 – Santo Onofre  
85806-300 – Cascavel – PR  
Fone: (45) 2101-7000 – Fax: (45) 2101-7005  
e-mail: administração@uopeccan.org.br  
Coordenador da COREME: Felipe Sedrez dos Santos  
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Sérgio Roberto Cortez da Silva

**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: hospjf@uol.com.br  
Coordenador da Coreme: Dr. Roberto Frederico Koch

**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  
Coordenador da COREME: Dr. José Rocha Faria Neto  
Representante dos Residentes: Dra. Jaqueline Locks Pereira

**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: Drª Érika Hoyama

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

**HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS**

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês  
80810-040 – Curitiba – PR  
Telefone: (41) 3240-6639 Fax: (41) 3240-6500  
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 Rockfeler, 1450 – Rebouças  
80030-130 – Curitiba – PR

Telefone: (41) 3320-3558  
Email: academica.santacasa@pucpr.br  
Coordenador da COREME: Dr. Luiz Carlos Sava

#### **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: medicos@funef.com.br  
Coordenador da COREME: Dr. Geraldo Alberto Sebben  
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Tiago Kuchnir M. de Oliveira

#### **HOSPITAL SANTA CASA 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

#### **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

#### **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: residenciaunioeste@yahoo.com.br  
Coordenador da COREME: Dr. Marcelo Pontua Cardoso  
Representante dos residentes: Ezequiel Mattei

#### **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: coremehuec@hotmail.com  
Coordenador da COREME: Dr. Flamarion dos Santos Batista

#### **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: Dr<sup>a</sup> Denise Akemi Mashima

#### **HOSPITAL ERASTO GAERTNER**

Rua Dr. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas  
81060-060 – Curitiba – PR  
Telefone: (41) 3361-5123 – Fax: (41) 3361-5166  
E-mail: cepep@lpcc.org.br;  
ensino@lpcc.org.br  
Coordenador da COREME: Dr<sup>a</sup> Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi  
Representante dos médicos residentes: Dr. Cezar Augusto Galhardo

#### **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

#### **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

#### **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 / coreme@hospitalnsdorocio.com.br  
Coordenador da COREME: Dr. Samir Ale Bark  
Representante dos médicos residentes: Dr. Pedro Paulo de Souza Filho

#### **HOSPITAL SANTA CASA 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

#### **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

#### **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: Pedro Lucyk

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS**

Rua Mendes Leitão, 2806, Centro  
83005-150 São José dos Pinhais – PR  
Telefone (41) 3381-5850  
E-mail: adolpho@luceim.org  
Coordenador da COREME: Dr. Adolpho Oscar G. Barreiro

#### **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ/DPTO. DE MEDICINA**

Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá  
87080-000 Maringá – PR  
Telefones: (44) 3011-9119/3011-9402 – Fax (44) 3011-9423  
e-mail: sec-dmd@uem.br / ereis2@uem.br  
Coordenador da COREME: Dr. Hilton José Pereira Cardim  
Representante dos Médicos Residentes: Dra. Ellen Andressa Sotti Barbosa

*(\* Dados atualizados até o primeiro semestre de 2011. As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para [cermepar@crmpr.org.br](mailto:cermepar@crmpr.org.br)*

# MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

## Primeira Médica do Paraná e Primeira Catedrática

*First female doctor in Parana and first female full professor*

*Wittig EO. Raridade Bibliográfica. Rev. Med. Res. 2011; 13 (3) 220.*

Maria Falce de Macedo nasceu em Curitiba em 15 de janeiro de 1897 e faleceu em 24 de abril de 1972. Era filha de Pedro e Philomena Macedo. Casou com o Prof. Dr. José Pereira de Macedo em 12 de fevereiro de 1921, aos 24 anos. Tiveram um filho, Diogo.

Em uma época na qual as mulheres dificilmente frequentavam curso superior, iniciou sua vida acadêmica em 1914 e formou-se em Medicina em 12 de dezembro de 1919. Pertenceu à primeira turma da Faculdade de Medicina da, então, recém-fundada Universidade do Paraná (em 1912). Composto seu curso com 15 alunos, entre eles estava seu colega e seu futuro esposo.

Conquistou o título de Doutorado em Medicina, em 1919. Em 1925 assumiu a regência da disciplina de Química Médica do curso de Medicina e, também, conquistou e assumiu em 1929, com o concurso de títulos e provas, a cátedra da disciplina. Encerrou suas atividades acadêmicas como professora em 1950, mas manteve-se em atividade na UFPR até 1968. Com sua aposentadoria, a cadeira e cátedra tiveram mais uma vez uma gloriosa continuidade com seu sucessor, Prof. Dr. Metry Bacila.

Maria Falce era uma pessoa e professora tranquila, carinhosa, tímida e competente, de fala mansa e atenciosa com seus alunos.

Em 1923 fez curso de bacteriologia e zoologia médica no Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e três anos depois estagiou em bacteriologia em Belo Horizonte. No retorno, assumiu o laboratório de análises clínicas da Faculdade na Santa Casa.

Com seu esposo, fundou em 1922 o primeiro laboratório de Análises Clínicas de Curitiba e do Estado, que funcionou por 30 anos. Ao final deste período, vendeu-o aos colegas, Dra. Fany Frischmann e Dr. Oscar Aisengart, que o mantiveram até 2005.

Foram 71 anos de vida com 41 anos de cátedra. Maria Falce produziu inúmeros trabalhos e recebeu várias homenagens e condecorações.

**PALAVRAS-CHAVE** - 1ª Médica Paranaense, Maria Falce de Macedo, 1ª Catedrática do Paraná, história da medicina, Museu de Medicina

**KEYWORDS** - First Paranaense Physician, Maria Falce de Macedo, First full professor of Paraná, medicine history, Medicine Museum



**PARA DOAÇÕES:**

**Secretaria da AMP**

Telefone (41) 3024-1415

Fax (41) 3242-4593

E-mail: [amp@amp.org.br](mailto:amp@amp.org.br)

Rua Cândido Xavier nº

575 - Água Verde - 80240-280 -

Curitiba-PR

*Visite o Museu no site:*

[www.amp.org.br](http://www.amp.org.br)

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

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

## DELEGACIAS REGIONAIS DO CRM - PR

### •DELEGACIA REGIONAL DE APUCARANA

Rua Dr. Oswaldo Cruz, 510 – sala 502 / Edifício Palácio do Comércio – Centro / CEP 86800-720 / Apucarana – PR / Fone: (43) 3424-1417 / e-mail: apucarana@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Helio Shindy Kissina

### •DELEGACIA REGIONAL DE CAMPO MOURÃO

Rua Harrison José Borges, 1154 – sala 303 / Ed. Likes – Centro / CEP 87303-130 / Campo Mourão – PR / Fone/fax: (44) 3525-1048  
e-mail: campomourao@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Fernando Duglosz

### •DELEGACIA REGIONAL DE CASCAVEL

Rua Jequetibá, 559 – Recanto Tropical esq. Rua Guaira / CEP 85807-250 / Cascavel – PR / Fone/fax: (45) 3327-1894  
e-mail: cascavel@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. André Pinto Montenegro

### •DELEGACIA REGIONAL DE FRANCISCO BELTRÃO

Rua Vereador Romeu Lauro Werlang, 717, sala 06, 1.º andar – Centro / CEP 85601-020 / Francisco Beltrão – PR / Fone/Fax (46) 3523-0864 / e-mail: franciscobeltrao@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. José Bortolas Neto

### •DELEGACIA REGIONAL DE FOZ DO IGUAÇU

Rua Almirante Barroso, 1293 – sala 604 / Cond. Centro Empr. Pedro Basso / 85851-010 – Foz do Iguaçu – PR / Fone/fax: (45) 3572-4770 / e-mail: fozdoiguacu@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Rodrigo Lucas de Castilho Vieira

### •DELEGACIA REGIONAL DE GUARAPUAVA

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1811 – sala 82, Centro / CEP 85010-250 / Guarapuava – PR / Fone/fax: (42) 3623-7699  
e-mail: guarapuava@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Ângelo Henrique França

### •DELEGACIA REGIONAL DE LONDRINA

Av. Higienópolis, 32 sala 1403 / Cond. Empr. Newton Câmara / CEP 86020-040 – Londrina – PR / Fone: (43) 3321-4961 / Fax: 3339-5347 / e-mail: londrina@crmpr.org.br ou ldcrmpr@sercomtel.com.br  
Diretor Regional: Dr. João Henrique Steffen Júnior

### •DELEGACIA REGIONAL DE MARINGÁ

Ruas das Azaleias, 209 / CEP 87060-040 – Maringá – PR / Fone/fax: (44) 3224-4329/3262-8462 / e-mail: maringa@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Natal Domingos Gianotto

### •DELEGACIA REGIONAL DE PARANAVÁI

Av. Rio Grande do Norte, 930, sobreloja 104 / CEP 87701-020 / Paranavaí – PR / Fone/Fax: (44) 3423-3513  
e-mail: paranavai@crmpr.org.br  
Diretora Regional: Dra. Hortência Pereira Vicente Neves

### •DELEGACIA REGIONAL DE PATO BRANCO

R. Iporã, 333, sl. 401 – Centro / CEP 85501-280 / Pato Branco – PR / Fone/fax: (46) 3225-4352 / e-mail: pato-branco@crmpr.org.br  
Diretora Regional: Dr. Gilmar Juliani Biscaia

### •DELEGACIA REGIONAL DE PONTA GROSSA

Rua XV de Novembro, 512 sala 73 – Centro / CEP 84010-020 – Ponta Grossa – PR / Fone/fax: (42) 3224-5292  
e-mail: pontagrossa@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Meierson Reque

### •DELEGACIA REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Rua Rui Barbosa, 567 – salas 201 e 203 / CEP 86430-000 / Santo Antônio da Platina – PR / Fone/fax: (43) 3534-5455  
e-mail: santoantonio@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. José Mário Lemes

### •DELEGACIA REGIONAL DE TOLEDO

Rua Guarani, 1393 – sala 102 – Centro / CEP 85900-190 / Toledo – PR / Fone/fax: (45) 3252-3174 / e-mail: toledo@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Roberto Simeão Roncato

### •DELEGACIA REGIONAL DE UMUARAMA

Praça da Bíblia, 3336 – sala 302 / Edifício Cemed – Zona 01 / CEP 87501-670 / Umuarama – PR / Fone/fax: (44) 3622-1160  
e-mail: umuarama@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Jansen Rodrigues Ferreira

### •DELEGACIA REGIONAL DE FRONTEIRA DE PORTO UNIÃO/UNIÃO DA VITÓRIA

Rua Prudente de Moraes, 300 / CEP 89400-000 / Porto União – SC / Fone: (42) 3523-1844 / Fax: 3522-0936  
Delegado Regional do Cremesc: Dr. Ayrton Rodrigues Martins

### • DELEGACIA REGIONAL DE FRONTEIRA DE MAFRA/RIO NEGRO

Rua Nicolau Bley Neto, 100 – CEP 83880-000 / Rio Negro – PR / Fone/Fax: (47) 3643-6140  
e-mail: rionegro@crmpr.org.br  
Diretor Regional: Dr. Richard Andrei Marquardt



**CRM-PR**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)