

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.4 (out./dez. 2011). - Curitiba: CRM-PR, 2011-

Recurso Eletrônico, acesso <http://www.crmpr.org.br/crm2/index.php>.
Trimestral
ISSN 2237-7131

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

Sumário

Contents

Editorial - Editorial

- 225 **No Brasil faltam médicos: mito ou realidade?**
There is a lack of doctors in Brazil. Is it a myth or reality?
João Carlos Simões

Artigo Original - Original Article

- 227 **Análise histológica do efeito da trimegestona sobre o endométrio de ratas menopausadas**
Histological analysis of the effect of trimegestone on the endometrium of menopausal rats
Luciana de Oliveira Marques, Luiz Martins Collaço, Ana Cristina Lira Sobral, Sheron Luize Costa de Carvalho, David Gomes Cordeiro Junior, Vanessa Vieira Dal Lago
- 237 **Qualidade em um Serviço Público de Cirurgia Plástica: Visão do paciente**
Quality in the Public Service of Plastic Surgery: Patient's point of view
Luana Resende Reis, José Lamartine Galvão de Campos, Taylor Brandão Schnaider, Yara Juliano, Daniela Francescato Veiga, Lydia Masako Ferreira
- 245 **Variações das artérias renais: estudo anatômico em cadáveres**
Variation of the Renal Artery: Anatomical Study in Corpses
Geraldo Alberto Sebben, Sérgio Luiz Rocha, Eduardo Alcantara Quidigno, Eduardo Augusto dos Santos Caliari, Henrique Augusto dos Santos Caliari
- 251 **Análise do perfil epidemiológico, clínico e patológico de pacientes portadores de câncer de pele não melanoma tratados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba**
Epidemiological, clinical and pathological analysis of patients with non-melanoma skin cancer treated at Evangelical University Hospital in Curitiba
Eurico Cleto Ribeiro Campos, João Carlos Simões, Douglas Jun Kamei, Fábio Marchini Raimundo dos Santos, Enzo Barbosa Aires Pinheiro, Renato Luiz Baldissera
- 261 **Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária**
Self-esteem, depression and spirituality in patients with breast neoplasm
Maria Carolina Mendes de Oliveira, Isabela de Alustau Guimarães, Neil Ferreira Novo, Taylor B. Schnaider

Relato de Caso - Case Report

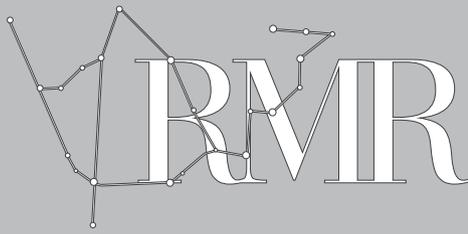
- 267 **Meningioma pós-radioterapia: relato de caso e revisão de literatura**
Meningiomas after Radiotherapy: Case report and literature review
Johnni Oswaldo Zamponi, Johnni Oswaldo Zamponi Junior
- 272 **Carcinoma adenoide cístico de traqueia: ressecção traqueal transternal seguido de radioterapia com intensidade modulada**
Traqueal adenoid cystic carcinoma: transternal traqueal resection and treatment with IMRT
Leticia Carani Delabio, João Batista Neiva, Luciano do Valle Saboia, João Carlos Domingues Repka
- 277 **PEComa de partes moles – Relato de caso**
Soft tissue PEComa - case report
Fernando Rogério Beylouni Farias, Eduardo Hubner Souza, Leonardo Zavaschi, Lucas Félix Rossi

Expressões médicas - Medical expression

- 281 **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

- 289 **Formulário Popular de Medicina no Período Imperial - 1ª edição e 16ª edição / Piotr Czerniewicz**
Popular Form of Medicine at Imperial Period - 1st and 16th edition / Piotr Czerniewicz
Ehrenfried Othmar Wittig



A Revista do Médico Residente (ISSN 2237-7131) 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 2237-7131

MISSÃO

A Revista do Médico Residente (ISSN 2237-7131), editada desde 1999, é órgão oficial do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná e, com o apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná, é editada trimestralmente com um único volume anual e tem por missão a publicação de artigos científicos da área biomédica e de artigos especiais que contribuam para o ensino e desenvolvimento da Residência Médica do Brasil. A Revista do Médico Residente aceita artigos escritos em português, espanhol e inglês nas seguintes categorias: artigos originais, artigos de revisão ou atualização, relatos de casos, ensaios, artigos de opinião, conferências, artigos de história e cartas ao editor. Outras seções poderão ser incluídas conforme o interesse do CRM-PR na divulgação de temas relevantes que não se incluam nas categorias citadas.

MANUSCRITOS

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

MODELO DE CARTA DE AUTORIZAÇÃO

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

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

Incluir também:

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

REFERÊNCIAS

A Revista do Médico Residente segue o "Uniform Requiremen-

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

REVISÃO ENTRE OS PARES (PEER REVIEW)

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

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

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

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

TIPOS DE ARTIGOS

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

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

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

Relato de caso: descrição de casos clínicos peculiares, ge-

almente raros e de interesse. Necessita resumo e abstract não estruturado. Número de autores, até seis (6).

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIGINAIS

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

Resumo: deve ser estruturado e não exceder 300 palavras. Deve conter ainda o objetivo, com justificativa e propósito do trabalho.

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

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

Conclusão: resposta da pergunta ou objetivo inicial.

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

PREPARAÇÃO DO TEXTO

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

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

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

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

Resultados: devem ser apresentados em sequência e de maneira concisa, sem comentários e fazendo quando pertinente re-

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

GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

As figuras devem ser as referidas no texto e devem vir logo após a referência no texto. As figuras não devem ser inseridas no documento principal. As legendas devem ser colocadas abaixo das figuras, descritas em folha separada e colocadas após as referências e tabelas. Quando se tratar de tabelas e gráficos, as legendas ficarão acima delas. Deve ser identificada no verso, através de etiqueta, com o nome do autor, número e orientação espacial com setas. Os números das fotos para artigos originais devem ser limitados a seis (6) e para relato de caso a quatro (4). Exceções serão julgadas pelo Editor Científico. Procurando uniformizar os termos anatômicos, os autores deverão usar a Terminologia Anatômica, São Paulo, Editora Manole, 1ª ED, 2001.

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

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

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

Referências: a revista segue, como já referido, as normas de Vancouver. As referências devem ser restritas aos últimos cinco anos e numeradas consecutivamente na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto. Até seis autores, todos devem ser referidos. Acima de seis autores, referem-se os seis primeiros e a expressão et. al.

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

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

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

No Brasil faltam médicos: mito ou realidade?

There is a lack of doctors in Brazil. Is it a myth or reality?

João Carlos Simões¹

*"Cada paciente deve poder encontrar, no médico, o ouvinte atento, o observador cuidadoso, o interlocutor sensível e o clínico competente".
(DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO, 1988)*

Seria uma redundante afirmação sobre o óbvio responder a pergunta do título acima, sem deixar de levar em consideração estatísticas consistentes e robustas, e adotar parâmetros numéricos que representem esta resposta sem deixar margem para dúvida.

Para o CFM, não faltam médicos no País; o que existe é uma má distribuição destes profissionais e uma falta de uma política para fixar médicos no interior.

Como contraponto, por outro lado, farei uma reflexão crítica a esta assertiva, que se apoiará no parâmetro numérico adotado da proporção de médicos em relação à população, que discutiremos a seguir para demonstrar que no Brasil faltam médicos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentou, recentemente, a seguinte estatística de **médicos ativos no Brasil, em 2011, cujo valor chegou a 371.788 profissionais. Destarte, o índice chega a 1,95 médico por 1.000 habitantes.**

Durante muito tempo no Brasil foi divulgado, equivocadamente, que a relação de um médico para 1.000 habitantes seria considerada ideal pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A OMS jamais defendeu esse índice, que

não tem fundamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não estabelecem, tampouco taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros.

QUAL A PROPORÇÃO IDEAL DE MÉDICOS/HABITANTES?

Analisando o folder da OPAS, verificamos que países como Canadá e os Estados Unidos têm entre 20 e 25 médicos por 10 mil habitantes, o que dá uma relação de 2, 2,5 médico por mil habitantes.

Cuba tem 6,4 médicos por mil habitantes; a cidade de São Paulo tem 4,3 médicos por mil habitantes; a Argentina tem 4,1 médicos por mil habitantes; o Uruguai tem 4,8 médicos por mil habitantes; Portugal tem 3,8 médicos por mil habitantes. A China tem 1,4 por mil habitantes; os países da Europa têm em média 38 médicos por 10 mil habitantes.

Ou seja, não é verdade que 10 médicos por 10 mil habitantes (1 médico/1.000 habitantes) é o número suficiente!

Analisando os vários países, concluímos que um número razoável para um país da di-

1. Editor Científico da Revista do Médico Residente

mensão geográfica do Brasil seria de 2 a 2,5/ médico por 1.000 habitantes.

Se o parâmetro acima for considerado o ideal para ser alcançado, o Brasil precisa de mais médicos. **Considerando a população brasileira divulgado pelo IBGE em 2010, na minha opinião, faltam aproximadamente 100 mil médicos no Brasil!**

Para atingir este desiderato não se justificaria, em absoluto, a abertura de mais escolas médicas. Sou contra a abertura indiscriminada e socialmente irresponsável de novos cursos de Medicina no País, porque a natalidade de graduação de médicos é maior que a natalidade da população do País.

Entre 2000 e 2009, a quantidade de médicos aumentou 27% – de 260.216 para 330.825. No mesmo intervalo de tempo, a população brasileira cresceu aproximadamente 12% – de 171.279.882 para 191.480.630, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2000, havia no país um médico para cada grupo de 658 habitantes; em 2009, a situação passou a ser de um médico para 578 habitantes.

A formação nas recentes escolas médicas já existentes é deficiente, preparam mal o egresso, não contemplam as diretrizes curriculares, nem os critérios de um complexo acadêmico hospitalar-ambulatorial e de atendimento a urgência

emergências, agregado às ações primárias e secundárias de saúde pública municipal.

Ou seja, teremos, ao longo tempo, uma graduação de médicos em quantidade suficiente para atingir a proporção desejada em relação à população da maior parte das regiões do País e, eventualmente, poucos novos cursos poderão ser abertos décadas mais tarde com critérios sociais bem definidos.

Baseado nestas premissas e com uma política ministerial adequada de fixação de novos médicos em áreas sem atenção básica, o governo federal deveria ser mais responsável e estancar definitivamente a abertura indiscriminada de novas escolas médicas ou aumento de vagas.

Existe, indubitavelmente, falta de médicos em determinados municípios do País (existem 500 sem nenhum médico) e mesmo na periferia das grandes cidades, porque essas carecem de mínimos atrativos para afixação dos novos profissionais. **Algumas das dificuldades apontadas para estes problemas são: ausência de carreira de cargos e salários promovidos por concurso pelo governo com estabilidade, melhores recursos financeiros, humanos, segurança e materiais adequados, com apoio e sustentabilidade política, fomento de opções tecnológicas para educação continuada e para o exercício em atendimento básico à saúde.**

Análise histológica do efeito da trimegestona sobre o endométrio de ratas menopausadas

Histological analysis of the effect of trimegestone on the endometrium of menopausal rats

Luciana de Oliveira Marques¹

Luiz Martins Collaço²

Ana Cristina Lira Sobral³

Sheron Luize Costa de Carvalho⁴

David Gomes Cordeiro Junior⁴

Vanessa Vieira Dal Lago⁴

RESUMO

OBJETIVO: A terapia hormonal (TH) é uma ferramenta amplamente utilizada na Medicina para amenizar os sintomas da menopausa decorrentes da carência hormonal presente nesta fase. Contudo, a TH apresenta aspectos negativos, tais como aumento do risco relativo de neoplasias hormônio-dependentes, como no endométrio, no ovário e na mama. Atualmente, a TH é feita predominantemente por estrogênios associados a progestagênios, pois acredita-se que o progestagênio seja um protetor da proliferação endometrial. O objetivo deste estudo é avaliar histologicamente o efeito do uso de 17beta-estradiol associado à trimegestona, um progestagênio de nova geração, sobre o endométrio de ratas menopausadas.

MÉTODOS: Foi realizada ooforectomia bilateral em 45 ratas Wistar, divididas aleatoriamente em três grupos de 15: controle (C), estrogênio (E) e estrogênio+progesterona (E+P). Após o 60.º dia PO, foi realizada citologia vaginal como método indireto de confirmação de menopausa. Todas as ratas encontravam-se atroficas. No 61.º dia PO iniciou-se a administração de soro fisiológico 0,9% para o grupo C, 17beta-estradiol para o grupo E e 17beta-estradiol com trimegestona para o grupo E+P, via gavagem durante 60 dias consecutivos. A seguir, procedeu-se a morte dos animais para retirada do útero e cornos uterinos, destinados à análise histológica pela coloração HE.

RESULTADOS: A análise deu-se através da espessura do endométrio superficial, espessura do estroma endometrial e número de glândulas no estroma. Não foram observadas diferenças estatísticas entre nenhum dos grupos em nenhuma variável estudada.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a associação de 17beta-estradiol e trimegestona nas dosagens uti-

Trabalho realizado no Laboratório de Experimentação em Clínica e Cirurgia da Faculdade Evangélica do Paraná. Curso de Medicina.

1. Professora assistente da Disciplina de Experimentação em Clínica e Cirurgia da FEPAR – Curitiba/PR – Brasil.

2. Professor Titular das Disciplinas de Histologia e Patologia da FEPAR – Curitiba/PR – Brasil.

3. Professora Assistente das Disciplinas de Histologia e Patologia da FEPAR – Curitiba/PR – Brasil.

4. Acadêmicos do 12º período do curso de Medicina da FEPAR – Curitiba/PR – Brasil.

lizadas não causou efeito proliferativo sobre o endométrio de ratas menopausadas.

DESCRITORES: *Terapia de Reposição Hormonal; Proliferação de células; Útero; Estrogênios; Progestinas.*

Marques LO, Collaço LM, Sobral ACL, Carvalho SLC, Junior DGC, Lago VVD. Análise histológica do efeito da trimegestona sobre o endométrio de ratas menopausadas. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4): 227-236.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, experimentado em nosso país e no mundo, um número crescente de mulheres alcança o climatério. Esse fato constitui uma área de interesse clínico, epidemiológico e de saúde pública⁽¹⁾.

O climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, somente reconhecida depois de passados 12 meses da ocorrência do último ciclo menstrual e acontece geralmente em torno dos 48 anos de idade^(2,3).

Muitas mulheres passam por essa fase sem nenhuma queixa ou necessidade de medicamentos e outras têm sinais e sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. Entre os mais comuns estão: fogachos, sudorese, nervosismo, irritabilidade, insônia, cefaleia, vertigem, depressão, labilidade emocional, diminuição da capacidade de memorização, parestesias, formigamento, palpitações, mialgias, artralgias, atrofia urogenital e diminuição da libido. Essas manifestações decorrem do evento dito hipoestrogenismo^(1,3,4).

Nas pacientes sintomáticas por vezes há necessidade do uso de terapia hormonal (TH) da menopausa para atenuar esses desconfortáveis sintomas causados pela carência hormonal. É necessário, contudo, que os médicos estejam informados e atualizados para estabelecerem

uma opção terapêutica segura às mulheres que apresentem dificuldades em atravessar essa fase de carência hormonal⁽³⁾.

A TH é efetiva para atenuar os desagradáveis sintomas vasomotores da menopausa, amenizar a atrofia genital e a longo prazo prevenir a osteoporose^(1,5). Além disso, alguns autores mostram que os estrogênios podem aumentar a atividade neuronal, o número de sinapses e retardar o início da doença de Alzheimer, ou até mesmo diminuir o risco desta afecção⁽¹⁾.

Contudo, a TH apresenta também aspectos negativos, tais como aumento do risco relativo de neoplasias hormônio-dependentes, como do endométrio, do ovário e da mama, e ainda o aumento do risco de tromboembolismo e doenças cardiovasculares. Algumas pacientes podem apresentar efeitos colaterais como mastalgia, aumento de peso corpóreo, alteração do perfil lipídico com aumento do LDL colesterol, principalmente em relação ao tipo de progestona utilizada^(1,5).

Nas últimas três décadas, a principal questão relacionada à TH da menopausa foi o risco de câncer do endométrio. O câncer endometrial é a sétima neoplasia maligna mais comum do mundo, sendo dez vezes mais incidente em países desenvolvidos. Cerca de 80% de todos os casos são adenocarcinomas de padrão endometriode, cuja relação com hiperplasia endometrial prévia é bem estabelecida. Os principais fatores de risco relacionados à hiperplasia endometrial e progressão para o câncer estão

relacionados à hiperestimulação do endométrio pela exposição crônica aos altos níveis circulantes de estrógenos⁽⁶⁾.

Atualmente, a TH da menopausa é realizada com uso isolado de estrogênios, para pacientes sem útero, ou em associação com progestero-nas, para aquelas com útero intacto. A observação do efeito protetor de progestagênios exógenos combinados aos esquemas de contracepção oral, serviu de base para adição de progestagênios às TH para mulheres em menopausa^(3,6).

Existem poucas alternativas para a TH que não usem os estrogênios. Estes são esteróides sintetizados a partir do colesterol e exercem ação proliferativa sobre o endométrio, tanto no estroma quanto nos epitélios de revestimento e glandular. Estes hormônios podem levar à proliferação das células endometriais e desenvolvimento gradual de hiperplasia, hiperplasia atípica e câncer endometrial⁽⁵⁾. Por esse motivo, os estrogênios devem ser prescritos para atenuação dos sintomas vasomotores nas menores doses com eficácia terapêutica e por curta duração⁽⁶⁾.

O papel da progesterona é oferecer proteção endometrial para evitar a hiperplasia e o carcinoma enquanto os benefícios do estrogênio serão mantidos⁽⁷⁾.

O desenvolvimento de novas gerações de progestagênios com maior perfil de seletividade tem sido um grande desafio. Dentre os que foram sintetizados nas últimas duas décadas está a trimegestona (TMG). Ela é derivada do 19-norpregnano, considerada um dos mais potentes progestagênios, com alta afinidade pelo receptor de progesterona e com elevada seletividade endometrial. Sabe-se ainda, que esta não tem afinidade por receptores androgênicos, glicocorticoides e mineralocorticoides^(7,8).

Para TH da menopausa, a trimegestona está

disponível no comércio em associação com uma baixa dose de 17beta-estradiol, em terapia contínua ou cíclica. Esses medicamentos são administrados por via oral e a TMG é rapidamente absorvida sem prejudicar a absorção do 17beta-estradiol⁽⁸⁾.

Em muitos estudos a TMG tem sido demonstrada como adequada para a proteção endometrial^(7,8,9,10,11), apresentando uma melhor tolerância ao não comprometer a qualidade de vida da mulher em comparação com outros progestagênios^(7,8,12). Os efeitos colaterais mais comuns de seu uso são: dor abdominal, mastal-gia, cefaleia e sangramento uterino⁽⁸⁾.

Assim sendo, um esquema de TH contendo TMG deveria evitar a hiperplasia endometrial, e provocar mínimo efeito antagonista sobre os efeitos benéficos do estrogênio. O presente estudo propõe-se a avaliar o efeito da trimegestona associada ao estrogênio, sobre o endométrio de ratas menopausadas.

MÉTODOS

Foram utilizadas 45 ratas adultas jovens, virgens (*Rattus norvegicus albinus*, *Rodentia mammalia*), da linhagem Wistar, com idades variando de 90 a 120 dias oriundas do biotério da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR). A amostra foi dividida de forma aleatória, em três grupos de 15.

Os procedimentos foram realizados no laboratório da Disciplina de Experimentação em Clínica e Cirurgia desta instituição. Todos os animais receberam os cuidados preconizados pela Sociedade Brasileira de Ciência em Animais de Laboratório, antigo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA), e o projeto de pesquisa adotado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Animais da FEPAR sob número 3015/09.

Na primeira fase do estudo, as ratas foram anestesiadas até plano cirúrgico com a associação ketamina-xilazina, via intraperitoneal, nas dosagens de 10mg e 1mg para cada 100g de peso, respectivamente. Após a anestesia, os animais foram submetidos à pesagem (peso inicial), marcação com ácido pícrico para posterior identificação, e realização de ooforectomia bilateral, como modelo de indução de menopausa cirúrgica. Após a recuperação anestésica, foram mantidos no biotério da instituição, onde o ambiente é controlado, sendo divididos em cinco animais por gaiola, e recebendo água e ração padrão para a espécie (NUVILAB®) à vontade.

Na segunda fase do estudo – 60º dia de pós-operatório (PO) –, os animais foram novamente pesados (peso intermediário), e coletou-se amostra de secreção vaginal, destinada à análise citológica pela coloração de Papanicolau, como método indireto de confirmação do hipostrogenismo decorrente da menopausa cirúrgica. A partir do 61º dia de PO, os animais receberam, diariamente no mesmo horário, a medicação designada para cada grupo, via gavagem, por 60 dias consecutivos, sendo que:

- Grupo Controle (C) recebeu 1mL de soro fisiológico (SF) a 0,9%;
- Grupo Experimento E recebeu 6,5 µg de 17 beta-estradiol diluído em 1 mL de soro fisiológico (SF) a 0,9%;
- Grupo Experimento E+P recebeu 6,5 µg de 17 beta-estradiol associado a 1,625 µg de trimegestona, diluídos em 1 mL de soro fisiológico (SF) a 0,9%.

Durante o experimento todos os animais estavam sujeitos aos mesmos fatores diários, como temperatura ambiental constante (24º C), mesma intensidade luminosa e de ruídos, e ciclo claro-escuro de 12/12 horas.

Na terceira fase do estudo, após o 60º dia de medicação, procedeu-se eutanásia dos animais

com *overdose* anestésica de ketamina-xilazina, por via intraperitoneal. Realizou-se nova pesagem (peso final), segunda coleta da secreção vaginal, semelhante à primeira, e histerectomia.

Os úteros retirados foram fixados em formalina tamponada para análise histológica. A porção média dos cornos uterinos direito e esquerdo foram desidratadas e processadas para inclusão em parafina, segundo as técnicas histológicas habituais. A inclusão foi realizada de tal maneira que os cortes permitissem a visão transversal dos cornos uterinos.

As lâminas foram coradas através do método hematoxilina-eosina (HE) e estudadas pelo mesmo patologista através de microscopia óptica em quatro campos por corte histológico, sob magnificação final de 400 vezes. A análise histológica foi feita através de critérios convencionais para descrição do epitélio e estroma endometriais, tais como espessura do epitélio superficial, espessura do estroma e contagem manual de glândulas no estroma.

Para a comparação dos grupos em relação à espessura do epitélio superficial e à espessura do estroma, foi considerado o teste exato de Fisher. Em relação ao número de glândulas, os grupos foram comparados usando-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Statistica v.8.0.

RESULTADOS

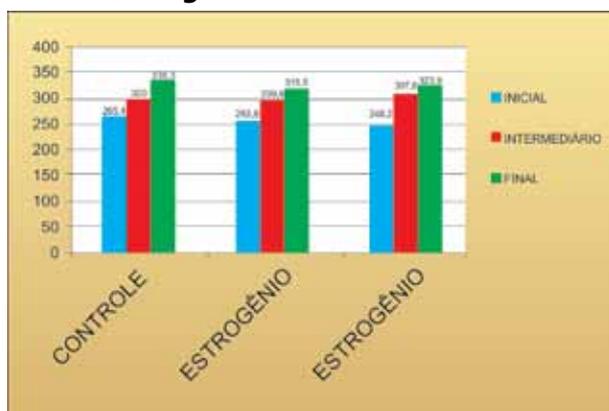
Durante a laparotomia mediana, para a realização de ooforectomia bilateral ocorreram cinco óbitos, sendo todos do grupo controle. Na coleta da secreção vaginal realizada no 60º dia PO, ocorreram quatro óbitos, sendo dois do grupo experimento E e dois do grupo experimento E+P. Todos os óbitos ocorreram devido

a acidente anestésico, pois não foi detectado nenhum outro fator relacionado à *causa mortis*.

AValiação Ponderal

O peso inicial médio dos animais foi de 255,8g, não havendo diferença estatística entre os grupos ($p > 0,05$), o que demonstra a homogeneidade da amostra. O mesmo ocorrendo em relação ao peso intermediário ($p > 0,05$), cuja média foi de 302,5 g (ratas em menopausa), e ao peso final ($p > 0,05$), no qual a média foi de 324,9g (pós-hormonioterapia). O peso médio de cada fase do estudo, para cada grupo, está demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Médias da avaliação ponderal dos animais, em gramas.



Na análise ponderal intragrupo nas três fases do estudo, constatou-se diferença significativa em todas as comparações ($p < 0,05$), observando-se em todos os grupos aumento de peso da fase inicial para a intermediária, e da intermediária para a final, sendo estes de 3% e 11,7% no grupo controle, 18,1% e 5,23% no grupo experimento E, e 24% e 5,2% no grupo experimento E+P, respectivamente.

ANÁLISE DA CITOLOGIA VAGINAL

Na primeira análise de citologia vaginal realizada no 600 dia PO, observou-se que todas as ratas apresentavam padrão atrófico, confirmando o hipoestrogenismo decorren-

te da menopausa cirúrgica.

Na segunda análise da citologia vaginal, realizada antes da eutanásia, todas as ratas do grupo controle permaneciam atróficas, enquanto nove ratas dos grupos experimentos apresentaram padrão trófico, sendo três do grupo experimento E (20,08%) e 6 do grupo experimento E+P (46,15%). Ainda, três ratas foram classificadas como hipotróficas, ou seja, apresentavam tanto células superficiais quanto células profundas, e destas duas eram do grupo experimento E (15,38%) e uma era do grupo experimento E+P (7,69%).

AValiação Histológica do Endométrio

1 - Espessura do epitélio superficial:

No grupo controle, todos os animais apresentaram o mesmo padrão para espessura do epitélio superficial e espessura do estroma, ou seja, todos classificados como normal quanto ao epitélio e medidas inferiores a 1mm quanto ao estroma. Não foram identificados necrose, atipia celular e/ou endometrite.

No grupo experimento E, que recebeu 17beta-estradiol, foram encontradas três ratas classificadas como epitélio superficial com discreta proliferação (23,08%), e os demais animais (76,92%) possuíam epitélio superficial normal (tabela 1).

Tabela 1. Espessura do epitélio superficial nos três grupos.

Espessura do epitélio superficial	Grupo		
	E	E+P	C
Normal	10 76,92%	10 76,92%	10 100,00%
Proliferação discreta	3 23,08%	3 23,08%	0 0,00%
Total	13	13	10

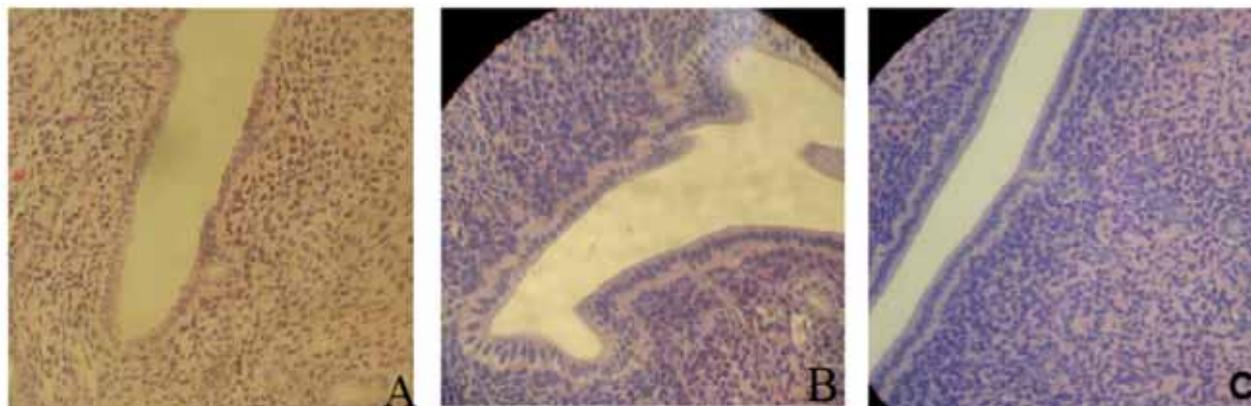


Figura 1. Fotomicrografia do epitélio superficial (400x). A - grupo controle; B - grupo E; C - grupo E+P.



Figura 2. Fotomicrografias do estroma endometrial (40x). A - grupo controle; B - grupo E; C - grupo E+P.

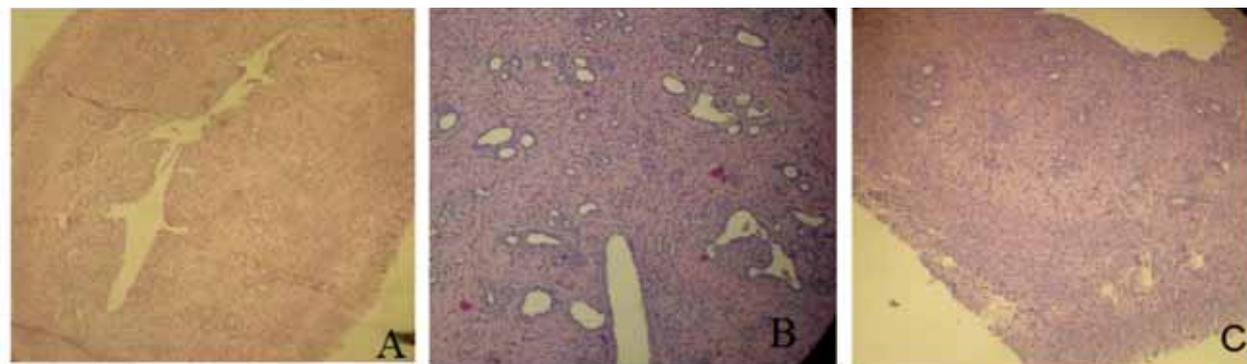


Figura 3. Fotomicrografia de glândulas no estroma endometrial (100x). A - grupo controle; B - grupo E; C - grupo E+P.

No grupo experimento E+P, que recebeu a associação 17beta-estradiol e trimegestona, encontrou-se três ratas com discreta proliferação no epitélio superficial (23,08%), como mostra a figura 1, sendo as demais normais (tabela 1).

Na comparação dos resultados dos grupos, em relação à espessura do epitélio, observou-se não haver diferença significativa entre eles, com $p=0,229$ (controle X experimento E), $p=0,229$ (controle X experimento E+P) e $p=1$ (experimento E X experimento E+P).

2 - Espessura do estroma:

Quanto a espessura do estroma nos grupos controle e experimento E+P, todos os animais apresentaram espessura $<1\text{mm}$, enquanto no grupo experimento E, duas ratas (15,38%) apresentaram espessura de $\geq 1\text{mm}$, e as demais (84,62%) tiveram estroma $< 1\text{mm}$ (tabela 2 e figura 2). Atipias e necrose não foram visualizadas em nenhum grupo, e endometrite ocorreu em três ratas do grupo experimento E (23,08%) e três do grupo experimento E+P (23,08%).

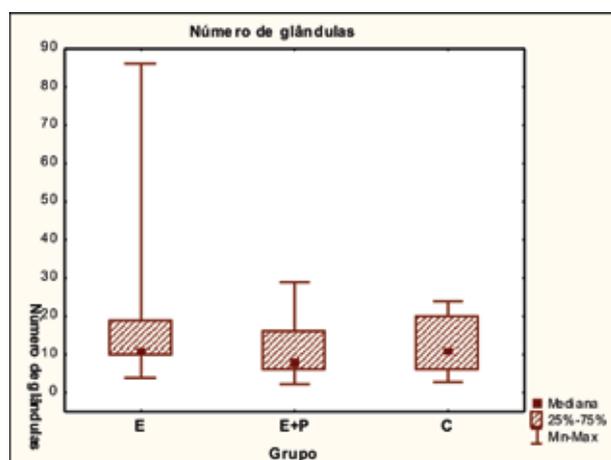
Tabela 2. Distribuição da espessura do estroma conforme o grupo.

Espessura do estroma	Grupo		
	E	E+P	C
<1,0mm	11 84,62%	13 100,00%	10 100,00%
= 1,0 mm	2 15,38%	0 0,00%	0 0,00%
Total	13	13	10

A análise comparativa da espessura do estroma, entre os grupos de estudo, não apresentou significância estatística, com $p=0,480$ (controle x experimento E), $p=1$ (controle X experimento E+P) e $p=0,486$ (experimento E x experimento E+P).

3 - Quantificação de glândulas do estroma:

O grupo controle apresentou quantidades variando de três a 24 glândulas no estroma, com média de 12,1, já no grupo experimento E a mesma foi de 4 a 86 glândulas, com média de 22,3, e no grupo experimento E+P variou de 2 a 29, com média de 11,5 glândulas (gráfico 2). A análise estatística desta variável indicou não haver diferença significativa entre os grupos com $p=0,493$. A figura 3 mostra presença de glândulas no estroma em cada grupo estudado.

Gráfico 2. Número de glândulas no estroma em cada grupo.

DISCUSSÃO

A literatura aponta a utilização de ratos como padrão-ouro para avaliação do efeito de drogas *in vivo*. É referência na literatura a ooforectomia bilateral como modelo de indução de menopausa cirúrgica, a qual foi utilizada neste estudo⁽¹³⁾.

A maioria das linhagens de ratos de laboratório tem de dois anos e meio a três anos de expectativa de vida. Alguns estudos mostram que 60 anos de idade de um indivíduo adulto corresponderia a dois anos nesses animais⁽⁸⁾. O presente experimento realizou 60 dias de administração da droga, que seguindo o raciocínio descrito acima, corresponderia a aproximadamente cinco anos de uso de TH da menopausa na mulher.

O endométrio da mulher e o da rata exibem alterações proliferativas comparáveis quando submetidas à terapia hormonal da pós-menopausa. O uso do modelo animal permite a avaliação do efeito direto dos hormônios sobre o endométrio, eliminando-se os efeitos de potenciais variáveis que podem estar presentes em ensaios clínicos, como idade, tempo de menopausa e tempo de uso de terapia hormonal⁽⁶⁾.

Em certo estudo realizado com a drospirirona ocorreu perda de peso significativa após a hormonioterapia⁽¹³⁾, o que não ocorreu neste estudo, confirmando a baixa afinidade da trimegestona pelos receptores mineralocorticoides.

O estrogênio é um dos hormônios responsáveis pelo aumento de eosinófilos e outras células inflamatórias que pode ocorrer no estroma endometrial⁽¹⁴⁾, o que pode explicar o achado de endometrite em três ratas do grupo experimento E e três do experimento E+P.

Um grande estudo randomizado do tipo ensaio clínico duplo-cego, publicado na década de 90⁽¹⁴⁾, demonstrou que a terapia hormonal isolada com estrogênio produz mais hiperpla-

sia endometrial comparada com o placebo. As taxas de hiperplasia para o tratamento com estrógenos isolados (0,625mg/dia de estrógeno eqüino conjugado) foram de 21% após um ano, 45,4% após dois anos e 62,2% após três anos, enquanto no placebo houve uma taxa de apenas 1,6% após três anos. Nas décadas seguintes, vários estudos comprovaram que a TH usando estrogênio sem a associação com uma droga que antagonize seu efeito no endométrio pode levar ao desenvolvimento de carcinoma endometrial⁽⁶⁾.

Outro estudo que analisa o endométrio de cinquenta e seis ratas adultas, ooforectomizadas, mostrou endométrio bem desenvolvido naqueles que receberam a associação de estrogênio equino conjugado e raloxifeno (respectivamente, 50 µg /kg e 0,75 mg/kg), e proliferação acentuada naqueles que receberam estrogênio eqüino conjugado isoladamente (50 µg /kg), depois de 21 dias consecutivos de administração da medicação⁽⁵⁾. No presente estudo, o grupo que recebeu estrogênio isolado não apresentou resultados estatisticamente significantes quanto a proliferação endometrial. Esse fato pode estar associado à baixa dosagem do estrogênio utilizado ou ao tempo de administração insuficiente para ação do 17beta-estradiol no endométrio das ratas. Isso pode explicar ainda o segundo resultado da citologia vaginal, no qual se esperava trofismo em todas as ratas após a hormonioterapia, o que não ocorreu.

Reafirmando dados da literatura, segundo os quais a trimegestona usada em associação com 17beta-estradiol protege o endométrio do efeito proliferativo causado pelo estrogênio⁽⁸⁾,

a análise histológica realizada neste estudo não evidenciou diferenças significativas entre os grupos controle e experimento E+P, demonstrando sua semelhança, ou seja, o uso da trimegestona não causou proliferação endometrial neste experimento com animais.

A dose de trimegestona utilizada neste estudo foi de 1,625 µg/dia, o que corresponderia a uma dose diária de 0,25 mg/dia usada por uma mulher⁽¹²⁾.

Estudos foram feitos usando regime cíclico composto de 2 mg de 17beta-estradiol nos primeiros 14 dias, e 2 mg de 17beta-estradiol combinado com 0,5 mg de trimegestona nos dias 15 a 28. Nos estudos posteriores, com regimes tanto cíclicos quanto contínuos, foram utilizadas doses mais baixas de 17beta-estradiol (1 mg) e de trimegestona (0,25, 0,125, 0,0625 mg), e os resultados indicaram que a trimegestona protege o endométrio mesmo que em doses mais baixas⁽⁸⁾. Em outro estudo, com objetivo de analisar a eficácia do tratamento de 1mg de beta-estradiol associado a 0,125mg de trimegestona sobre os sintomas do climatério demonstrou que o esquema nessas doses oferece não apenas proteção endometrial, como é eficaz no alívio dos sintomas da menopausa e na melhora da qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

Sugere-se prosseguir com novos estudos, durante períodos maiores e em dosagens diversas dos hormônios aqui utilizados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a associação de 17beta-estradiol e trimegestona, nas dosagens utilizadas, não causou efeito proliferativo sobre o endométrio de ratas menopausadas.

ABSTRACT

BACKGROUND: Hormone therapy (HT) is a tool widely used in medicine to relieve symptoms of menopause due to hormonal deficiency present in this phase. However, TH has negative aspects, such as increased relative risk of hormone-dependent cancers such as endometrial, ovarian and breast cancer. Currently, HT is predominantly associated with estrogen by progesterone, because it is believed that the progestin is a protector of endometrial proliferation. The objective of this study was to evaluate the effect of the use of 17beta-estradiol associated with trimegestone, a new generation progestogen on the endometrium of menopausal rats.

METHODS: We performed bilateral ooforectomia in 45 Wistar rats, randomly divided into three groups of fifteen: control (C), estrogen (E) and estrogen + progesterone (E + P). After the 60th postoperative day, vaginal cytology was performed as an indirect method of confirmation of menopause. All rats were atrophic. In the 61st day we began the administration of saline 0.9% for group C, 17beta-estradiol for the group E and 17beta-estradiol with trimegestone for the group E + P for 60 consecutive days. Next, animals were killed in order to remove the uterus and uterine horns, intended for histological analysis by HE staining.

RESULTS: The analysis was made through the thickness of the endometrial surface, thickness of the endometrial stroma and the number of glands in the stroma. There were no statistical differences between any of the groups in any variable studied.

CONCLUSION: It was concluded that the combination of 17beta-estradiol and trimegestone at the used doses caused no proliferative effect on the endometrium of menopausal rats.

KEYWORDS: *Hormone replacement therapy; Cell proliferations; Uterus; Estrogens; Progestins.*

REFERÊNCIAS

1. Piovesan AC, Soares Júnior JM, Mosquette R, Simões MJ, Simões RS, Baracat EC. Estudo morfológico e molecular da mama de ratas castradas tratadas com isoflavona ou estrogênios. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005 Abr;27(4):204-9.
2. Research on the Menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1996; 866:1-107.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora MS; 2008. 192p.
4. Medeiros SF, Maitelli A, Nince APB. Efeitos da terapia hormonal na menopausa sobre o sistema imune. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(11):593-601.
5. Moraes AVS, Simões RS, Fonzar LF, Simões MJ, Junior JM, Haidar MA, Baracat EC. Efeitos da terapia estroaloxifeno sobre o endométrio de ratas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(2):101-6.
6. Araújo Jr NLC, Athanasio DA. Terapia de reposição hormonal e o câncer de endométrio. *Cad Saúde Pública.* 2007 Nov;23(11):2613-22.
7. Sitruk-Ware R. New Progestagens for contraceptive use. *Hum Reprod Update.* 2006 Mar-Apr;12(2):169-78.
8. Sitruk-Ware R, Bossemeyer R, Bouchard P. Preclinical and clinical properties of trimegestone: a potent and selective progestin. *Gynecol Endocrinol.* 2007 Jun;23(6):310-9.
9. Bouchard P, De Cicco-Nardone F, Spielmann D, Garcea N. Bleeding profile and endometrial safety of continuous combined regimens 1 mg 17beta-estradiol/trimegestone versus 1 or 2 mg 17beta-estradiol/norethisterone acetate in postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol.* 2005 Sep;21(3):142-8.
10. Koninck PR, Spielmann D. A comparative 2-year study of the effects of sequential regimens of 1 mg 17β-estradiol and trimegestone with a regimen containing estradiol valerate and norethisterone on the bleeding profile and endometrial safety in postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol.* 2005

- Aug;21(2):82-9.
11. Vicelli JT, Gurgel MSC, Alvarenga M. Histologia mamária após o uso de esteroides sexuais – estudo em ratas. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(5):369-7.
 12. Vicelli JT. Estudo histológico de mamas de ratas castradas submetidas à terapêutica com estrogênio, progestogênio e tibolona [tese de doutorado]. São Paulo: Unicamp; 2005.
 13. Hasegawa JS, Watanabe SS. Efeito da drospirino-na sobre o tecido mamário de ratas menopausadas [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Faculdade Evangélica do Paraná, Curso de Medicina; 2007.
 14. Pantaleão JAS, Henriques HN, Carvalho ACB de, Pollastri CE, Soares Filho PJ, Guzmán-Silva MA. Efeito da tibolona sobre o endométrio de ratas castradas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009 Mar;31(3):124-30.
 15. Gambacciani M, Spielmann D, Genazzani AR. Eficácia de um tratamento contínuo, sobre os sintomas do climatério, de 1mg de 17beta-estradiol e trimegestona associados versus dois esquemas contendo 1 ou 2 mg de 17beta-estradiol e acetato de norestisterona. *Gynecol Endocrinol.* 2005 Aug;21(2):65-73.

Recebido em: 29/09/2011

Aprovado em: 20/10/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Sheron Luize Costa de Carvalho

*Rua Deputado Atílio de Almeida Barbosa, 135 – apto 602,
Boa Vista – Curitiba (PR)*

E-mail: slluize@yahoo.com.br

Qualidade em um Serviço Público de Cirurgia Plástica: Visão do paciente

Quality in the Public Service of Plastic Surgery: Patient's point of view

Luana Resende Reis¹

José Lamartine Galvão de Campos²

Taylor Brandão Schnaider³

Yara Juliano⁴

Daniela Francescato Veiga⁵

Lydia Masako Ferreira⁶

RESUMO

OBJETIVO: O objetivo principal desse artigo foi avaliar a qualidade exigida pelos usuários de um serviço público de Cirurgia Plástica. Avaliar qualidade significa emitir um juízo de valor que depende muitas vezes dos referenciais de quem avalia, contendo questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador. O interesse pela qualidade dos serviços de saúde está presente nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem feito parte do cotidiano das organizações hospitalares.

MÉTODOS: Foram avaliados 40 usuários, por meio de um questionário constituído de 14 itens relacionados à qualidade, para os quais foram atribuídos graus de importância e satisfação.

RESULTADOS: Quando se compararam "Importância" e "Satisfação", obteve-se diferença estatística ($p \leq 0,05$) em cinco qualidades: facilidade de agendamento de consulta, pontualidade do médico, tempo de finalização de tratamento, limpeza sanitária do ambulatório e limpeza da enfermaria em geral.

CONCLUSÃO: Ficou demonstrado que, apesar dessas qualidades terem sido importantes para os pacientes, estes não estavam satisfeitos.

DESCRITORES: *Cirurgia Plástica; Satisfação dos Consumidores; Organização e Administração; Planejamento em Saúde.*

Reis LR, Campos JLG, Schnaider TB, Juliano Y, Veiga DF, Ferreira LM. Qualidade em um Serviço Público de Cirurgia Plástica: Visão do paciente. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4): 237-244.

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí (MG).

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

2. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo.

3. Prof. Titular do Dpto. de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

4. Professora Titular de Bioestatística da Universidade do Vale do Sapucaí.

5. Prof. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Univ. Federal de São Paulo.

6. Prof. Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica e Chefe do Dpto. de Cirurgia da Univ. Federal de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A partir do final dos anos 70, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, vários movimentos fizeram parte de um processo amplo de transformações econômicas, políticas e culturais, e deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. Já nos anos 90, a ideia de humanização passou a fazer parte do vocabulário da saúde, inicialmente como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, e que mais tarde foram traduzidos em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais. Destaca-se a convergência desse conceito, cujo eixo central é a dimensão humana, individual e ética do atendimento, com a concepção de direitos do paciente⁽¹⁾.

Avaliar a qualidade significa emitir um juízo de valor que depende muitas vezes dos referenciais de quem avalia, contendo questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador. Embora exista uma série de dificuldades para avaliar qualidade na área da saúde, há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível⁽²⁾.

No setor público, os custos crescentes dos serviços de saúde favoreceram as políticas reformadoras e de restrição de gastos, bem como o surgimento de novos modelos de gestão visando maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços⁽¹⁾.

No Brasil, principalmente a partir dos anos 90, instituições públicas e privadas estão desenvolvendo estratégias no sentido de adota-

rem programas de garantia da qualidade⁽²⁾. O interesse pela qualidade dos serviços de saúde está presente nos princípios do Sistema Único de saúde (SUS) e tem feito parte do cotidiano das organizações hospitalares⁽³⁾.

Diversas ferramentas de qualidade têm sido empregadas para avaliação de produtos e serviços, levando em consideração a satisfação do usuário, como, por exemplo, o PDCA ("Plan" – Planejar; "Do" – Fazer; "Check" – Fazer; "Action" – Executar), o 5S ("seiri" descarte; "seiton" – arrumação; "seiso" – limpeza; "seiketsu" – saúde; "shitsuke" – disciplina), o 5W2H ("What" – o que?; "Who" – quem?; "Where" – onde?; "Why" – por quê?; "When" quando?; "How" – como?; "How much" – quanto custa?) e o QFD (*Quality Function Deployment*), traduzido como Desdobramento da Função Qualidade⁽⁴⁻⁶⁾.

O QFD é um método para desenvolvimento de uma ampla variedade de produtos e serviços, buscando identificar os desejos e as necessidades dos clientes para criar produtos que atendam às suas exigências, e tem sido aplicado no setor de saúde⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A concepção da valorização dos serviços de saúde pelos usuários é, sem dúvida, um desafio que necessita de coragem, compromisso e habilidade por parte dos seus provedores⁽⁸⁾. Estudos recentes continuam destacando a abordagem da qualidade dos serviços de saúde priorizando a satisfação do cliente⁽¹¹⁻¹³⁾.

A expectativa do usuário com relação à qualidade do serviço é uma premissa básica e enfatiza a necessidade de identificar e padronizar parâmetros que auxiliem os gestores na implementação de melhorias no setor, em benefício dos usuários. O objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade desejada pelos pacientes de um Serviço Público de Cirurgia Plástica.

Quadro 1. Gradação dos Quesitos da Qualidade Exigida pelos Sujeitos da Pesquisa do Grupo 1.

QUALIDADES EXIGIDAS	GRAU	
	Importância	Satisfação
ACESSO Facilidade de agendamento Facilidade de encaminhamento a exames e interconsultas		
RECEPÇÃO Postura e atendimento		
MÉDICO Postura de atendimento Pontualidade Tempo de retorno entre as consultas Satisfação com o tratamento Informações recebidas com relação ao problema Orientação para manutenção da saúde Tempo de tratamento		
LIMPEZA Recepção Sanitários Consultório Enfermaria		

Fonte: do autor; Total: n = 20

MÉTODOS

Trata-se de um estudo primário, de pesquisa clínica, aleatorizado e de centro único, realizado no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí.

Para o cálculo do tamanho da casuística, considerando-se o erro amostral de 5% na obtenção da escala de valores sobre a questão da qualidade de serviços, com nível de confiança de 95%, o tamanho mínimo amostral foi de 40 pacientes, distribuídos em dois Grupos (1 e 2), com 20 pacientes cada.

A população de estudo foi constituída de usuários do serviço Cirurgia Plástica, maiores de 18 anos, que haviam sido submetidos a tratamento cirúrgico com internação hospitalar, abordados quando de seu primeiro retorno ao ambulatório para controle pós-operatório.

Os critérios de exclusão limitaram-se às recusas de participar do estudo e à incapacidade de comunicação verbal. Os pacientes selecionados foram esclarecidos e convidados a participarem da pesquisa, assinando o termo de

consentimento livre e esclarecido.

A coleta dos dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (Protocolo 1006/08), realizada por sorteio em dias da semana diferentes respeitando-se a proporção média de pacientes atendidos/mês, por diferentes médicos, para evitar interferência nos resultados.

Na primeira etapa foi idealizado um questionário com gradação dos quesitos da qualidade do Serviço. Os 20 pacientes do Grupo 1 foram convidados a analisar os itens da qualidade dispostos no questionário, para avaliar o grau de importância e satisfação com o Serviço (Quadro 1).

Para cada item de qualidade foi atribuído, pelo paciente, o grau de importância 1 – nenhuma importância; 2 – pouca importância; 3 – alguma importância; 4 – importante; e 5 – muito importante. Os usuários também atribuíram valores de 1 a 5 referentes ao grau de satisfação com relação ao atendimento recebido: 1 – pessimista; 2 – ruim; 3 – regular; 4 – bom; e 5 – ótimo.

Quadro 2. Gradação dos Quesitos da Qualidade Exigida pelos Sujeitos da Pesquisa do Grupo 2.

QUALIDADES EXIGIDAS	GRAU	
	Importância	Satisfação
ACESSO Facilidade de internação		
INSTALAÇÕES NA ENFERMARIA Conforto na enfermaria Conforto nos sanitários		
SERVIÇOS AUXILIARES Qualidade serviço enfermagem Qualidade serviço nutrição (alimentação)		

Fonte: do autor; Total: n = 20

A seguir foram questionados em relação a outros eventuais itens da qualidade que um serviço de Cirurgia Plástica deveria ter. As respostas dadas por eles foram analisadas e, quando citadas por um número expressivo dos entrevistados (55%), foram agrupadas e acrescentadas ao questionário. Esse questionário ampliado foi aplicado a outros 20 pacientes do Grupo 2.

Os novos itens identificados e acrescentados ao questionário analisado pelo Grupo 1 estão presentes no Grupo 2 (Quadro 2).

Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística pelos testes de Wilcoxon e de Mann-Whitney. Fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS

O teste de Wilcoxon foi aplicado no Grupo 1, composto por 13 mulheres e sete homens, com faixa etária média de 46 anos, exibindo os resultados descritos na Tabela 1.

O teste de Wilcoxon para o Grupo 2, composto por 11 mulheres e nove homens, com faixa etária média de 47 anos (variando de 18 a 86 anos), apresentou os resultados presentes na Tabela 2.

Os pacientes não relataram **desconforto na enfermaria em geral**. Entretanto, quando investigados quanto ao **conforto no sanitário**

da mesma, 30% dos pacientes relataram que, devido à má instalação do chuveiro, tomaram banho frio.

Não houve reclamação quanto à qualidade da **alimentação no hospital**. Contudo, 32% dos pacientes relataram falta de informação por parte dos funcionários sobre o tempo de jejum.

Reunindo-se os Grupos 1 e 2, com 24 mulheres e 16 homens e aplicando-se o teste de Wilcoxon nos itens comuns aos dois questionários, encontrou-se o resultado exibido na Tabela 3.

Tabela 1. Quesitos da Qualidade Exigida pelos Sujeitos da Pesquisa do Grupo 1. Segundo Importância (I) e Satisfação (S) - Resultado do teste de Wilcoxon (z) e (p).

		MÉDIA	MEDIANA	Z	P
Facilidade de agendamento	I	4,8	5		
	S	4,35	5	-2,008	0,045
Facilidade de encaminhamento e exames e interconsultas	I	4,71	5		
	S	4,69	5	0	1
Postura de atendimento da recepção	I	4,75	5		
	S	4,3	5	-1,913	0,056
Postura de atendimento do médico	I	5	5		
	S	4,95	5	-1	0,317
Pontualidade do médico	I	4,75	5		
	S	4,1	4	-2,511	0,012
Tempo de retorno entre as consultas dado pelo médico	I	4,7	5		
	S	4,6	5	-0,632	0,527
Satisfação com o tratamento	I	5	5		
	S	4,8	5	-2	0,046
Informações recebidas com relação ao problema	I	4,85	5		
	S	4,75	5	-0,743	0,458
Orientações para manutenção da saúde	I	4,75	5		
	S	4,6	5	-1,134	0,257
Tempo de tratamento	I	4,8	5		
	S	4,15	5	-2,636	0,008
Limpeza da Recepção	I	4,9	4,5		
	S	4,5	5	-1,93	0,054
Limpeza sanitária do ambulatório	I	4,9	5		
	S	4,3	5	-2,588	0,01
Limpeza do Consultório	I	4,9	5		
	S	4,7	5	-1,414	0,154
Limpeza da Enfermaria	I	4,83	5		
	S	4,17	4,5	-2,588	0,01

Fonte: do autor; Total: n = 20

Tabela 2. Qualidades Exigidas pelos Sujeitos da Pesquisa do Grupo 2. Segundo Importância (I) e Satisfação (S) - Resultado do teste de Wilcoxon (z) e (p).

		MÉDIA	MEDIANA	Z	P
Facilidade de agendamento	I	4,95	5		
	S	4,3	4,5	-2,754	0,006
Facilidade de encaminhamento e exames e interconsultas	I	4,5	4,5		
	S	3,3	3	-2,951	0,003
Postura de atendimento da recepção	I	5	5		
	S	4,35	5	-2,264	0,024
Postura de atendimento do médico	I	4,95	5		
	S	4,5	5	-2,041	0,041
Pontualidade do médico	I	4,9	5		
	S	3,15	3	-3,547	0
Tempo de retorno entre as consultas dado pelo médico	I	4,5	5		
	S	4,45	5	-0,225	0,822
Satisfação com o tratamento	I	5	5		
	S	4,86	5	-1	0,317
Informações recebidas com relação ao problema	I	4,9	5		
	S	4,6	5	-1,73	0,084
Orientações para manutenção da saúde	I	4,85	5		
	S	3,4	3	-3,361	0,001
Tempo de tratamento	I	5	5		
	S	2,71	3	-2,271	0,023
Limpeza da Recepção	I	4,7	5		
	S	4,3	4,5	-1,29	0,197
Limpeza sanitária do ambulatório	I	5	5		
	S	3,5	3	-3,581	0
Limpeza do Consultório	I	4,95	5		
	S	4,75	5	-2	0,046
Limpeza da Enfermaria	I	5	5		
	S	4,35	5	-2,598	0,009
Facilidade de Internação	I	5	5		
	S	2,5	3	-3,953	0
Conforto na enfermaria	I	4,95	5		
	S	3,7	4	-3,497	0
Conforto no sanitário da enfermaria	I	4,8	5		
	S	3,65	3,5	-3,114	0,002
Serviço de Enfermagem	I	5	5		
	S	3,6	4	-3,336	0,001
Serviço de Alimentação (Nutrição)	I	4,7	5		
	S	3,75	4	-2,994	0,003
Facilidade para Reclamações e Sugestões	I	4,95	5		
	S	2,3	2	-3,952	0

Fonte: do autor. Total: n = 20

Tabela 3. Qualidades Exigidas pelos Sujeitos da Pesquisa dos dois Grupos. Segundo Importância (I) e Satisfação (S) - Resultado do teste de Wilcoxon (z) e (p).

		MÉDIA	MEDIANA	Z	P
Facilidade de agendamento	I	4,83	5		
	S	4,33	5	-3,302	0,001
Facilidade de encaminhamento e exames e interconsultas	I	4,59	5		
	S	3,92	4	-2,783	0,005
Postura de atendimento da recepção	I	4,88	5		
	S	4,33	5	-2,972	0,003
Postura de atendimento do médico	I	4,98	5		
	S	4,73	5	-2,232	0,026
Pontualidade do médico	I	4,83	5		
	S	3,63	4	-4,362	0
Tempo de retorno entre as consultas dado pelo médico	I	4,6	5		
	S	4,53	5	-0,565	0,572
Satisfação com o tratamento	I	5	5		
	S	4,81	5	-2,236	0,025
Informações recebidas com relação ao problema	I	4,88	5		
	S	4,68	5	-1,786	0,074
Orientações para manutenção da saúde	I	4,8	5		
	S	4	4,5	-3,602	0
Tempo de tratamento	I	4,85	5		
	S	3,78	4	-3,336	0,001
Limpeza da Recepção	I	4,8	5		
	S	4	5	-2,202	0,028
Limpeza do Sanitário Ambulatório	I	4,95	5		
	S	3,9	4	-4,362	0
Limpeza do Consultório	I	4,93	5		
	S	4,73	5	-2,309	0,021
Limpeza da Enfermaria	I	4,92	5		
	S	4,26	5	-3,601	0

Fonte: do autor. Total: n = 40

As qualidades exigidas pelos sujeitos dos Grupos isolados ou associados e que apresen-

taram diferença estatística significativa em comum estão descritas em negrito.

Pelo teste de Mann-Whitney, quando se separou por gênero o Grupo 2, em relação à **Limpeza do Consultório**, constatou-se diferença estatística significativa ($z = -2,276$; $p = 0,023$).

DISCUSSÃO

Os resultados apontam, em ambos os Grupos, a **facilidade de agendamento**, a **pontualidade do médico**, a clareza de informação sobre o **tempo de tratamento**, a **limpeza sanitária do ambulatório** e da **enfermaria em geral**, como itens de qualidade considerados muito importantes pelos pacientes.

Das cinco qualidades acima citadas, percebe-se a **facilidade de agendamento** de uma consulta como um passo primário de satisfação do paciente que procura um atendimento médico. O acolhimento é a forma como o serviço de saúde se organiza para receber seus usuários e responder às suas demandas, apoiando-se em processos educativos em saúde no sentido de construir uma relação diferente daquela estabelecida com pronto atendimentos. Tal acolhimento engloba a própria **postura de atendimento da recepção**, item considerado muito importante, mas motivo de insatisfação pelos pacientes do Grupo 2⁽¹⁴⁾.

A insatisfação em relação à dificuldade de agendamento de consulta pode ser atribuída ao fato de grande parte dos usuários não residir na cidade do estudo. Tal dificuldade poderia ser minimizada com a marcação de consultas por telefone ou via internet para pacientes de cidades vizinhas, quando enquadradas na área regional, o que certamente diminuiria as filas. Um estudo anterior mostrou um projeto piloto de marcação de consulta por telefone minimizando as filas e passando a oferecer um

melhor atendimento aos usuários do SUS⁽¹⁵⁾.

O tempo de espera desde sua chegada ao serviço até a consulta foi considerado longo por parte dos pacientes, consequência da falta de **pontualidade médica**. Porém, a eliminação da demora em atender deve ser o primeiro dos objetivos a serem visados por um processo de intervenção ativa⁽¹⁶⁾.

A falta de **orientações para manutenção da saúde** e sobre o **tempo de tratamento** por parte do médico é um fator desencadeante de ansiedade no paciente, corroborando estudo em que os pacientes reclamaram da falta de franqueza do médico quanto aos procedimentos necessários ao tratamento e sua duração⁽¹⁷⁾.

Apesar da avaliação ruim atribuída à **limpeza sanitária do ambulatório**, 25% dos pacientes que já haviam frequentado sanitários de outros setores do hospital consideram a limpeza deste ainda pior, comparativamente.

Os pacientes de ambos os grupos relataram estar insatisfeitos com a **limpeza da enfermaria**. Esse resultado é semelhante ao encontrado por pesquisadores que relataram que “os funcionários da limpeza passavam pelo local da pesquisa apenas duas vezes ao dia e onde só havia um cesto de lixo”⁽¹⁸⁾. Porém, neste trabalho, pode se observar muitas visitas diárias do pessoal da limpeza, mas a falta de um cesto de lixo na enfermaria impunha o acúmulo de sacolas com alimentos trazidas por acompanhantes e, às vezes, acarretando o descarte de materiais na lixeira do banheiro.

No Grupo 2, não houve diferença estatisticamente significativa, quanto ao gênero, em relação à importância de todas as qualidades questionadas, exceto quanto ao item **satisfação com a limpeza do consultório médico**, em que as mulheres mostraram-se mais insatisfeitas. Isto poderia despertar a discussão sobre a aten-

ção maior que o gênero feminino possa dar a esse tipo de detalhe.

As piores avaliações para a satisfação foram para as qualidades investigadas apenas no Grupo 2: **facilidade de internação, conforto na enfermaria, conforto no sanitário da enfermaria, serviço de enfermagem, serviço de alimentação e facilidade para reclamações e sugestões**.

A falta de leito para **internação** é um dos maiores problemas que os pacientes relataram enfrentar. Resultado semelhante foi observado em estudo onde 11,6% dos pacientes não conseguiram ser internados⁽¹⁹⁾.

Foi encontrada uma insatisfação com a qualidade do **serviço de enfermagem**. Autores destacam que a prática do cuidar na história da enfermagem sempre esteve relacionada à figura feminina⁽²⁰⁾. Este dado abre espaço para pesquisa futura sobre o grau de satisfação com o serviço de enfermagem relacionado ao gênero da figura do enfermeiro.

O pior grau de satisfação foi atribuído à “**Facilidade para Reclamações e Sugestões**”. Cerca de 70% dos entrevistados declararam não ter tentado fazer reclamações ou dar sugestões referentes ao serviço. Achado semelhante foi descrito em pesquisa realizada na Fundação Oswaldo Cruz, na qual 87,6% da casuística nunca tentaram registrar suas reclamações ou sugestões⁽²¹⁾. Da casuística deste estudo, 62,5 % afirmaram sequer saber se existe um meio para que isso possa ser feito.

O desconhecimento de um canal de comunicação em que os usuários possam apresentar suas reclamações e sugestões impede que os gestores possam detectar suas exigências.

Vários conceitos, métodos, técnicas e ferramentas gerenciais para implementar, avaliar e manter a qualidade como o PDCA, 5S, 5W2H e o QFD ressaltam a importância de um setor

de ouvidoria como forma de captar as necessidades e o grau de satisfação dos usuários de produtos e serviços^(5,6).

CONCLUSÃO

A priorização da qualidade de um serviço de saúde, visando a total satisfação do cliente, passa, necessariamente, pela postura de aten-

dimento na recepção; pela facilidade de agendamento de consultas e internação; pela pontualidade e clareza de informações por parte do médico; pelos cuidados de enfermagem e nutrição; pela limpeza sanitária e conforto nos setores; e por uma ouvidoria de fácil acesso, que poderão abrir espaço para avaliação, discussão e decisão, na busca de contínua melhoria.

ABSTRACT

BACKGROUND: The main objective of this study was to evaluate the quality required by users of a public service of Plastic Surgery. Assessing quality means to judge the value often depends on who measures of reference, containing subjective questions and interest, criteria and values of the observer. Concern about the quality of health services is present in the principles of the Unified Health System (SUS) and has been part of everyday life in hospital organizations.

METHODS: A total of 40 users were evaluated by means of a questionnaire consisting of 14 items related to quality, which were assigned degrees of importance and satisfaction.

RESULTS: When we compared "Importance" and "Satisfaction", we obtained statistically significant difference ($p \leq 0.05$) in five qualities: Ease of scheduling visit, doctor's punctuality, time of completion of treatment, cleaning of the health clinic and cleaning of the ward in general.

CONCLUSION: It was shown that despite these qualities being important to patients, they were not satisfied.

KEYWORDS: *Plastic Surgery; Customer Satisfaction; Organization and Administration; Health Planning.*

REFERÊNCIAS

1. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2005;10(3):599-613.
2. D' Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006 Jan/Fev;59(1):84-88.
3. Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006 Jul/Ago;14(4):540-5.
4. Chaplin E, Bailey M, Crosby R, Gorman D, Holland X, Hippe C, et al. Using quality function deployment to capture the voice of the customer and translate it into the voice of the provider. *Jt Comm J Qual Improv*. 1999 Jun;25(6):300-15.
5. Longo RMJ, Vergueiro W. Gestão da qualidade em serviços de informação do setor público: características e dificuldades para sua implantação. *Rev Dig Bibl Ci Inf* (Campinas). 2003;1(1):39-59.
6. Rebello MAFR. Implantação do Programa 5s para a conquista de um ambiente de qualidade na biblioteca do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Dig Bibl Ci Inf* (Campinas). 2005;3(1):165-182.
7. Cheng LC, Scapin CA, Oliveira CA, Krafetuski E, Drumond FB, Boan FS, et al. QFD: Planejamento da qualidade. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG; 1995. p.262.
8. Matsuda LM, Évora YDM, Boan FS. O método do desdobramento da função qualidade – QFD - no planejamento do serviço de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* (Ribeirão Preto). 2000;8(5):97-105.

9. Sassi AC, Miguel PAC. Análises de publicações sobre o QFD no desenvolvimento de serviços e produtos. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção. ENEGEP; 2002 Out 23-25; Curitiba; 2002. CD-ROM.
10. Chan LK, Wu ML. Quality function deployment: A literature review. *Eur J Oper Res.* 2002;143-3(16):463-97.
11. Elleuch A. Patient satisfaction in Japan. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(7):692-705.
12. Alaloola NA, Albedaiwi WA. Patient satisfaction in a Riyadh Tertiary Care Centre. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008;21(7):630-37.
13. Baalbaki I, Pashtenko VH, Makarem S. Patient satisfaction with healthcare delivery systems. *Int J of Pharm and Health Marketing.* 2008;2(1):47-62.
14. Souza AC, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm (Porto Alegre).* 2003;24(1):8-13.
15. Portela LE. Marcação de consulta por telefone reduz fila [monografia na Internet]. [Acesso em 01 out. 2010]. Disponível em: http://www.salvador.ba.gov.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=3617.
16. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: a satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro).* 1998;14(3):623-28.
17. Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro).* 1999;15(3):647-54.
18. Carvalho LC, Bofill S, Almeida TL. Avaliação de ambientes de pronto-atendimento hospitalar sob visão dos pacientes. [monografia na Internet]. Brasília: UNB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2001 [Acesso em 18 set. 2011]. Disponível em: <http://www.psi-ambiental.net/pdf/2001Atendimento.pdf>.
19. Paschoal MLH, Gatto MAF. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev Latino-Am Enferm (Ribeirão Preto).* 2006;14(1):48-53.
20. Paiva SMA, Gomes ELR. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. *Rev Latino-Am Enferm (Ribeirão Preto).* 2007;15(5):443-57.
21. Hollanda E, Siqueira SV, Andrade GRB, Pinto LF, Molinaro A, Sette ME et al. Satisfação dos usuários em três unidades de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Recebido em: 06/07/2011

Aprovado em: 30/08/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Taylor Brandão Schneider

Av. Francisca Ricardina de Paula, 289. CEP 37550-000, Pouso Alegre (MG). - E-mail: sormanti@uai.com.br



SEU PEQUENO PACIENTE PODE SER UMA DELAS.

Médicos e profissionais de saúde podem mudar esta realidade. Ao atender uma criança, fique atento aos seguintes procedimentos:

Peça a documentação de acompanhante.

Procure conhecer os antecedentes.

Análise os hábitos da criança.

Veja se existem marcas físicas de violência.

Em caso de suspeita, disque 100.



Variações das artérias renais: estudo anatômico em cadáveres

Variation of the Renal Artery: Anatomical Study in Corpses

Geraldo Alberto Sebben¹

Sérgio Luiz Rocha²

Eduardo Alcantara Quidigno³

Eduardo Augusto dos Santos Caliari³

Henrique Augusto dos Santos Caliari³

RESUMO

OBJETIVO: A irrigação arterial é de vital importância para a sobrevivência de qualquer tecido. Nesse contexto, torna-se importante e sempre necessário o estudo e a investigação da multiplicidade das variações anatômicas, em particular, em nosso caso, as das artérias renais que se distribuem aos órgãos renais.

MÉTODOS: Dissecaram-se 30 cadáveres, sendo aproveitados 15 deles, que possuíam integridade de suas estruturas anatômicas. Aferiu-se o comprimento, diâmetro de todas as artérias renais e de suas variantes, bem como suas características.

RESULTADOS: Visualizou-se algum tipo de variação anatômica em 46,7% (n=7) dos cadáveres com intervalo de 95% de confiança de 21,4% a 71,9%. Em função do número de casos, a margem de erro associada a esta estimativa é de 25,2%. Em relação às características das variantes, 57,1% (n=4) dessas foram do lado esquerdo e 42,8% (n=3) do lado direito, com 85,7% (n=6) originárias da aorta e 14,3% (n=1) originárias da artéria renal esquerda. Quanto às variações bilaterais, essas foram encontradas em 6,6% (n=1) dos cadáveres.

CONCLUSÃO: Demonstrou-se uma frequência significativa de variações anatômicas, 46,6%, superior à da literatura.

DESCRITORES: *Anatomia; Artéria renal; Cirurgia geral; Transplante de rim.*

Sebben GA, Rocha SL, Quidigno EA, Caliari EAS, Caliari HAS. Variações das artérias renais: estudo anatômico em cadáveres. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4): 245-250.

Trabalho realizado no Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em Curitiba. Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) em 2009 e 2010. Apresentado no XVIII Seminário de Iniciação Científica da PUC-PR em Outubro de 2010.

1. Professor de Anatomia Médica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Chefe do Depto. de Cirurgia Geral do Hospital São Vicente. Preceptor e Presidente da COREME do Hospital São Vicente de Curitiba.

2. Professor de Anatomia Médica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e da Universidade Federal do Paraná.

3. Acadêmicos do 5º ano do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

INTRODUÇÃO

Airrigação é de vital importância para a sobrevivência de qualquer tecido. O avanço cada vez mais acelerado das técnicas cirúrgicas utilizadas, não só em nosso meio, mas mundialmente, exige o conhecimento de excelência do padrão da distribuição de todos os tecidos do corpo humano. Como descrito na literatura clássica, as variações da anatomia vascular são frequentes.

O clássico anatomista Testut⁽¹⁾ em seu *Traité D'Anatomie Humaine* do começo do século XX já nos dizia que: "Os rins, assim como outros órgãos que desenvolvem funções importantes, possui uma vascularização extremamente rica e complexa".

As descrições anatômicas do complexo sistema arterial renal e suas variantes foram apresentadas, com resultados diferentes, por diversos autores. Gray⁽²⁾, por exemplo, descreve a incidência de artéria renal acessória em 23% da população geral. Moore⁽³⁾ relata o percentual de 25%, Hamilton⁽⁴⁾ de até 30%, Riella⁽⁵⁾ de 20 a 30% e Hollinshead⁽⁶⁾ refere possibilidade de até 33%. Com relação ao detalhamento morfológico, tais como origem, posição, relações, trajeto, comprimento e diâmetro dos vasos arteriais, os estudos, incluindo Netter⁽⁷⁾, Gardner⁽⁸⁾, Spence⁽⁹⁾, Castro⁽¹⁰⁾, Jacob⁽¹²⁾ e Hamburguer⁽¹²⁾, muitas vezes são incompletos ou até mesmo inexistentes.

Nesse contexto, torna-se importante o estudo e investigação da multiplicidade das variações anatômicas, em particular, em nosso caso, as das artérias que se distribuem aos vitais órgãos renais, tanto para emprego cirúrgico rotineiro, exames de imagem, estudos acadêmicos e transplantes renais.

MÉTODOS

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nossa instituição, sob parecer

0002667/09, foram dissecados e analisados, no período compreendido entre julho de 2009 a abril de 2010, trinta cadáveres procedentes do laboratório do Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. O material foi usado de acordo com a Lei 8501, de 30 de novembro de 1992, que dispõe sobre a utilização de cadáveres não reclamados para fins de estudo ou pesquisa científica. Foram descartados quinze cadáveres que não possuíam integridade de sua estrutura física.

A amostra utilizada é constituída de quinze cadáveres mestiços, de idade aproximada variando entre 20 e 70 anos, sendo 86,2% (n=13) do sexo masculino e 13,4% (n=2) do sexo feminino. Foi realizada a dissecação, segundo as técnicas do sistema renal. Aferiu-se comprimento, diâmetro, origem, posições, trajeto, relações de todas as artérias renais e suas variantes, bem como a descrição de todas as suas características relevantes ao estudo. Os achados foram documentados fotograficamente e os dados tabelados e comparados com os descritos na literatura. Realizamos uma vasta revisão de literatura, e todos os dados foram comparados com os da literatura dos grandes autores de anatomia, cirurgia geral, nefrologistas e outros grandes que se interessaram pelo sistema arterial renal. Quanto à análise estatística, o resultado foi expresso por frequência e percentual de cadáveres com alguma alteração na artéria renal. A estimativa deste percentual foi feita construindo-se um intervalo de 95% de confiança.

RESULTADOS

Visualizou-se algum tipo de variação anatô-

mica em 46,7% (n=7) dos cadáveres, sendo que 57,1% (n=4) dessas foram do lado esquerdo e 42,9% (n=3) do lado direito, conforme os gráfico abaixo:

Variações Anatômicas no Sistema Arterial Renal nos Cadáveres do Departamento de Anatomia da PUCPR

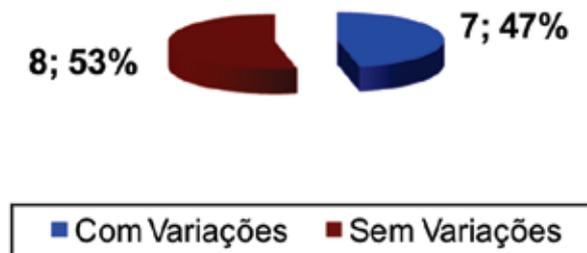


Figura 1. Variações anatômicas no sistema arterial renal nos cadáveres do Departamento de Anatomia da PUCPR.

Sendo assim, a estimativa do percentual de cadáveres com variações anatômicas na artéria renal é de 46,7%, com intervalo de 95% de confiança de 21,4% a 71,9%. Em função de pequena no número de casos, a margem de erro associada a esta estimativa foi expressiva (25,2%).

Dos sete cadáveres que apresentaram algum tipo de variante anatômica, 85,7% (n=6) são originárias da aorta, e 14,3% (n=1) originárias da artéria renal, nesse caso específico, da artéria renal esquerda:

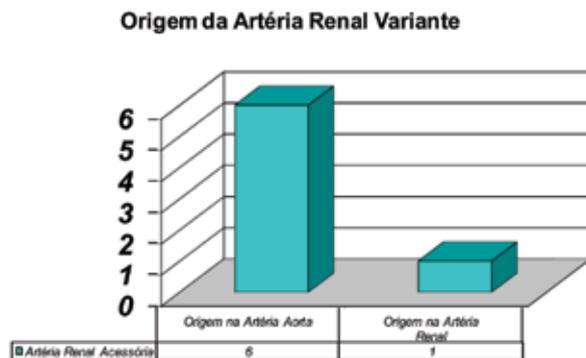


Figura 2. Origem das Variantes Anatômicas do Sistema Arterial Renal.

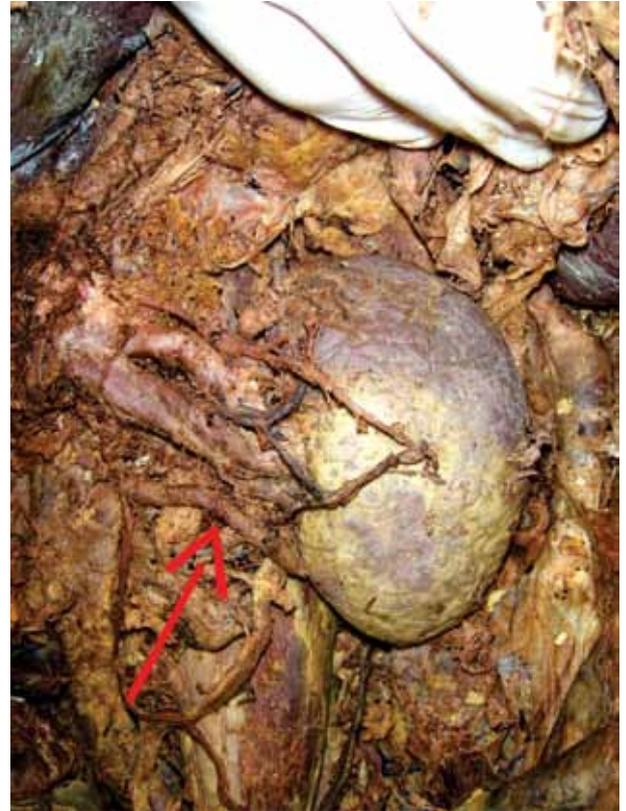


Figura 3. Artéria polar acessória em rim esquerdo humano originária da Artéria Aorta.

Quanto a variações bilaterais foram encontradas em 6,6% (n=1) dos cadáveres analisados. Todas essas variações são de origem na aorta.

Na avaliação dos sete casos de variantes anatômicas, notamos que 42,85% (n=3) entram no rim pelo hilo, já 57,14% (n=4) são extra-hilares, ou seja, entram no rim por um dos seus polos, predominando o polo superior, com 75% (n=3), e o polo inferior com 25% (n=1). A variante originária da artéria renal esquerda entra no rim pelo seu polo superior, já as originárias da aorta 50% (n=3) entram pelo hilo renal e 50% (n=3) são extra-hilares.

Também não foram notadas influências para distinção das artérias entre o sexo, idade, cor e etnia dos cadáveres.

Relato de Caso – Rim Triplamente Irrigado

Encontramos em nossos estudos um cadáver masculino, caucasiano, de aproximada-

mente 50 anos, uma variação única do sistema arterial renal.

A variante encontrada apresenta-se com três artérias renais irrigando o rim esquerdo (Figura 4). Consideramos essa como sendo rara, pois não encontramos citação desse tipo na literatura.

A variação constituía-se de uma artéria principal e duas acessórias, todas originárias da artéria aorta, duas entrando no rim pelo seu hilo, no caso, a principal e uma das acessórias, e a outra artéria acessória entrando pelo polo inferior.



Figura 4. Rim triplamente irrigado.

DISCUSSÃO

O reconhecimento de variações anatômicas é de importância crucial nos procedimentos cirúrgicos que envolvem as artérias renais, para prevenir lesões inadvertidas durante sua manipulação. Contribui principalmente nas intervenções cirúrgicas rotineiras, bem como para transplantes renais e estudos radiológicos.

Durante uma nefrectomia esquerda, realizadas com o objetivo de se proceder a um transplante renal, faz-se necessária a mobilização da veia renal esquerda para que haja exposição das artérias e, em seguida, realiza-se a ligadura e secção da artéria renal⁽¹³⁾. Nas mais variadas situações, as artérias renais podem ter variações, exigindo uma maior habilidade técnica, o que envolve seu reconhecimento e estudo⁽¹⁴⁾.

Gray⁽²⁾, em 1988, descreve a incidência de variação anatômica no sistema renal, ou seja, reconheceu a presença de artéria renal acessória em 23% da população geral, enquanto Moore⁽³⁾ relata o percentual de 25%, Hamilton⁽⁴⁾ de até 30%, Riella⁽⁵⁾ de 20 a 30% e Hollinshead⁽⁶⁾ refere possibilidade de até 33%, o que difere dos achados em cadáveres brasileiros presentes neste estudo, que foi de 46,6%, superior à literatura clássica estrangeira.

Somente Gray⁽²⁾ enfatiza detalhes de que: “Uma ou duas artérias renais acessórias são encontradas com muita frequência (23%), mais especialmente no lado esquerdo. Elas quase sempre se originam da aorta, podendo surgir acima ou abaixo da artéria principal; a primeira é a posição mais comum. Em vez de penetrarem no rim através do hilo, normalmente perfuram o polo superior ou inferior do órgão”. Mesmo assim não temos maiores detalhamentos sobre em qual polo há maior incidência de perfuração de variantes ou incidência de entrada no hilo.

Na embriogênese dos rins há a degeneração de vasos mais inferiores por causa da sua ascensão, muitos desses vasos remanescentes darão origem as variações anatômicas das artérias e veias renais, o que cria diversos tipos de combinações para variantes, pois o processo se dá de um modo aleatório, o que faz importante o estudo dessa variável anatomia para cirurgias e radiologias⁽¹⁵⁾.

Deve-se considerar que algumas divergências nos resultados encontrados nesta pesquisa e os da literatura podem ser devido ao número de cadáveres analisados, pois uma grande dificuldade da pesquisa foi a quantidade de cadáveres com a integridade física no departamento de anatomia danificada, impossibilitando a entrada nos dados seguros do projeto. Contudo, também não exclui a possibilidade de variações dos dados, a depender da população estudada. Em nosso caso todos os cadáveres eram de nacionalidade brasileira, e inexistem autores brasileiros que estudaram essas variações em nossa população.

Duques e colaboradores relatam que, nas mais variadas situações, as artérias renais podem ter variações, exigindo uma maior habilidade técnica, o que envolve seu reconhecimento e estudo, evitando a iatrogenia⁽¹⁴⁾.

Em nosso estudo detectamos uma maior incidência de variações anatômicas comparada à literatura em geral. Apresentamos uma incidência de 46,7% nos 15 cadáveres utilizados, contra 33% relatado por Hollinshead⁽⁵⁾, autor este que cita o maior percentual de variações anatômicas encontradas. Acreditamos que, com a utilização do maior número de espécimes, os dados poderiam ser mais aproximados com os da literatura. Não excluimos ainda a possibilidade de que as variações possam depender da população estudada. Em nosso caso, todos os cadáveres eram de nacionalidade brasileira e não encontramos autores que estudaram essas variações em nossa população.

As origens das variações das artérias renais acessórias, em nosso trabalho, foi predominante as originárias da artéria aorta, com incidên-

cia de 85,7%, e em apenas um caso notamos ser originárias da artéria renal esquerda.

Em relação ao lado das variações anatômicas, foram descritos em 57,1% delas do lado esquerdo e 42,9% no lado direito, e não encontramos estudos de outros autores que salientem tais observações, o que pode ser devido ao um número quase semelhante, sem tendência significativa.

A presença de artéria acessória polar é um exemplo mais comum de variação anatômica que ocorre no sistema arterial renal. Encontramos esse tipo de variação, artéria acessória polar, em quatro dos nossos casos. Um deles irrigava o polo inferior e os outros três irrigavam o polo superior.

Em somente um dos espécimes estudados, 6,6%, encontramos variações em ambos os lados, o que podemos concluir ser raro.

Em anatomia humana sempre há necessidade da realização de novos estudos, objetivando aumentar o número de espécimes anatômicos pesquisados e as valiosas informações que estes poderão trazer. Salientamos ainda que, dessa forma, contribui-se de maneira inequívoca com a prática da Medicina, cirurgia e a fundamental relação do estudo da anatomia, bem como a contribuição dessa importante disciplina para as especialidades médicas como um todo.

CONCLUSÃO

Demonstrou-se uma frequência significativa de variações anatômicas (46,7%), superior a da literatura. O achado mais comum é de variações do lado esquerdo; variações bilaterais são raras e a maioria das variantes é originária da artéria aorta.

ABSTRACT

BACKGROUND: The arterial supply is of vital importance for the survival of any tissue. In this context, it is always important and necessary to study and to research on the multiplicity of anatomical variations, in particular, in our case, the renal arteries which are distributed to the kidney organs.

METHODS: We dissected 30 corpses, 15 of them were used due to the anatomical integrity they presented. We measured the length, diameter of all the renal arteries and their variants, as well as their features.

RESULTS: We visualized some sort of anatomical variation in 46.7% (n = 7) of the corpses with 95% confidence level from 21.4% to 71.9%. Because of the number of cases, the margin of error associated to this estimative is 25.2%. Regarding the characteristics of the variants, 57.1% (n = 4) were those on the left and 42.8% (n = 3) on the right side, with 85.7% (n = 6) originating from the aorta and 14.3% (n = 1) originating from the left renal artery. As for bilateral variations, these were found in 6.6% (n = 1) of the corpses.

CONCLUSION: The results confirm a significant frequency of variation, 46.6%, higher than the literature.

KEYWORDS: *Anatomy; Renal artery; General surgery; Kidney Transplantation.*

REFERÊNCIAS

1. Testut L, Latarget A. Tratado de anatomia humana. 9ª ed. Barcelona: Salvat; 1968.
2. Gray H, Goss CM. Anatomia. 29ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
3. Moore KL, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
4. Hamilton WJ. Tratado de anatomia humana. Rio de Janeiro: Interamericana; 1982.
5. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
6. Hollinshead HW. Livro-texto de anatomia humana. 3ª ed. São Paulo: Harper & Row; 1980.
7. Netter FH. Atlas de anatomia humana. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
8. Gardner ED, Gray DJ, O' Rahilly R. Anatomia: estudo regional do corpo humano. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
9. Spence AP. Anatomia humana básica. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1991.
10. Castro SV. Anatomia fundamental. 3ª ed. São Paulo: Pearson Education; 1985.
11. Jacob SW, Francone CA, Lossow WJ. Anatomia e fisiologia humana. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984.
12. Hamburger J, Richet GJ, Funck-Bretano JL. Nefrologia. Barcelona: Toray-Masson; 1967.
13. Cooley DA, Wukasch DC. Técnicas em cirurgia vascular. Buenos Aires: Panamericana; 1982.
14. Duques P, Rodrigues JR, Silva Neto FB, Neto EMVS, Tolêdo ES. Estudo anatômico da veia renal esquerda de cadáveres humanos brasileiros. Medicina (Ribeirão Preto). 2002 Abr/Jun;35(2):184-191.
15. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia básica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

Recebido em: 09/09/2011

Aprovado em: 17/10/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Geraldo Alberto Sebben

Avenida Vicente Machado, 320 – conj. 301 – Curitiba (PR).

Email: geraldo.sebben@pucpr.br / sebben2gea@hotmail.com

Análise do perfil epidemiológico, clínico e patológico de pacientes portadores de câncer de pele não melanoma tratados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Epidemiological, clinical and pathological analysis of patients with non-melanoma skin cancer treated at Evangelical University Hospital in Curitiba

Eurico Cleto Ribeiro Campos¹

João Carlos Simões²

Douglas Jun Kamei³

Fábio Marchini Raimundo dos Santos³

Enzo Barbosa Aires Pinheiro³

Renato Luiz Baldissera³

RESUMO

OBJETIVO: O câncer de pele do tipo não melanoma (CPNM) é a neoplasia mais incidente no Brasil. A exposição crônica aos raios ultravioleta é o maior agente implicado na indução do CPNM, seguido da presença de fenótipos desfavoráveis. Objetivo deste trabalho foi o de avaliar o perfil epidemiológico, clínico, anatomopatológico e a sobrevida global de pacientes portadores de CPNM submetidos à ressecção da neoplasia primária. O conhecimento dos profissionais médicos que prestam o atendimento primário e inicial também foi avaliado.

MÉTODOS: Análise retrospectiva de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico do CPNM no período de 01 de janeiro de 2008 a 30 de junho de 2010, totalizando 66 pacientes portadores de carcinoma basocelular (CBC) e/ou espinocelular (CEC).

RESULTADOS: Predominaram pacientes (86,6%) com idade superior a 60 anos e com exposição solar frequente (81,8%). Mais de 60% dos pacientes relatavam que não se protegiam dos raios solares. As classes I, II ou III de Fitzpatrick corresponderam a 93,9% dos casos. Entre os CPNM, 62,1% das lesões estavam localizadas em face e 66,7% eram do tipo CBC. A SG dos pacientes foi de 92,6%. Quanto ao conhecimento dos profissionais médicos e aferido através de questionário específico, a maioria demonstrou ter conhecimento correto em relação à incidência, características clínicas e terapêuticas dos CPNM. Não houve diferenças estatisticamente significativas nas

Trabalho realizado no Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

1. Professor Adjunto da disciplina de Oncologia do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná e Médico do Corpo Clínico do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).

2. Professor Titular da Disciplina de Oncologia do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná. Membro Emérito da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Chefe do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).

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

taxas de SG em relação ao perfil de exposição ($p=0,527$), proteção aos raios UVB ($p=0,583$), tipo histológico ($p=0,319$) e tamanho tumoral ($p=0,868$).

CONCLUSÃO: O perfil do paciente portador de CPNM é variado, predominando pacientes portadores de carcinoma basocelular, pele clara, e que não fazem uso do filtro solar, sendo que a sobrevida global desses pacientes não foi influenciada pelo tipo histológico, tamanho tumoral, exposição e proteção aos raios UVB. Além disso, os profissionais de saúde que prestam o atendimento primário estão conscientes sobre as características do CPNM.

DESCRIPTORIOS: *Carcinoma de células escamosas; Carcinoma basocelular; Neoplasias cutâneas; Sobrevida.*

Campos ECR, Simões JC, Kamei DJ, Santos FMR, Pinheiro EBA, Baldissera RL. Análise do perfil epidemiológico, clínico e patológico de pacientes portadores de câncer de pele não melanoma tratados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4): 251-260.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é caracterizado pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele, as quais se dispõem formando camadas. Dessa maneira, os diferentes tipos de câncer podem ser definidos de acordo com a camada afetada⁽¹⁾.

As neoplasias cutâneas são classificadas basicamente em câncer de pele tipo melanoma e não melanoma (CPNM). Em 2010, foram estimados 490.000 novos casos de tumores cutâneos, sendo o CPNM responsável por 96% dessas neoplasias. Além disso, o CPNM corresponde a 25% de todos os tumores malignos registrados no Brasil^(2,3).

A radiação ultravioleta (RUV), proveniente da exposição solar, é o maior agente ambiental implicado na indução do CPNM. Também é considerado fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer a presença de fenótipos desfavoráveis, representados pelos tipos de pele I e II, segundo a classificação de Fitzpatrick, além da presença de cor clara dos olhos e cabelos, e de sardas e nevos^(4,5,6).

Além da exposição à RUV e do fenótipo, outros agentes são descritos, como a história

familiar de câncer de pele e a exposição ocupacional. Outros fatores de risco de menor importância, porém reconhecidamente carcinogênicos, são o alcatrão, o arsênico e a radioterapia. A localização preferencial são áreas de fotoexposição, principalmente em região de cabeça e pescoço, sendo assim importante do ponto de vista estético^(7,5,8,9).

Assim, a partir do conhecimento dos fatores de risco e da população mais exposta, as medidas de prevenção e de rastreamento permitem um diagnóstico mais precoce, resultando em maiores índices de cura e de sobrevida, assim como menor comprometimento estético.

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil epidemiológico, clínico, anatomopatológico e a sobrevida global de pacientes portadores de câncer de pele tipo não melanoma submetidos à ressecção da neoplasia primária. O conhecimento dos profissionais médicos que prestam o atendimento primário e inicial também foi avaliado.

MÉTODOS

Informações epidemiológicas, clínicas e patológicas dos pacientes, foram coletadas dos

prontuários disponíveis nos arquivos de serviço médico do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (SO-HUEC). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica de Curitiba sob número 12068/10.

Foram incluídos no estudo os pacientes tratados cirurgicamente do câncer de pele tipo não melanoma e comprovado histologicamente. Pacientes com neoplasias de pele tipo melanoma, sarcomas partes moles e com informações incompletas nos prontuários, foram excluídos do estudo. Os laudos anatomopatológicos foram revisados por um único patologista.

Para a definição do tipo de pele, foi utilizada a classificação de Fitzpatrick, enquanto que o performance status foi avaliado pela escala do ECOG. Os dados anatomopatológicos analisados foram os seguintes: tipo histológico, incluindo o CBC (Carcinoma Basocelular) e o CEC (Carcinoma escamocelular/epidermoide), infiltração perineural, invasão vasculolinfática, profundidade e tamanho tumoral.

O questionário aplicado aos profissionais médicos, continha questões que avaliavam as características básicas e mais frequentes das neoplasias de pele não melanoma. Através do questionário, foi possível avaliar o conhecimento desses profissionais em relação à incidência, características clínicas e terapêuticas dos tumores de pele.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tempo de seguimento foi calculado em meses e correspondeu ao intervalo de tempo decorrido entre a data da cirurgia e a data do último seguimento clínico do paciente. Para a análise estatística, foi empregado o SPSS (*Statistical Package for Social Science*) for Windows na versão 16.0. A mensuração das variáveis quan-

titativas foi expressa pelas médias e respectivos desvios-padrão, e as variáveis qualitativas pelas respectivas frequências absolutas e relativas. Na análise da sobrevida global, foi empregada a técnica de Kaplan-Meier. A significância estatística foi avaliada pelo teste de Logrank.

RESULTADOS

A tabela 1 demonstra as principais características em relação aos dados epidemiológicos.

Tabela 1. Número e porcentagem de pacientes segundo dados epidemiológicos.

VARIÁVEL	CATEGORIA	N	%
Sexo	Masculino	33	50
	Feminino	33	50
Raça	Branco	63	95,5
	Não branco	3	4,5
Idade	≤45	2	3
	>45 a 60	7	10,6
	> 60	57	86,4
Profissão	Agricultor	17	25,8
	Doméstica	12	18,2
	Motorista	8	12,1
	Pedreiro	5	7,6
	Outras	24	36,4
Tabagismo	Não	43	65,2
	Sim	23	34,8
Antecedente de Ca pele	Não	45	68,2
	Sim	21	31,8
Exposição UVB	Não	12	18,2
	Sim	54	81,8
Proteção UVB	Não	41	62,1
	FPS	1	1,5
	Chapéu	24	36,4
Total		66	100

A média de idade dos pacientes ao diagnóstico foi de 70,8 anos (mediana de 71), variando de 42 a 91 anos. Dois pacientes (3,0%) tiveram o diagnóstico antes dos 45 anos. Analisando a história familiar, 52 (78,9%) não apresentavam antecedentes familiares de câncer de pele, enquanto 14 pacientes (21,1%) tinham um familiar de primeiro grau portador de câncer de pele.

Em relação à escolaridade, 41 pacientes (62,1%) concluíram até o quarto ano, 10 pacien-

tes (15,2%) concluíram o ensino fundamental e 11 pacientes (16,7%) eram analfabetos. Considerando a renda familiar, 35 pacientes (53%) recebiam valores de até um salário mínimo e 29 pacientes (43,9%) recebiam acima de um até cinco salários mínimos.

De acordo com a profissão, o agricultor foi entre as profissões dos pacientes que mais frequentemente apresentou câncer de pele e que correspondeu a 17 casos (25,8%). As outras profissões detectadas em 36,4% dos casos corresponderam a: professor (3,0%), carpinteiro (1,5%), vendedor (1,5%), zelador (1,5%) e polícia principalmente.

O tabagismo foi quantificado de acordo com o número de maços-ano e assim distribuídos: 10 pacientes (43,5%) até 15 *pack years*, 5 pacientes (21,7%) >15 até 30 *pack years* e 8 pacientes (34,8%) acima de 30 *pack years*.

Tabela 2. Número e porcentagem de pacientes segundo dados clínicos.

VARLÁVEL	CATEGORIA	N	%
Fitzpatrick	I-III	62	93,9
	IV - VI	4	6,1
Doenças sistêmicas	Não	22	33,3
	Sim	44	66,7
ECOG	0	60	91,9
	1	6	8,1
Metástase ao diagnóstico	Não	64	95
	Sim	2	3,0
Local da lesão	Face	41	62,1
	Não face	25	37,9
Total		66	100

Entre os sintomas mais frequentes e que corresponderam ao sintoma principal foram: sangramento (25,8%), prurido (24,2%), dor (19,7%) e linfonodo (1,5%). Os tipos de pele, segundo a classificação de Fitzpatrick, foram distribuídos da seguinte forma: 31 casos tipo I (47,0%), 18 tipo II (27,3%), 13 tipo III (19,7%), 3 tipo IV (4,5%) e 1 tipo

VI (1,5%) (Figura 1). A maioria dos pacientes apresentava doenças sistêmicas e que corresponderam a HAS (45,5%), DM (4,5%), HAS e DM (9,1%) e outras (7,6%). Dois pacientes apresentaram metástase ao diagnóstico, localizadas em sítio pulmonar.

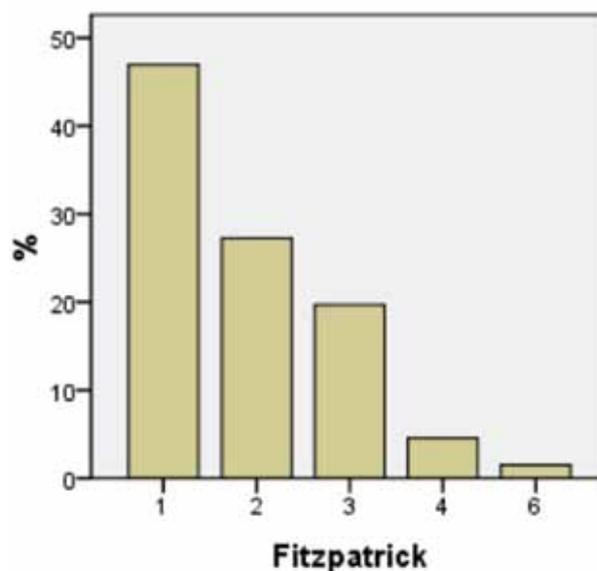


Figura 1. Distribuição dos casos segundo a principal classificação de tipos de pele.

Tabela 3. Número e porcentagem de pacientes segundo dados anatomopatológicos.

VARLÁVEL	CATEGORIA	N	%
Tipo histológico	CBC	44	66,7
	CEC	22	33,3
Infiltração perineural	Não	54	81,8
	Sim	12	18,2
Profundidade	Derme superficial	23	34,8
	Derme média	24	36,3
	Derme profunda	18	27,4
	Cartilagem	1	1,5
Total		66	100

O tamanho tumoral médio foi de 1,3 cm (mediana de 1,00), variando de 0,30 cm a 5,0 cm. O padrão de crescimento estava disponível em somente oito laudos anatomopatológicos e distribuídos da seguinte forma: três casos eram de padrão expansivo (4,5%) e cinco casos (7,6%) infiltrativo. Não havia informações quanto à classificação de Broders para a definição do grau dos carcinomas epidermóides.

Sobre o tempo de seguimento, a média foi de 19,16 meses (mediana de 17,33), variando de 4,11 a 115 meses. Ao término do estudo, 54 pacientes (81,8%) estavam vivos e assintomáticos, 10 pacientes (15,1%) foram considerados como perda de vista e dois pacientes (3,0%) tiveram morte por câncer de pele. Em relação ao questionário aplicado aos profissionais médicos, 94,4% responderam corretamente sobre a incidência dos tumores de pele, 61,1% reconheceram as principais características dos carcinomas basocelulares e 63% reconheceram corretamente as características dos carcinomas epidermoides. Mais de 80% apontaram a cirurgia como a principal modalidade terapêutica dos tumores de pele e 100% dos profissionais informaram corretamente os principais fatores prognósticos determinantes da evolução dos pacientes.

A sobrevida global (SG) dos pacientes foi de 92,6% em dois anos, conforme demonstrado na figura 2.

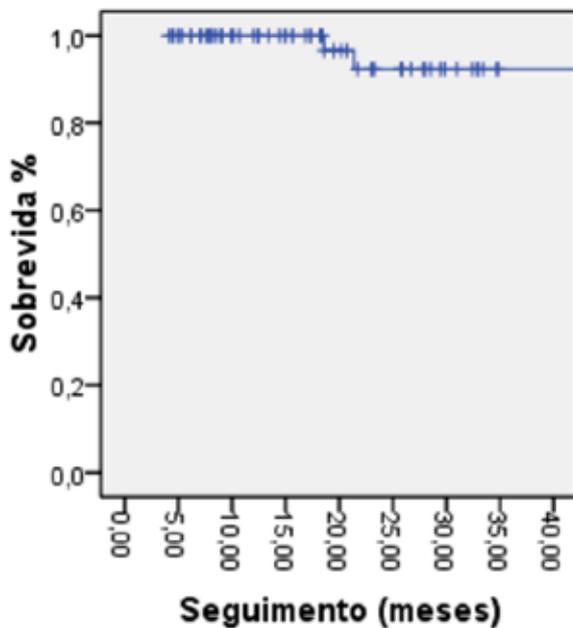


Figura 2. Curva de sobrevida global para pacientes portadores de câncer de pele.

Quando é analisada a SG de acordo com a exposição ao UVB, notam-se maiores taxas de SG para os pacientes sem exposição em relação aos pacientes com antecedentes de exposição,

embora esta diferença observada não seja estatisticamente significativa ($p=0,527$) (Figura 3).

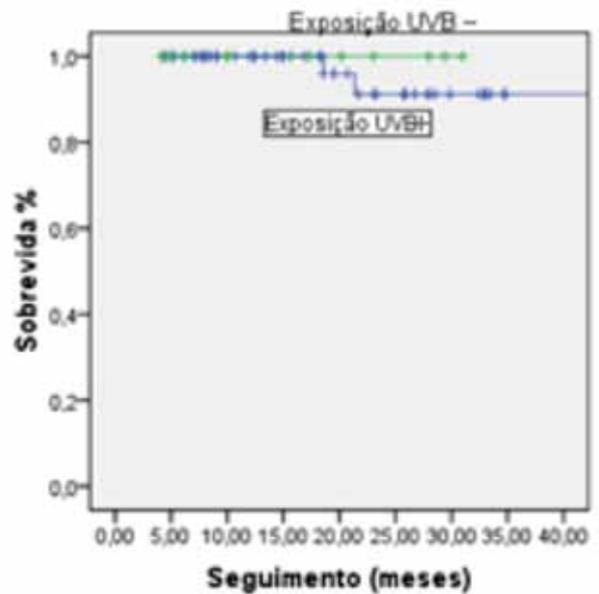


Figura 3. Curva de sobrevida global de acordo com exposição aos raios UVB.

De forma semelhante à antecedente de exposição aos raios UVB, pacientes que relatavam proteção aos raios UVB demonstraram maiores taxas de sobrevida em relação aos demais, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas ($p=0,583$).

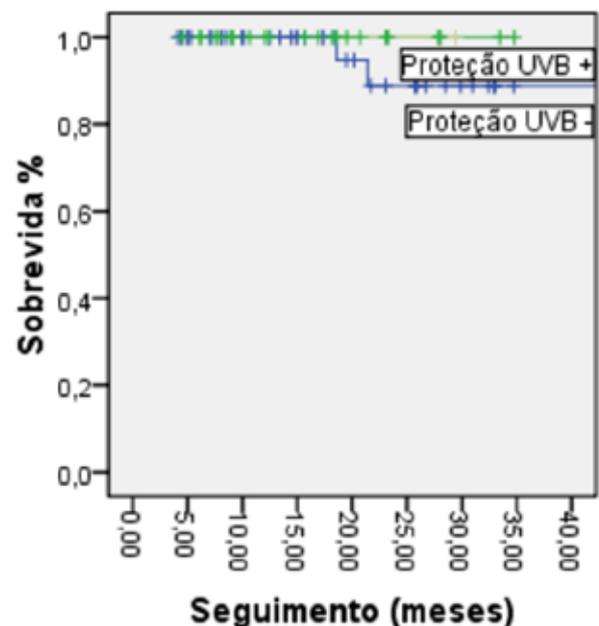


Figura 4. Curva de sobrevida global de acordo com proteção aos raios UVB.

Em relação ao tipo histológico, pacientes portadores de CBC tiveram SG em 2 anos de 95,7%, enquanto que pacientes portadores de CEC tiveram de 80%, embora esta diferença observada também não tenha sido estatisticamente significativa, pois $p=0,319$. O tamanho tumoral, analisado em dois grupos ($\leq 1\text{cm}$ e $> 1\text{cm}$), também não demonstrou impacto nas taxas de sobrevida, pois $p=0,868$. Ressalta-se que o tamanho e o tipo histológico não permitem a elaboração de figuras no mesmo modelo supracitado devido ao número restrito de eventos adversos.

DISCUSSÃO

O câncer de pele tipo não melanoma é a neoplasia mais incidente no Brasil, segundo estimativa de 2010 do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2010)⁽¹⁰⁾. Apesar de raramente gerar metástases, pode levar a deformidades físicas e piora da qualidade de vida, se não detectado e tratado precocemente.

Em relação ao sexo e segundo dados do INCA, os carcinomas de pele não melanoma apresentam uma incidência de 45,56 para cada 100.000 em homens e 30,8 para cada 100.000 em mulheres (INCA, 2010)⁽¹⁰⁾. Em outra pesquisa, observou-se índice de 59,6% para homens e de 40,4% para mulheres (Estrada, 2009)⁽¹¹⁾. No presente estudo verificou-se igual proporção entre os sexos.

Em levantamento feito na região do estado da Bahia, verificou-se que na amostra selecionada, 94,3% tinham pele branca (Mutti, 2004)⁽¹²⁾. No presente estudo, esse dado foi confirmado com uma prevalência semelhante e de 95,5% de população de cor branca. A similaridade desses valores indica que, apesar dos dois estados estarem situados em regiões distintas, a população de pele branca continua sendo

mais acometida, conforme bem estabelecido na literatura.

Em relação à idade, no levantamento realizado, a média de idade obtida foi de 70,8 anos (variando de 42 a 91 anos). Esse valor se equivale ao encontrado por outro autor, que obteve média de 65,3 anos para CBC, e de 70,3 anos para CEC (Ferreira, 2008)⁽¹³⁾. De acordo com a parcela de indivíduos com idade acima de 60 anos, obteve-se um percentual representativo de 86,4% da amostra, concordando com a literatura, a qual aponta valores também elevados, de 68,4% para CBC e de 78% para CEC, condizentes com a exposição solar crônica e ocorrência de tumores cutâneos em idade mais avançada (Ferreira, 2008)⁽¹³⁾.

De acordo com a atividade laborativa, determinadas profissões expõem os trabalhadores aos raios solares de maneira prolongada. Nesta série, a profissão mais associada aos tumores de pele foi a de agricultor (25,8%), seguida de empregada doméstica (18,2%) e de motorista (12,1%). Em outra análise realizada, verificaram-se em semelhança ao atual estudo, as atividades de empregada doméstica (29,6%) e de lavrador (16,9%), entre as profissões mais afetadas pelos tumores cutâneos (Mantese, 2006)⁽¹⁴⁾.

Apesar do hábito de fumar estar associado ao surgimento de neoplasias em outros sítios, que não a pele, na literatura pesquisada não foram encontrados estudos correlacionando o tabagismo ao aparecimento do câncer de pele. No trabalho em questão, 34,8% dos pacientes tinha o hábito de fumar, sendo que 34,8% destes fumavam acima de 30 *packyears*.

Sobre a variável exposição aos raios solares, observou-se que a 81,4% dos pacientes apresentava exposição ao sol frequente e nos horários de maior intensidade. Em pacientes portadores

de tumores de pele não melanoma, outro autor identificou valores próximos e também elevados de 90% entre aqueles com exposição solar frequente e nos horários em que a luz solar incide mais intensamente (Mantese, 2006)⁽¹⁴⁾.

Verificou-se também que apenas uma pessoa (1,5%) usava fator de proteção solar (FPS) regularmente, ao passo que a maior parte da amostra (62,1%) não fazia uso de qualquer tipo de proteção. Não foram encontrados na literatura pesquisada dados estatísticos sobre meios de barreira usados contra raios solares.

Na casuística analisada, verificou-se que 93,9% dos pacientes eram Fitzpatrick I, II ou III, assim como observado na literatura, a qual afirma que pacientes de pele branca com Fitzpatrick I e II, ou de origem européia apresentam maior risco de desenvolver câncer de pele (Nasser, 2005)^(15,16,17). Embora com frequência de 6,1%, também foram identificados casos de câncer de pele em pessoas de pele não branca, com Fitzpatrick IV e VI. Em pesquisa realizada em Uberlândia, observou-se que 93% dos pacientes portadores de câncer de pele foram classificados como Fitzpatrick I, II ou III, e 7% como Fitzpatrick IV ou VI, valores bastante semelhantes à atual pesquisa (Mantese, 2006)⁽¹⁴⁾. O presente estudo demonstrou que a incidência de câncer de pele parece ser mais frequente entre portadores de pele tipos I, II e III, e que a prevenção e atenção do médico deve ser estendida a todos os tipos.

Os pacientes foram analisados de acordo com a exposição aos raios UVB, o qual é responsável pelo eritema, pigmentação e principalmente alterações que induzem ao câncer, mas sabe-se atualmente que os raios UVA também são carcinogênicos. Em decorrência do recente envolvimento dos raios UVA, optou-se por considerar na análise e definição das variáveis, ape-

nas os raios UVB. Os UVC não foram considerados, pois são quase completamente absorvidos pela camada de ozônio, apesar de também serem carcinogênicos (Almeida, 2010)^(18,19,20). Além disso, sabe-se também que o CEC de pele e da semimucosa do lábio aparecem devido à RUV acumulativa, ao contrário do CBC, que é causado por RUV intermitente (Nasser, 2004)⁽²¹⁾.

Neste trabalho, a maior parte das lesões investigadas estava localizada em áreas sujeitas à exposição solar frequente, principalmente em região da face, correspondendo a um percentual de 62,1% do total das lesões. A literatura também aponta essa região como sendo a mais acometida, sendo o principal local em 72% das vezes (Freitas, 2009)⁽²²⁾. Esse achado reforça a importância da exposição solar como fator de risco, em decorrência da face ser um local bastante exposto ao sol.

Com relação aos sintomas referidos pelos pacientes, os mais relacionados foram sangramento (25,8%), prurido (24,2%) e dor (19,7%), condizentes com os dados demonstrados pela literatura e que contempla os principais sintomas. O crescimento da lesão pode estar presente em até 29,8% dos casos (Machado Filho, 2002)⁽²³⁾.

O tipo histológico encontrado com mais frequência nesta pesquisa foi o carcinoma basocelular (66,7%), seguido pelo carcinoma epidermoide (33,3%). A maior prevalência do CBC em relação ao CEC é embasada pela literatura, na qual o CBC corresponde a 73% dos tumores de pele não melanoma e CEC a 27% (Freitas, 2009)⁽²²⁾.

O tamanho médio das lesões foi de 1,3cm (variando de 0,3 a 5,0cm). Em uma pesquisa, foi verificado diâmetro médio de 1,9cm para CEC (Nunes, 2009)⁽²⁴⁾. Em outra análise, verificou-se que 41% das lesões de CBC apresentavam diâmetro entre 0,5 e 1,0cm (Benedet, 2007) (25) (Custódio, 2010)⁽²⁶⁾.

A ocorrência de dois casos de metástase identificada ao diagnóstico pode justificar a sobrevida global encontrada de 92,6% em dois anos. Além disso, também se verificou que a sobrevida não foi influenciada pela exposição à UVB ou pela proteção ao UVB. Em relação aos tipos histológicos, a sobrevida global em dois anos para portadores de CBC foi de 95,7%, já para portadores de CEC a taxa encontrada foi de 80%, embora essa diferença observada não tenha sido estatisticamente significativa ($p=0,319$), demonstrando que outros fatores prognósticos podem determinar a evolução dos pacientes. Para outro autor, pacientes portadores de CEC apresentaram taxas de SG de até 90% em 5 anos (Castillo, 2009)⁽²⁷⁾.

No estudo em questão, devido à sua natureza descritiva e ao curto tempo de seguimento (média de 19,16 meses), não foi possível afirmar se houve recorrências após o período observado. É possível que uma casuística maior, com um tempo de seguimento mais abrangente, seja possível demonstrar com maior significância essas diferenças observadas.

Em centros terciários de saúde, com atendimento especializado, os pacientes geralmente são encaminhados por médicos pertencentes à atenção primária, já que esses profissionais são os primeiros a entrar em contato com os tumores de pele.

A partir dos resultados obtidos, pode-se afirmar que os profissionais que atendem e prestam o atendimento inicial apresentam um conhecimento menos aprofundado em relação à caracterização dos tipos de tumores de pele, porém estão conscientes sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce das lesões, conferindo maiores taxas de acerto. Em um estudo feito com médicos não oncologistas, verificou-se que 51,42% dos profissionais reconheceram a importância das medidas preventivas propostas pelo INCA, incluindo o encaminhamento precoce para centros de referência em casos de lesões suspeitas, critério também verificado no presente estudo (Tucunduva, 2004)⁽²⁸⁾ (INCA, 2002)⁽²⁹⁾.

CONCLUSÃO

O perfil do paciente portador de câncer de pele não melanoma é variado, predominando pacientes portadores de carcinoma basocelular, de pele clara (Fitzpatrick I, II ou III) e que não fazem o uso do filtro solar, sendo que a sobrevida global desses pacientes não foi influenciada pelo tipo histológico, tamanho tumoral, exposição e proteção aos raios UVB. Além disso, os profissionais de saúde que prestam o atendimento primário estão conscientes sobre as características principais das neoplasias cutâneas não melanoma.

ABSTRACT

BACKGROUND: Skin cancer of the non-melanoma (CPNM) is the most frequent cancer in Brazil. Chronic exposure to ultraviolet rays is the main agent involved in the induction of CPNM, followed by the presence of unfavorable phenotypes. Objective of this study was to evaluate the epidemiological, clinical, pathological and overall survival of patients with CPNM resection of the primary neoplasm. Knowledge of medical professionals who provide primary care and initial was also evaluated. **METHODS:** Retrospective analysis of patients undergoing surgical treatment of CPNM between January 1st 2008 and June 30th 2010, a total of 66 patients with basal cell carcinoma (BCC) and / or squamous cell carcinoma (SCC).

RESULTS: patients (86.6%) aged 60 years old and frequent sun exposure (81.8%). Over 60% of patients reported that they did not use to protect themselves from sunlight. Fitzpatrick classes I, II or III accounted for 93.9% of cases. Among CPNM, 62.1% of lesions were located on the face and 66.7% were of the CBC type. The SG of the patients was 92.6%. Regarding knowledge of medical professionals and measured by a specific questionnaire, the majority showed to have correct knowledge about the incidence, clinical and therapeutic characteristics of CPNM. There was no statistically significant differences in rates of SG in relation to exposure profile ($p = 0.527$), the protection of UVB ($p = 0.583$), histology ($p = 0.319$) and tumor size ($p = 0.868$). **CONCLUSION:** The profile of patients with CPNM is varied, predominantly patients with basal cell carcinoma, white skin, and the ones who do not use sun block, being the overall survival of these patients not influenced by histologic type, tumor size, exposure and to UVB protection. In addition, health professionals who provide primary care are aware of the characteristics of CPNM.

KEYWORDS: *Carcinoma, Squamous Cell; Carcinoma, Basal Cell; Skin Neoplasms; Survivorship (Public Health).*

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Campanha de prevenção do câncer [periódico na Internet]. 2007 Nov [Acesso em novembro de 2010]; 11(6); Disponível em: <http://www.sbd.org.br/down/Pdf/Jornal/JornalSiteAnoXIN6.pdf>.
2. Simões JC, Gama RR, Winheski, MR. Câncer estadia-mento e tratamento. São Paulo: Lemar; 2008. p.45-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer [homepage na Internet, acesso em Novembro de 2010.] Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
4. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill; 1993. p.797-804.
5. Amaral ACN, Azulay RD, Azulay DR. Neoplasias epiteliais. In: Azulay RD, Azulay DR, eds. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 2006;510-26.
6. Staples MP, Elwood M, Burton RC, Williams JL, Marks R, Giles GG. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. *Med J Aust.* 2006 Jan;184:6-10.
7. Hora C, Batista CVC, Guimarães PB, Siqueira R, Martins S. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer de pele e sua relação com exposição solar em frequentadores de academia de ginástica em Recife. *An Bras Dermatol.* 2003 Nov/Dez;78(6):693-701.
8. Carter M, Lin A. Basal cell carcinoma. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K. *Dermatology in general medicine.* New York: MacGraw-hill; 1993. p. 840-7.
9. Restrepo HE, Franco A. Cancer morbidity and mortality among the insured population of the Social Security Institute of Antioquia, Colombia. *Int J Epidemiol.* 1978 Sep;7(3):285-91.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil [homepage na Internet, acesso em Jun de 2011.] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/>
11. Estrada OIB, Sierra JA, Gómez GM. Análisis retrospectivo del carcinoma cutáneo tipo basocelular y escamocelular em Bogotá-Colombia: Epidemiología, prevención y tratamiento. *Rev Fac Med.* 2009;57(1):40-8.
12. Mutti AEC, Menezes A, Magalhães TN, Lopes ML. Distribuição da procedência de pacientes operados de câncer de pele não melanoma no Hospital Aristides Maltez e sua relação com mapeamento populacional no estado da Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2004;28(2):227-41.
13. Ferreira FR, Nascimento LFC. Câncer cutâneo em Taubaté (SP) - Brasil, de 2001 a 2005: um estudo de prevalência. *An Bras Dermatol.* 2008;83(4):317-22.
14. Mantese SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):136-42.
15. Weinstock MA. Epidemiology of non-melanoma skin cancer: Clinical issues, definitions, and Classification. *J Invest Dermatol.* 1994 Jun;102:4S-5S.
16. Vitaliano PP, Urbach F. The relative importance of risk factors in non-melanoma carcinoma. *Arch Dermatol.*

- 1980 Apr;116(4):454-6.
17. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. Arch Dermatol. 1988 Jun;124(6):869-71.
 18. Tomas D. [Apoptosis, UV-radiation, precancerosis and skin tumors.] Acta Med Croatica. 2009 Oct;63 Suppl 2:53-8.
 19. Simis T, Simis DRC. Doenças da pele relacionadas à radiação solar. Rev Fac Cienc Med Sorocaba. 2006;8(1):1-8.
 20. Maverakis E, Miyamura Y, Bowen MP, Correa G, Ono Y, Goodarzi H. Light, including ultraviolet. J Autoimmun. 2010 May;34(3):J247-57.
 21. Karagas MR. Occurrence of cutaneous basal cell and squamous cell malignancies among those with a prior history of skin cancer. The Skin Cancer Prevention Study Group. J Invest Dermatol. 1994 Jun;102(6):105-135.
 22. Freitas CAF, Luza AC, Sales SC, Silva EG, Perrony JS. Tratamento cirúrgico da neoplasia maligna de pele não melanoma. Estudo de 100 casos tratados em Campo Grande. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2009 Jul/Set;38(3):190-3.
 23. Machado Filho CDS, Andrade FL, Odo LM, Paschoal LHC, Gouveia NC, Kurita VJ, et al. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. Arq Méd ABC. 2002;26(3):10-17.
 24. Nunes DH, Back L, Silva RV, Medeiros VS. Incidência do carcinoma de células escamosas da pele na cidade de Tubarão (SC) - Brasil nos anos de 2000, 2003 e 2006. An Bras Dermatol. 2009;84(5):482-8.
 25. Benedet L, Bastos MF, Teixeira JF, Miranda LF, Bolan R. Avaliação clínica e histopatológica dos pacientes portadores de carcinoma basocelular diagnosticados no instituto de diagnóstico anátomo-patológico em Florianópolis - SC de janeiro a fevereiro de 2004. ACM Arq Catar Med. 2007 Jan/Mar;36(1):37-44.
 26. Custódio G, Locks LH, Coan MF, Gonçalves CO, Trevisol DJ, Trevisol FS. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Tubarão, Santa Catarina (SC), Brasil, entre 1999 e 2008. An Bras Dermatol. 2010 Nov/Dez;85(6):819-26.
 27. Castillo L, Peña J, Pezzetti L, Antoniadis N, Velásquez L, Escorcia M. Ganglio centinela em carcinoma de células escamosas de piel: Reporte de un caso. Rev Venez Oncol. 2009 Jul/Sept;21(3):169-173.
 28. Tucunduva LTCM, Sá VHLC, Koshimura ET, Prudente FVB, Santos AF, Samano EST, et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev Assoc Med Bras. 2007;50(3):274-62.
 29. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. Rev Bras Cancerol. 2002;48(3):317-32.

Recebido em: 28/08/2011

Aprovado em: 20/09/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Douglas Jun Kamei

Rua Nilo Peçanha, 4311, Pilarzinho - 82120-440 Curitiba (PR)

E-mail: douglasjkamei@hotmail.com

Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária

Self-esteem, depression and spirituality in patients with breast neoplasm

Maria Carolina Mendes de Oliveira¹

Isabela de Alustau Guimarães²

Neil Ferreira Novo³

Taylor B. Schnaider⁴

RESUMO

OBJETIVO: O câncer de mama é a neoplasia maligna mais temida pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos decorrentes do seu tratamento, considerado um dos mais devastadores, interferindo na percepção da sexualidade e na própria imagem corporal. A mastectomia é um procedimento agressivo, que traz repercussões em todas as esferas, sejam físicas, sociais ou emocionais. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a autoestima, a depressão e a espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo clínico, observacional e transversal. A população de estudo foi constituída por 30 usuárias do Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí. Foram aplicados os instrumentos de Autoestima (Escala de Rosenberg), de Depressão (Inventário de Beck) e de Espiritualidade (Pinto e Pais- Ribeiro). Para comparar os grupos de pacientes de faixa etária menor que 50 anos e entre 50 e 69 anos, relacionados à autoestima e à espiritualidade, foi utilizado o teste de Mann-Whitney considerando-se $p < 0,05$.

RESULTADOS: Com relação à autoestima, não ocorreu diferença estatística significativa entre as pacientes dos dois grupos pesquisados, sendo que o primeiro engloba mulheres com idade inferior a 50 anos (média de 8,07) e o segundo entre 50 e 69 anos (média de 6,56). No que se refere à depressão, 70% das pacientes não a apresentaram, 20% apresentaram depressão leve ou moderada e 10% depressão severa. No que tange à espiritualidade: a média da crença apresentada pelas pacientes de faixa etária menor que 50 anos foi de 3,79 e, nas de faixa etária entre 50 e 69 anos foi de 3,88; a média da esperança apresentada pelas pacientes de faixa etária menor que 50 anos foi

Trabalho realizado no Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre (MG).

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

2. Residente (ME3) do Centro de Ensino e Treinamento do Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí.

3. Professor Titular de Bioestatística da Universidade do Vale do Sapucaí.

4. Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí.

de 3,25 e, nas de faixa etária entre 50 e 69 anos foi de 3,66; não foi observada diferença estatística significativa entre as duas faixas etárias.

CONCLUSÕES: Não ocorreu diferença estatística significativa entre as pacientes dos dois grupos pesquisados no que diz respeito à autoestima, à crença e à esperança; 70% das pacientes não apresentaram depressão.

DESCRITORES: *Autoimagem; Depressão; Espiritualidade; Neoplasias da Mama.*

Oliveira MCM, Guimarães IA, Novo NE, Schnaider TB. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4): 261-266.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais temida pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos de seu tratamento, que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem corporal⁽¹⁾.

A mulher, quando recebe o diagnóstico de câncer, já terá sua qualidade de vida comprometida devido, principalmente, ao medo da morte. Se o tratamento proposto for uma mastectomia, o estigma será a perda, a extirpação de um órgão relacionado à sua sexualidade e imagem corporal⁽²⁾.

A mastectomia é um procedimento agressivo que traz repercussões em todas as esferas, sejam físicas, sociais ou emocionais. O valor dado pela nossa sociedade ao papel das mamas na sexualidade faz com que a mastectomia seja considerada um dos mais devastadores tipos de tratamento do câncer, afetando a feminilidade e a imagem corporal da paciente^(2,7).

A relação entre o tipo de cirurgia e a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama apresenta resultados conflitantes. A cirurgia conservadora mostrou em alguns estudos melhores resultados quanto à imagem corporal^(8,9), enquanto em outros a mastectomia associou-se com melhor adaptação psicológica^(10,11), apesar de resultados similares na qualidade de vida global.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a auto-

estima, a depressão e a espiritualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico, observacional e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí sob o Protocolo CEP 1154/09.

A população de estudo foi constituída de usuárias do Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (Pouso Alegre, MG), abordadas após a alta hospitalar no ambulatório e que concordaram em participar da pesquisa depois de esclarecimentos sobre a mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: pacientes do gênero feminino, usuárias do Serviço de Mastologia do Sistema Público de Saúde; idade entre 18 e 65 anos; submetidas à tratamento cirúrgico por doença maligna na mama. Os critérios de exclusão foram: recusa da paciente em participar do estudo; incapacidade de comunicação verbal.

Foram utilizados os instrumentos: de autoestima (Escala de Rosenberg), de Depressão de (Inventário de Beck) e de Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro).

Para avaliar a autoestima, foi utilizada a Escala de autoestima Rosenberg UNIFESP/EPM,

que foi traduzida, adaptada culturalmente e validada para uso no Brasil por DINI et al., em 2004⁽¹²⁾. É um questionário específico para avaliação de autoestima, com 10 frases afirmativas e, quanto menor a pontuação, melhor a autoestima. Para a escala de autoestima, apenas um valor é obtido, variando de zero a 30, sendo zero a melhor autoestima e 30 a pior autoestima.

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) consta de 21 questões, configuradas no tempo presente e estabelecidas em uma escala de 4 pontos (0 a 3). O propósito do IDB é a evolução da medida de depressão. Cada pergunta se relaciona com uma palavra-chave e particular de cada problema.

O zero (0) representa um estado não depressivo. As pontuações podem flutuar de 0 até 63, indicando as pontuações altas uma maior severidade na depressão.

A guia que serve para a interpretação do IDB é: 0-9 = pontuação mínima, não há depressão; 10-16 = apresenta depressão leve; 17-29 = apresenta depressão moderada; 30-63 = apresenta depressão severa.

A escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro contém cinco itens que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas com a dimensão da espiritualidade. As respostas podem variar entre o "Não Concordo" (1), "Concordo um pouco" (2), "Concordo bastante" (3), "Plenamente de acordo" (4).

Da análise fatorial resultam duas subescalas, uma constituída por dois itens que se referem a

uma dimensão vertical da espiritualidade, a que denominamos "Crenças" e outra constituída por três itens que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, tendo sido denominada "Esperança/Otimismo". A cotação de cada subescala é efetuada através da média dos itens da mesma. Exemplo: Crenças=(Esp 1 + Esp 2)/2; Esperança/otimismo=(Esp3 + Esp4 + Esp5)/3. Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada.

Para análise dos resultados aplicou-se o teste de Mann-Whitney (Siegel) para confrontar os escores da crença, da esperança e da escala de autoestima de Rosenberg, segundo a idade (<50 e ≥50). Fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS

Com relação à autoestima, não ocorreu diferença estatística significativa entre as pacientes dos dois grupos pesquisados, sendo que o primeiro engloba mulheres com idade inferior a 50 anos (média de 8,07) e o segundo entre 50 e 69 anos (média de 6,56). No que se refere à depressão, 70% das pacientes não a apresentaram, 20% apresentaram depressão leve ou moderada e 10% depressão severa. No que tange a espiritualidade: a média da crença apresentada pelas pacientes de faixa etária menor que 50 anos foi de 3,79 e, nas de faixa etária entre 50 e 69 anos foi de 3,88; a média da esperança apresentada pelas

Tabela 1. Mulheres portadoras de neoplasia mamária, segundo a idade (<50 e ≥50) e os escores obtidos para Crença, Esperança e Escala de Autoestima de Rosenberg

	CRENÇA		ESPERANÇA		ROSENBERG	
	<50	≥50	<50	≥50	<50	≥50
Média	3,79	3,88	3,25	3,66	8,07	6,56
Mediana	4,00	4,00	3,48	3,83	8,50	5,00
Teste de Mann-Whitney (<50 X ≥50)						
	z=0,74		z=-1,59		z=-1,19	
	p=0,6080		p=0,1310		p=0,2400	

pacientes de faixa etária menor que 50 anos foi de 3,25 e, nas de faixa etária entre 50 e 69 anos foi de 3,66; não foi observada diferença estatística significativa entre as duas faixas etárias com relação à crença e à esperança (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Com a diminuição das taxas de mortalidade, aumento das taxas de detecção precoce, melhoria dos tratamentos oferecidos e com o aumento crescente da incidência de novos casos de câncer de mama observados na última década, há um número maior de mulheres com a doença. Sabe-se que aproximadamente 50% sobreviverão por, pelo menos, 15 anos após o diagnóstico e deverão ajustar-se às sequelas cirúrgicas. A depressão, assim como o câncer, tem sido considerada doença que se apresenta como grave problema de saúde pública, estando o câncer em segundo lugar nas estatísticas de causa de morte por doença no mundo⁽¹⁾.

Numa revisão de literatura a respeito de depressão e qualidade de vida de pacientes tratadas de câncer de mama, os autores constataram que a depressão é pouco diagnosticada e subtratada nesta população, que os riscos para a ocorrência do quadro estão mais relacionados com a paciente do que com a doença ou seu tratamento e que o reconhecimento e o tratamento da depressão melhoram a qualidade de vida e podem aumentar a longevidade⁽¹³⁾.

Estudo clínico e transversal em mulheres tratadas de câncer mamário ou ginecológico constatou a presença de depressão moderada ou severa em 24%, concluindo que existe correlação entre depressão, dor, ansiedade e qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Estudo de coorte observacional verificou que aproximadamente 50% das mulheres apresentavam depressão ou ansiedade no primeiro ano após o diagnóstico, 25% no segundo, ter-

ceiro e quarto anos e 15% no quinto ano⁽¹⁵⁾.

A depressão, por ser pouco diagnosticada e subtratada, associada ao fato de que pacientes com passado de tratamento psiquiátrico e/ou uso de antidepressivos não terem sido excluídas desta casuística, justifica uma frequência menor de depressão encontrada neste estudo.

A utilização de instrumentos para medida da capacidade funcional e da autoestima permite avaliar, de forma objetiva o impacto de um tratamento cirúrgico do câncer de mama nos aspectos específicos da qualidade de vida. Constitui reflexo verdadeiro da opinião do doente sem a interferência do médico. Além disto, esses instrumentos oferecem método confiável e válido para determinar o impacto da cirurgia na saúde do paciente⁽¹⁶⁾.

Estudo clínico e transversal, utilizando a escala de autoestima de Rosenberg em 54 pacientes portadoras de neoplasia mamária, com idade variando entre 28-68 anos, verificou que as mulheres de faixa etária entre 43-55 anos apresentaram maior autoestima em relação às mais jovens, entre 28-42 anos, contudo, sem diferença estatística significativa em relação às mais idosas, entre 56-68 anos. Verificaram também que aquelas que haviam recebido um tratamento conservador, em relação às mastectomizadas, tinham uma imagem corporal mais positiva, assim como uma correlação negativa entre deterioração da qualidade de vida depois da cirurgia e a autoestima e a imagem corporal⁽¹⁷⁾.

Estudo clínico em pacientes submetidas à mastectomia por câncer de mama, utilizando o instrumento de autoestima Rosenberg, encontrou uma média de 7,9, concluindo que a perda da mama promove um impacto negativo na autoestima das pacientes⁽¹⁸⁾.

Nesta pesquisa observaram-se escores semelhantes aos encontrados na literatura, sem diferença estatística entre as faixas etárias.

Conceitua-se religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delimitados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente e espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) resultar no desenvolvimento de rituais religiosos e na formação de uma comunidade⁽¹⁹⁾.

Pesquisa qualitativa, sob a forma de entrevista, com 10 pacientes oncológicas, com idade entre 25-55 anos, constatou que todas as participantes apresentaram relatos verbais com conteúdos de religiosidade/espiritualidade, o que evidencia que a relação entre a doença e a possibilidade de morte faz do enfrentamento religioso uma estratégia de redução do estresse

e melhoria da qualidade de vida⁽²⁰⁾.

Pesquisa clínica e transversal, aplicando a escala de Coping Religioso-Espiritual, em 30 pacientes com câncer de mama sugere a importância da espiritualidade no enfrentamento das crises físicas e psicológicas causadas pela doença⁽²¹⁾.

Neste estudo não ocorreu diferença estatística significativa entre as pacientes com menos de 50 anos e com idade igual ou superior a 50 anos tanto com relação à crença quanto à esperança, ao ser aplicado a escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro.

CONCLUSÃO

Não ocorreu diferença estatística significativa entre as pacientes dos dois grupos pesquisados no que diz respeito à autoestima, à crença e à esperança; 70% das pacientes não apresentaram depressão.

ABSTRACT

BACKGROUND: Breast cancer is the malignancy most feared by women, due to its high frequency and, especially, the psychological effects of its treatment, considered one of the most devastating, affecting the perception of sexuality and body image. A mastectomy is an aggressive procedure that brings repercussions in all spheres, whether physical, social or emotional. The objective of this research was to evaluate the self-esteem, depression and spirituality in patients with breast cancer.

METHODS: This is a clinical, observational and transversal trial. The study population consisted of 30 women from the Mastology Service at the Clinics Hospital of Vale do Sapucaí University. We applied the following tools: Self-esteem (Rosenberg Scale), Depression Inventory (Beck) and Spirituality (Pinto e pais -Ribeiro). To compare groups of patients aged less than 50 and between 50 and 69, related to self-esteem and spirituality, we used the Mann-Whitney test considering $p < 0.05$.

RESULTS: Regarding self-esteem, there was no statistically significant difference between the two groups of patients, being the first group compound of women under the age of 50 (average 8.07) and the second between 50 and 69 (average 6,56). Regarding depression, 70% of patients without ARF, 20% had mild to moderate depression and 10% severe depression. Regarding spirituality: the average belief presented by patients aged under 50 years old was 3.79 and in the age range between 50 and 69 years was 3.88 and the average of hope presented by patients aged under 50 years old was 3.25 and in the age range between 50 and 69 was 3.66, not statistically significant difference was observed between the two age groups.

CONCLUSION: There was no statistically significant difference between the two groups of pa-

tients studied regarding self-esteem, belief and hope, 70% of patients showed no depression.

KEYWORDS: *Self-Image, Depression, Spirituality, Breast Neoplasms.*

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010. Incidência de câncer no Brasil [homepage na Internet, acesso em Junho de 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/>
2. Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ, Küchemann CS, Crabtree RJ, Cornell CE. Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *Br Med J.* 1978 Apr 15;1(6118):963-5.
3. Charavel M, Bremond A. Motivations des femmes pour la reconstruction mammaire après mastectomie: étude comparative. *Bull Cancer.* 1996 Jan;83:46-53.
4. Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. An evaluation of quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Brast Cancer Res Treat.* 1996;39(3):361-73.
5. Rosenqvist S, Sandelin K, Wickman M. Patient's psychological and cosmetic experience after immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 1996 Jun;22(3):262-6.
6. Curran D, Van Dongen JP, Aaronson NK, Kiebert G, Fentiman IS, Mignolet F, et al. Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: results of EORTC trial 10801. *Eur J Cancer.* 1998 Feb;34(3):307-14.
7. Brandberg Y, Malm M, Rutqvist LE, Jonsson E, Blomqvist L. A prospective randomized study (named SVEA) of three methods for delayed breast reconstruction. Study design, patient's preoperative problems and expectations. *Scand J Plastic Reconstr Hand Surg.* 1999 Jun;33:209-16.
8. Janni W, Rjosk D, Dimpfl Th., Haertl K, Stobl B, Hepp F, et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol.* 2001 Jul;8(6):542-8.
9. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzler D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of 5-year prospective study. *Breast J.* 2004 May-Jun;10(3):223-31.
10. Levy SM, Herberman RB, Lee JK, Lippman ME, D'Angelo T. Breast conservation versus mastectomy: distress sequelae as a function of choice. *J Clin Oncol.* 1989 Mar;7(3):367-75.
11. Cohen L, Hack TF, Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Sur Oncol.* 2000 Jul;7(6):427-34.
12. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Brás Cir Plást.* 2004 Jan/Mar;19(1):41-52.
13. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Res Treat.* 2008 Jul;110(1):9-17.
14. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, et al. Depression, correlates of depression and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer. *J Clin Oncol.* 2005 May 1;23(13):3052-60.
15. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five years observational cohort study. *BMJ.* 2005 Mar 26;330(7493):702.
16. Klassen A, Jenkinson C, Fitzpatrick R, Goodacre T. Patient's health related quality of life before and after aesthetic surgery. *Br J Plast Surg.* 1996 Oct;49(7):433-8.
17. Manos D, Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, de la Torre A. Body image in relation to self-esteem in a sample of Spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología.* 2005;2(1):103-16.
18. Oliveira ACS, Sabino Neto M, Veiga DF, Archangelo SCV, Andrade CHV, Novo NF, Ferreira, LM. Mastectomia: impacto auto-estima das pacientes. *Rev Bras Mastol.* 2006 Dez;16(4):156-60.
19. Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother.* 2001 Mar;35(3):352-9.
20. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicol Teor Pesq.* 2010 Abr/Jun;26(2):265-72.
21. Macieira RC, Cury MCS, Mastese JC, Novo NF, Barros ACSD. Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia.* 2007 Set;17(3):102-106.

Recebido em: 18/08/2011

Aprovado em: 20/09/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Dr. Taylor Brandão Schnaider

Av. Francisca Ricardina de Paula, 289 - 37550-000 Pouso Alegre (MG). E-mail: sormanti@uai.com.br

Meningioma pós-radioterapia: relato de caso e revisão de literatura

Meningiomas after Radiotherapy: Case report and literature review

Johnni Oswaldo Zamponi¹

Johnni Oswaldo Zamponi Junior²

RESUMO

Os meningiomas são os tumores benignos intracranianos assintomáticos mais comuns. Este tipo de neoplasia pode surgir após irradiação do crânio, utilizada para lesões do escalpe ou intracranianas. Comparados aos meningiomas não induzidos por radiação, esses são biologicamente mais agressivos, apresentando-se histologicamente com maior número de atipias. O desenvolvimento de meningioma após a irradiação craniana é um evento raro, mas grave e potencialmente fatal, assim o objetivo desse trabalho além de relatar um caso de meningioma após tratamento radioterápico, é realizar uma revisão de literatura pelo assunto. Relata-se o caso de uma mulher de 38 anos com meningioma pós-radioterapia diagnosticado 11 anos após o tratamento de um astrocitoma, sendo realizada outra craniotomia e exérese completa da neoplasia. A maioria dessas neoplasias apresenta um curso benigno, embora várias cirurgias podem vir a serem necessárias. O tratamento para esses pacientes deve ser individualizado, com os acompanhamentos necessários ao longo da vida.

DESCRITORES: *Meningeoma; Radioterapia.*

Zamponi JO, Zamponi Junior JO. Meningioma pós-radioterapia: relato de caso e revisão de literatura. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4): 267-271.

INTRODUÇÃO

Os meningeomas são tumores benignos originados de células da aracnoide e representam os tumores intracranianos assintomáticos mais comuns, representando até 20% de todas as neoplasias intracranianas primárias, sendo em

sua maioria de natureza benigna. Eles podem ser encontrados ao longo de qualquer das superfícies externas do cérebro, bem como no interior do sistema ventricular, onde se originam das células aracnoideas do estroma do plexo coroide.

Trabalho realizado no Serviço de Neurocirurgia do Hospital Santa Rita de Maringá (PR).

1. Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Santa Rita de Maringá (PR).

2. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

A incidência de meningiomas intracranianos aumenta com a idade, sendo que em pacientes com mais de 70 anos chega a ser 3,5 vezes maior quando comparado a pacientes jovens, independentemente do gênero. Contudo, a taxa de crescimento tumoral parece ser menor nesse grupo de idosos. Lesões múltiplas são observadas em 5% a 40% dos pacientes, especialmente quando associadas com neurofibromatose tipo 2.

Este tipo de neoplasia pode surgir após irradiação do crânio, utilizada para lesões do escalpe ou intracranianas. Indivíduos expostos à radiação ionizante, sabidamente apresentam um fator de risco para o desenvolvimento de meningiomas. Tal observação é corroborada com o aumento da taxa desses tumores em pacientes submetidos ao tratamento de neoplasias de cabeça e pescoço, como também nos sobreviventes da explosão da bomba atômica de Hiroshima e Nagasaki. O período de latência entre a exposição à radiação e a detecção do tumor varia inversamente com a dose de radiação. Comparados aos meningiomas não induzidos por radiação, estes são biologicamente mais agressivos, apresentando-se histologicamente com maior número de atipias, sendo também mais provável sua recorrência, bem como sua múltipla localização.

Apesar de serem situações raras, o aumento da sobrevivência de pacientes com doenças neoplásicas encefálicas e o amplo uso da radioterapia, favorecem o aumento de sua frequência. O desenvolvimento de meningioma após a irradiação craniana é um evento raro, mas grave e potencialmente fatal. Assim, o objetivo deste trabalho, além de relatar um caso de meningioma após tratamento radioterápico, é realizar uma revisão de literatura sobre o assunto.

RELATO DE CASO

Relata-se um caso de um paciente feminino, de 38 anos, que em março de 1992 apresentou queixa de cefaleia, dificuldade de deambulação, diplopia, náuseas e vômitos de início há 30 dias, com piora progressiva. Ao exame neurológico apresentava apenas papiledema. Estudos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética) evidenciaram uma lesão talâmica esquerda (Figura 1), que após a realização de uma craniotomia e ressecção da lesão foi submetido a exame anatomopatológico, que mostrou tratar-se de astrocitoma. Recebeu tratamento radioterápico convencional complementar (com 4050 Gy) sendo encaminhada para seguimento ambulatorial. As tomografias computadorizadas subsequentes não mostraram sinais de recorrência da neoplasia (Figura 2). O paciente não apresentava déficit neurológico, tendo recebido alta ambulatorial em 2003.

Em maio de 2008, foi reinternado em nosso Serviço devido importante quadro de cefaleia, sendo realizados estudos de imagem com tomografia computadorizada, que mostraram um volumoso processo expansivo em porção lateral do lobo temporal direito, com realce homogêneo e intenso à infusão de contraste (Figura 3). Foi realizada outra craniotomia e exérese da neoplasia, com ressecção completa, a qual através do exame anatomopatológico mostrou-se tratar de um meningioma atípico.

No pós-operatório, paciente apresentou melhora do quadro neurológico. Exames de neuroimagem pós-ressecção (TC e RM) confirmaram a exérese completa da neoplasia, sem evidências de recorrência ou de surgimento de outras lesões, estando atualmente em acompanhamento ambulatorial.



Figura 1. Tomografia computadorizada mostrando lesão expansiva em região talâmica esquerda.

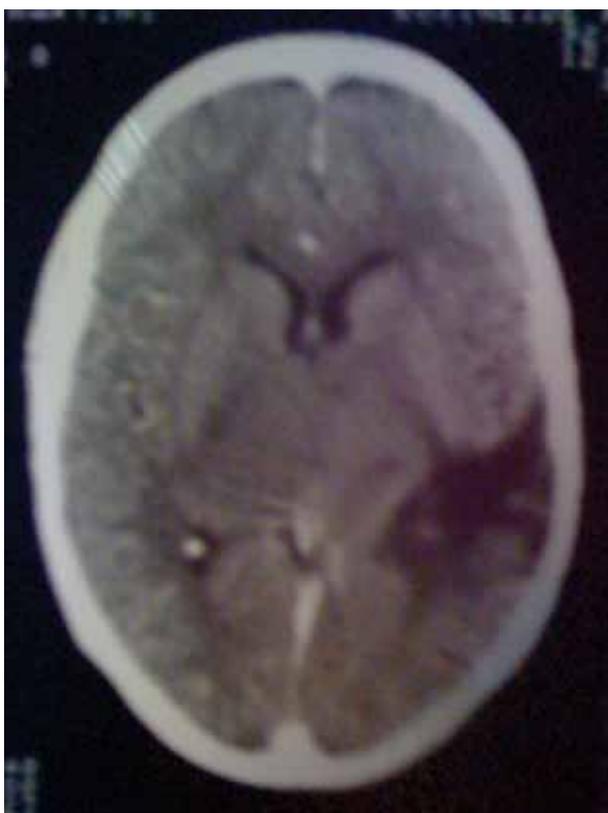


Figura 2. Tomografia computadorizada com contraste realizada após tratamento radioterápico e cirúrgico do astrocitoma. Não se observam sinais de neoplasia; há área de gliose temporoparietal esquerda compatível com status pós-operatório.

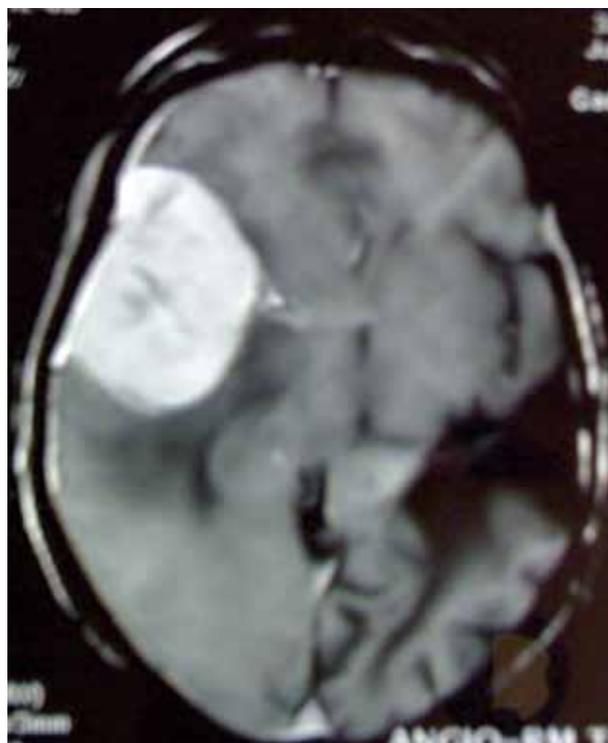


Figura 3. Ressonância magnética (T1 com contraste) evidenciando lesão expansiva fronto-temporal com realce homogêneo à infusão de contraste (gadolínio).

DISCUSSÃO

A hipótese de existir uma relação entre a radiação e o aparecimento de meningiomas foi formulada primeiramente por Munk, em 1969, o qual observou cinco casos de desenvolvimento de meningiomas em pacientes que haviam sido expostos à radioterapia devido tratamento de tinea capitis⁽¹⁾. Os meningiomas, diferentemente dos gliomas e sarcomas radioinduzidos, aparecem frequentemente após baixas doses de radiação. Estima-se que entre os tumores induzidos por radioterapia, os meningiomas apresentam uma frequência cinco vezes maior que os sarcomas e gliomas, desenvolvendo-se em pacientes mais jovens, tendo pico de incidência na terceira década de vida, ao contrário dos meningiomas normais, que usualmente aparecem na quinta e sexta décadas de vida⁽²⁾. O intervalo de tempo entre o surgimento do meningioma secundário e o tra-

tamento radioterápico depende da dose de radiação recebida. Em pacientes que receberam baixas doses (<10 Gy) é, em média, 35,2 anos; já naqueles que receberam altas doses (>20 Gy) a média fica em torno de 18,7 anos.

De acordo com Cahan, um meningioma pode ser considerado radioinduzido se ele se encaixar em vários fatores, entre eles: não existir antes da irradiação, se desenvolver na área previamente irradiada, ser examinado e confirmado por estudos histológicos e se desenvolver em um período de latência de pelo menos cinco anos a partir da primeira radiação⁽³⁾.

Este tipo de meningioma é considerado uma entidade particular dentro do grupo dessa classe de neoplasia, uma vez que apresenta sua própria clínica e estudos imuno-histoquímicos e histopatológicos. Meningiomas pós radioterapia geralmente apresentam-se com uma histologia atípica, com alta celularidade, núcleos pleomórficos e presença de vacúolos nucleares claros. Além disso, usualmente são múltiplos, com uma alta taxa de recorrência e com um comportamento agressivo, apresentando assim pior prognóstico clínico⁽⁴⁾.

Os meningiomas radioinduzidos são divididos em alta e baixa doses, de acordo com a quantidade de radiação aplicada no tratamento prévio. Os provindos de alta dose de radiação (entre 3.000 a 6.000 Gy) desenvolvem-se após terapia para outros tumores primitivos cerebrais, como os gliomas do nervo óptico, meduloblastomas, adenomas de pituitária e gliomas. A incidência de tumores cerebrais induzidos por altas doses de radiação não é grande, provavelmente devido à relativamente baixa taxa de sobrevivência desses pacientes. Assim, a maioria desses meningiomas são induzidos por baixas doses de irradiação craniana externa (700 a 1500 Gy), aplicados principalmente no trata-

mento de lesões do couro cabeludo e do rosto.

Para explicar a relação entre a irradiação e a indução do meningioma, bem como a possível patogênese destes tumores, é necessário considerar a alta sensibilidade do tecido meníngeo à irradiação. Alguns autores acreditam que a radiação ionizante induz o tumor como resultado de mutações genéticas celulares, explicando a relação entre a irradiação do couro cabeludo e desenvolvimento de meningioma intracraniano e sua proporcionalidade direta à dose de radiação⁽⁵⁾. A radiação ionizante provavelmente altera algumas bases do DNA, realizando geralmente a deleção do braço longo do cromossomo 22, acarretando mutações que afetam alguns genes supressores de tumor e oncogenes⁽⁶⁾.

Vários fatores devem ser considerados no manejo de meningiomas radioinduzidos. Estes incluem comprometimento vascular, atrofia do couro cabeludo e a propensão para recidivas. Devido à coexistência de doença vascular de grandes vasos, os vasos colaterais transdurais devem ser preservados. Do mesmo modo, no planejamento de um retalho cirúrgico, a incisão é feita através dos tecidos saudáveis na periferia do couro cabeludo atrófico, mesmo quando produzem um retalho grande. O tratamento de escolha nesses casos é a ressecção completa da lesão. Devido a grande chance de recorrência, a literatura mostra que se deve realizar uma margem ampla de ressecção óssea e da dura-máter durante o ato cirúrgico, podendo realizar a radiocirurgia como tratamento complementar^(7,8).

CONCLUSÃO

O uso de terapias de radiação de baixa ou alta dose está se tornando cada vez mais comum em nossa prática clínica, embora se saiba pouco sobre a predisposição individual quanto

a sensibilidade à radiação. É importante começarmos a compreender o comportamento destas lesões secundárias à radioterapia. A maioria dessas neoplasias apresenta um curso benigno,

embora várias cirurgias possam vir a ser necessárias. O tratamento para esses pacientes deve ser individualizado, com o acompanhamento necessário ao longo da vida.

ABSTRACT

Meningiomas are the most common benign asymptomatic intracranial tumors. This type of neoplasm may arise after irradiation of the skull used to scalp or intracranial lesions. Compared to non-radiation-induced meningiomas, these are biologically more aggressive, presenting histologically with more atypia. The development of meningioma after cranial irradiation is a rare but serious and potentially fatal, so the aim of this work, in addition to reporting a case of meningioma after radiotherapy, is to conduct a literature review of the subject. We report the case of a 38 year old woman presenting post-radiotherapy meningioma diagnosed 11 years after treatment of an astrocytoma, another craniotomy was performed and complete excision of the tumor. Most of these neoplasms have a benign course, although multiple surgeries may well be necessary. Treatment for these patients should be individualized, with the necessary accompaniments throughout life.

KEYWORDS: *Meningioma, Radiotherapy.*

REFERÊNCIAS

1. Munk J, Peyser E, Gruszkiewicz J. Radiation induced intracranial meningiomas. *Clin Radiol.* 1969 Jan;20(1):90-4.
2. Strojan P, Popovic M, Jereb B. Secondary intracranial meningiomas after high-dose cranial irradiation: report of five cases and review of the literature. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2000 Aug 1;48(1):65-73.
3. Cahan WG, Woodard HQ, Higinbotham NL, Stewart FW, Coley BL. Sarcomas arising in irradiation bone: Report of eleven cases. *Cancer.* 1998 Jan 1;82(1):8-34.
4. Dweik A, Maheut-Lourmiere J, Lioret E, Jan M. Radiation-induced meningioma. *Childs Nerv Syst.* 1995 Nov;11(11):661-3.
5. Davidoff LM, Dyke CG, Elsberg CA, Tarlov IM. The effect of radiation applied directly to the brain and spinal cord. *Radiology.* 1937 Sep;31:451-463.
6. Pollak L, Walach N, Gur R, Schiffer J. Meningiomas after radiotherapy for tinea capitis-still no history. *Tumori.* Jan-Feb;84(1):65-8.
7. Mahmood A, Caccamo DV, Tomecek FJ, Malik GM. Atypical and malignant meningiomas: a clinicopathological review. *Neurosurgery.* 1993 Dec;33(6):955-63.
8. Schrell UMH, Rittig MG, Anders M, et al. Hydroxyurea for treatment of unresectable and recurrent meningiomas. II. Decrease in the size of meningiomas in patients treated with hydroxyurea. *J Neurosurg.* 1997 May;86(5):840-4.
9. Deutsch M, Rosenstein M, Figura JH. Meningioma after radiotherapy for Hodgkin's disease. *Am J Clin Oncol.* 1999 Aug;22(4):361-3.
10. De Tommasi A, Occhiogrosso M, De Tommasi C, Cimmino A, Sanguedolce F, Vailati G. Radiation-induced intracranial meningiomas: review of six operated cases. *Neurosurg Rev.* 2005 Apr;28(2):104-14.

Recebido em: 03/09/2011

Aprovado em: 15/10/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Johnni Oswaldo Zamponi

Rua das Camélias, 290. Zona 5. CEP 80060-020

Maringá (PR). E-mail: johnni_zamponi@hotmail.com

Carcinoma adenoide cístico de traqueia: ressecção traqueal transesternal seguido de radioterapia com intensidade modulada

Traqueal adenoid cystic carcinoma: transesternal traqueal resection and treatment with IMRT

Letícia Carani Delabio¹

João Batista Neiva²

Luciano do Valle Saboia³

João Carlos Domingues Repka⁴

RESUMO

Relato de tratamento de homem com 58 anos de idade com carcinoma adenoide cístico envolvendo traqueia distal que se estendia para carina e brônquio fonte esquerdo. Paciente foi submetido à ressecção e reconstrução da carina, seguido de tratamento radioterápico com intensidade modulada do feixe (IMRT). O paciente encontra-se sem complicações de anastomose ou recorrência da doença em 12 meses de seguimento pós-operatório.

DESCRITORES: *Carcinoma adenoide cístico; Estudo de Casos.*

Delabio LD, Neiva JB, Repka JCD, Saboia LV. Carcinoma adenoide cístico de traqueia: ressecção traqueal transesternal seguido de radioterapia com intensidade modulada. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4); 272-276.

INTRODUÇÃO

A neoplasia primária de traqueia é uma condição rara, estimada entre 0,1 e 0,4% de todas as malignidades, com incidência de 2,6 novos casos por milhões por ano⁽¹⁾. Representa cerca de 2% de todos os tumores de vias aéreas⁽²⁾.

Essa doença pode causar sinais e sintomas que mimetizam doenças comuns das vias aéreas, como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e asma⁽²⁾. Levando ao atraso no diagnóstico e uso crônico de esteroides no pré-operatório.

A maior fonte de dados é do Hospital Ge-

Trabalho realizado pelo Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Angelina Caron, de Campina Grande do Sul, Grande Curitiba (PR).

1. Residente de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Angelina Caron, Campina Grande do Sul (PR).

2. Cirurgião Oncológico, Supervisor do Programa de Residência Médica de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Angelina Caron.

3. Cirurgião Oncológico, Supervisor do Programa de Residência Médica de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Angelina Caron.

4. Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Coordenador do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Angelina Caron.

ral de Massachusetts, que relatou 198 pacientes com tumores primários de traqueia, entre 1962 e 1989, sendo 40% carcinoma adenoide cístico, 36% carcinoma espinocelular e 24% de outras histologias benignas e malignas⁽⁴⁾.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com carcinoma adenoide cístico de traqueia e carina, submetido à ressecção cirúrgica seguido de radioterapia IMRT, sem doença ativa em um ano de seguimento pós-tratamento.

RELATO DO CASO

Homem de 58 anos queixava-se de tosse e dispneia. Rx tórax normal. Estava sendo tratado como asma. Tomografia de tórax revelou lesão vegetante e infiltrante de 32 x 25 x 29mm na traqueia com extensão para carina e brônquio fonte esquerdo, determinando obstrução da luz, entrando em íntimo contato com croça da aorta e esôfago torácico (Figuras 1A e 1B). Endoscopia digestiva alta normal. Broncoscopia flexível demonstrou lesão de aspecto neoplásico, promovendo estreitamento luminal na traqueia distal. Não avaliada traqueia pós-tumoral. Não foi realizada biópsia devido ao grande risco de sangramento.

A técnica cirúrgica empregada para remoção do tumor iniciou com anestesia geral, com paciente em decúbito dorsal, seguido de esternotomia mediana e incisão do pericárdio anterior. Um plano de dissecção foi criado entre a veia cava superior e a aorta. A veia cava e a aorta foram retraídas lateralmente, a veia inominada superiormente e a artéria pulmonar principal e artéria pulmonar direita inferiormente. Incisado o pericárdio posterior e exposta a traqueia distal e a carina. As secções brônquicas e traqueais foram realizadas e o brônquio foi entubado através do campo operatório com tubo endotraqueal estéril. Um espécime adicional



Figura 1. Tomografia de tórax mostrando lesão traqueal. A: Corte Sagital. B: Corte Coronal.

foi ressecado, pois o tumor estava presente na margem brônquica esquerda. A ventilação foi intermitente para confecção das suturas de tração. Após as suturas terem sido apertadas, a ventilação foi realizada, continuamente, através do tubo endotraqueal. A segunda anastomose pôde então ser realizada.

A reconstrução foi realizada através de anastomose término-terminal entre brônquio fonte direito e traqueia, com uma anastomose término lateral entre brônquio fonte esquerdo e parede lateral do brônquio fonte direito com fios de polypropylene 3.0. Essa técnica foi descrita inicialmente em 1957 por Barclay e colaboradores^(5,6). (Figura 2A e 2B)

Para diminuir a tensão na anastomose, foi

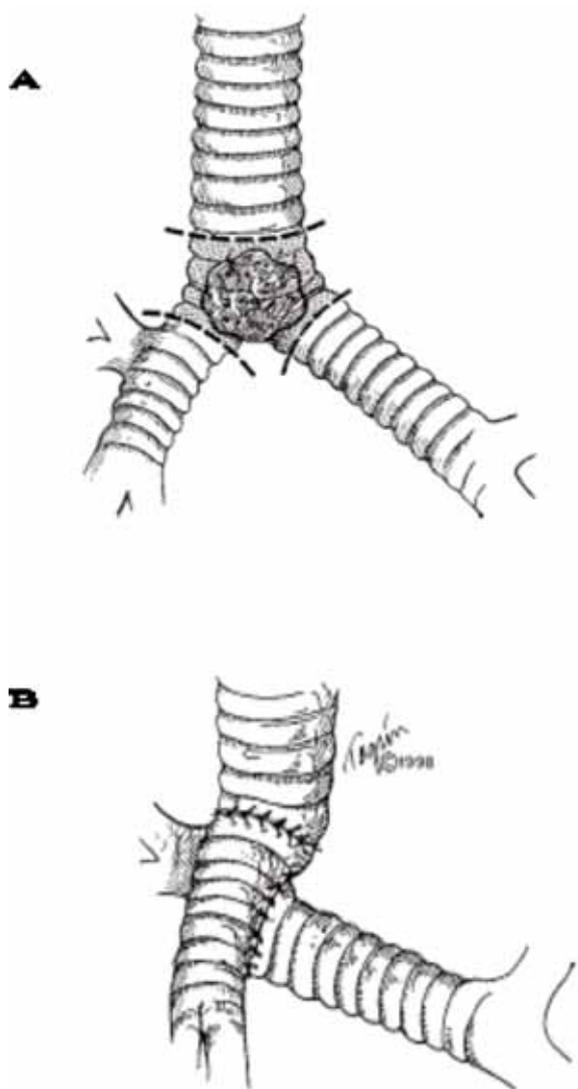


Figura 2. Aspecto ilustrativo da lesão (A) e da reconstrução (B).

realizada incisão em forma de U no pericárdio inferior em direção à veia pulmonar inferior,

permitindo que as estruturas hilares e os brônquios avançassem⁽¹⁾ e, também, flexão cervical que permite que a traqueia cervical entre para o mediastino, diminuindo a tensão⁽⁷⁾.

O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica revelou carcinoma adenoide cístico e a margem brônquica esquerda estava microscopicamente envolvida pelo tumor. Havia infiltração perineural e angiolímfática.

Em controle pós-operatório com broncoscopia e tomografia de tórax não foram evidenciadas complicações na anastomose e a tomografia por emissão de positrons (PET-TC) demonstrou discreto aumento da concentração do fluoro-deoxi-glicose (FDG) na projeção da esternorrafia e no terço distal da traqueia, relacionados ao procedimento cirúrgico, sem evidências de alterações metabólicas sugestivas de processo neoplásico.

Paciente foi submetido à radioterapia com IMRT no mediastino, em leito operatório, na dose de 52,2 Gray (Gy) em 29 frações de 1,8 Gy por dia, seguido de reforço (*boost*) em leito operatório na dose de 18 Gy em 10 frações de 1,8 Gy por dia. Essa modalidade permite entrega de dose radical ao leito tumoral, limitando-se a dose excessiva aos tecidos saudáveis adjacentes (Figura 3).

Paciente com um ano de pós-operatório encontra-se assintomático. Tomografia de tórax e bron-

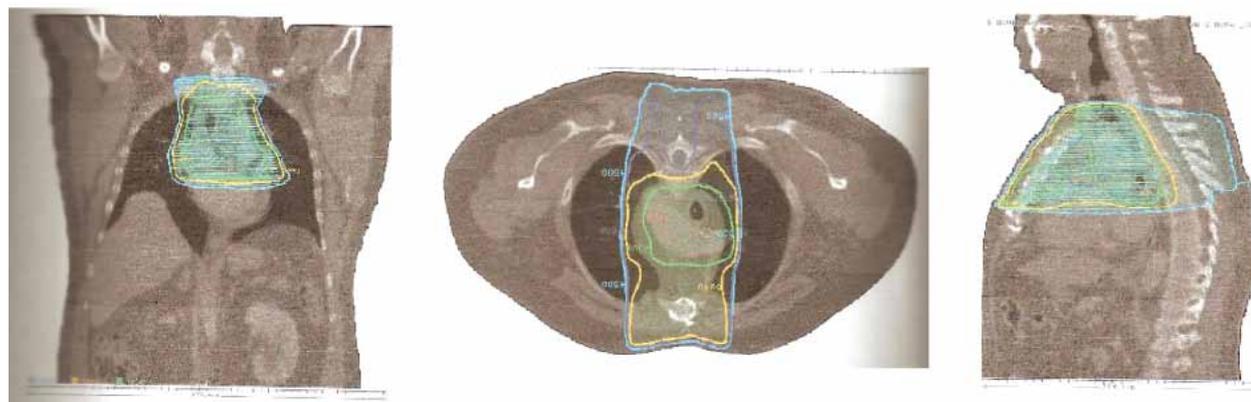


Figura 3. Planejamento da radioterapia com intensidade modulada do feixe.

coscopia com discreta redução no calibre da traqueia na área da anastomose, porém sem outras alterações. PET -TC sem evidências de neoplasia.

DISCUSSÃO

Carcinoma primário de traqueia é uma malignidade rara e a maioria dos pacientes apresenta-se com carcinoma adenoide cístico ou com carcinoma de células escamosas. Sintomas clínicos como tosse, dispneia e estridor são inespecíficos e insidiosos e esses tumores são de crescimento lento, podendo levar a atraso no diagnóstico de até 25 meses⁽⁸⁾.

O melhor manejo para esses tumores seria abordagem com modalidades combinadas, incluindo ressecção cirúrgica e radioterapia pós-operatória⁽⁹⁾.

A localização do carcinoma adenoide cístico é amplamente distribuída, com maior frequência ocorrendo em traqueia baixa e carina, podendo estender-se circunferencialmente por toda traqueia⁽¹⁰⁾. Massa extratraqueal pode ocorrer causando compressão de estruturas mediastinais, sem invasão inicialmente.

Uma importante característica é seu potencial de difundir-se microscopicamente pelos linfáticos da submucosa e perineurais. Durante a ressecção cirúrgica as margens apresentam-se grosseiramente normais.

A ressecção de toda lesão microscópica pode se tornar impossível, pois pode colocar em risco a reconstrução. Por este motivo, a radioterapia pós operatoria deve ser usada⁽¹⁾. Mesmo havendo comprometimento das margens de ressecção, os resultados são favoráveis⁽¹¹⁾.

Linfadenectomia regional extensa pode destruir o suprimento vascular da traqueia, levando à necrose da anastomose seguida de irreparável estenose. Assim sendo, apenas linfonodos adjacentes são ressecados com o espécime. Outros

apenas amostrados para prognóstico⁽⁴⁾. Linfonodos positivos ou lesão invasiva na margem de ressecção parece ter efeito adverso para cura do carcinoma de células escamosas. Tal efeito não é demonstrado com carcinoma adenoide cístico⁽¹²⁾.

Pearson (1987) advoga radioterapia adjuvante para todos os pacientes com carcinoma adenoide cístico de traqueia devido a sua alta radiosensibilidade. Todos os pacientes que se submetem à ressecção devem receber dose mediastinal pós-operatória, independente das margens ou linfonodos⁽¹³⁾. Doses abaixo de 50 Gy diminuem a taxa de resposta, enquanto que acima de 66 Gy são associadas com maiores taxas de complicações. Grillo (1990) recomenda dose de 45 – 65 Gy devido às margens pequenas necessárias para ressecção e a probabilidade de recorrência local⁽⁴⁾.

Grillo e Mathisen (1990) relatam sobrevida global para carcinoma de células escamosas operado de 27% em três anos e 13% em cinco anos. E para carcinoma adenoide cístico, sobrevida global de 71% em três anos, 66% em cinco anos, 56% em 10 anos e 15 anos⁽⁴⁾. Perelman e Koroleva (1987) reportam taxa de sobrevida de 27% por três anos e 13% em cinco anos após ressecção de carcinoma de células escamosas⁽²⁾. Taxa de mortalidade cirúrgica em ressecção de traqueia e carina alcançou 12%⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

O tumor de traqueia geralmente apresenta diagnóstico tardio e, quando compromete carina, o procedimento torna-se de maior complexidade. A impossibilidade de ressecção com margens cirúrgicas livres na neoplasia, principalmente no carcinoma adenoide cístico, faz-se necessária a radioterapia pós-operatória para diminuir taxa de falha da anastomose e recidiva local.

ABSTRACT

Report on the treatment of a 58 year old man with adenoid cystic carcinoma involving distal trachea which spread to carina and main left bronchus. Patient was submitted to resection and reconstruction of carina, followed by modulated intensity radiation therapy. The patient shows no complications of anastomose or recurrence of disease in the 12 months postoperative follow-up period.

KEYWORDS: *Carcinoma, Adenoid Cystic; Case Studies.*

REFERÊNCIAS

1. Meyers BF, Mathisen DJ. Management of Tracheal Neoplasms. *Oncologist*. 1997;2(4):245-253.
2. Perelman MI, Koroleva NS. Primary tumors of the Trachea. In: Grillo HC, Eschapasse H, editors. *International trends In: general thoracic surgery*. Philadelphia: WB Saunders; 1987. p. 91-106.
3. Yigit A, O uzkaya F, Kahraman C, Hasdiraz L. Tracheal Adenoid Cystic Carcinoma Mimicking Bronchial Asthma. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 1999;7:144-146.
4. Grillo HC, Mathisen DJ. Primary Tracheal Tumors: Treatment and Results. *Ann Thorac Surg*. 1990 Jan;49(1):69-77.
5. Grillo HC. Development of tracheal surgery: a historical review. Part 1: Techniques of tracheal surgery. *Ann Thoracic Surg*. 2003 Feb;75(2):610-9.
6. Barclay RS, McSwan N, Welsh TM. Tracheal reconstruction without the use of grafts. *Thorax*. 1957 Sep;12(3):177-80.
7. Mitchell JD, Mathisen DJ, Wright CD, Wain JC, Donahue DM, Moncure AC, et al. Clinical Experience with carinal resection. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1999 Jan;117(1):39-52.
8. Schneider P, Schirrenb J, Muley T, Vogt-Moykopf I. Primary tracheal tumors: experience with 14 resected patients. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001 Jul;20(1):12-8.
9. Perez CA. Traqueal Tumors. In: Perez AC, Brady LW. *Principles and Practice of Radiation Oncology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2007. p. 1122.
10. Wang X, Zhao J, Fang X, Xu N, Zhang X. Adenoid Cistic Carcinoma, low-differentiation carcinoma, squamous cell carcinoma: a rare evolution of a tracheal malignancy within 27 years. *J Clinical Oncol*. 2011 Jun 10;29(17):e509-11.
11. Sayar A, Metin M, Solak O, Turna A, Alzafer S, Ece T. A New Surgical Techique for Adenoid Cystic Carcinoma Involving Tracheal Carina. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2005 Sep;13(3):280-2.
12. Grillo HC, Zannini P, Michelassi F. Complications of tracheal reconstruction. Incidence, treatment, and prevention. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1986 Mar;91(3):322-8.
13. Grillo HC. Management of tumors of the trachea. In: Thawley SE, Panje WR, editors. *Comprehensive management of head and neck tumors*. Philadelphia: Saunders; 1987. p. 1686-1702.

Recebido em: 07/11/2011

Aprovado em: 20/11/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Leticia Carani Delabio

Rua José de Alencar, 1795, apto. 201. Juvevê. CEP 80040-070 - Curitiba (PR).

E-mail: leticia_carari@hotmail.com

PEComa de partes moles – relato de caso

Soft Tissue PEComa - case report

Fernando Rogério Beylouni Farias¹

Eduardo Hubner Souza²

Leonardo Zavaschi²

Lucas Félix Rossi³

RESUMO

PEComa foi definido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde como um tumor mesenquimal distinto histologicamente e imuno-histoquimicamente das células epitelioides perivasculares. O termo PEComa é um acrônimo de perivascular *epithelioid cells* e o conceito atual desta doença engloba, na verdade, um conjunto de neoplasias. Neoplasias que outrora eram definidas com diversos termos em relatos médicos e que tinham características anatomopatológicas e imuno-histoquímicas semelhantes foram alocadas num grupo único e então nomeadas sob o termo PEComa. O objetivo deste é descrever um caso de PEComa de partes moles diagnosticado pelo exame imuno-histoquímico e tratado com ressecção cirúrgica.

DESCRITORES: *Estudo de Casos; Cirurgia geral; Neoplasias de tecidos moles; Linfangioleiomiomatose; Sarcoma de Células Claras.*

Farias FRB, Souza EH, Zavaschi L, Rossi LF. PEComa de partes moles – relato de caso. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4); 277-280.

INTRODUÇÃO

RS, paciente de 52 anos, sexo feminino, encaminhada por aumento na região inguinal esquerda associada à dor (Figura 1). Referia aumento do volume da região havia um mês. Negava história prévia de neoplasia e era hígida até então. Realizou ecografia de parede abdominal revelando mas-

sa em região suprapúbica esquerda com formato irregular medindo 6,8 x 5,5 x 5,3cm. Submetida à inguilotomia esquerda e biópsia de partes moles, com o diagnóstico anatomopatológico de neoplasia maligna, indiferenciada, de células claras com extensas áreas de necrose. O exame imuno-histoquímico da biópsia foi positivo para os seguintes mar-

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Digestiva da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Porto Alegre (RS).

1. Supervisor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Digestiva da ULBRA. Professor Titular de Cirurgia da Universidade Luterana do Brasil. Porto Alegre (RS)..

2. Cirurgião do Aparelho Digestivo da Equipe de Cirurgia da Universidade Luterana do Brasil (RS).

3. Cirurgião Geral, Residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre (RS).

cadadores: HMB45, Actin, Melan-A e Vimentina. Esta associação de positividade de marcadores imunohistoquímicos propiciou o diagnóstico pecoma com extensas áreas de necrose e atipias moderadas. Para melhor definição dos planos anatômicos acometidos pela lesão e planejamento do tratamento cirúrgico, foi realizada ressonância magnética de abdome (RNM) total. A RNM demonstrou na pelve, ventralmente aos vasos ilíacos, bexiga e músculo íleo-psoas, grande conglomerado de lesões nodulares de diversos tamanhos, medindo conjuntamente cerca de 11,5 x 8,5 x 5,4. As lesões atingiam a região inguinal esquerda e infrapúbica junto à vulva esquerda, abaulando também a musculatura abdominal anterior e o tecido celular subcutâneo (Figura 2). Optou-se pelo tratamento cirúrgico, sendo ressecada a lesão (Figura 1). Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório.



Figura 1. Imagem pré-operatória abaulamento visível região inguinal esquerda. E peça cirúrgica ressecada.

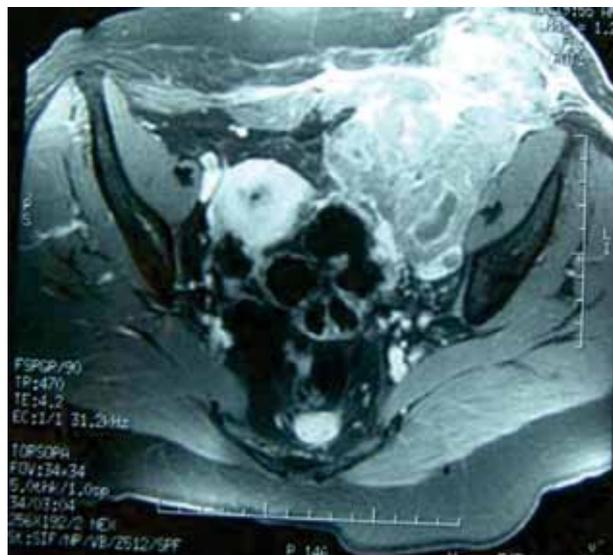


Figura 2. Ressonância magnética de abdome demonstrando lesão infiltrativa de partes moles na região inguinal esquerda.

DISCUSSÃO

Neoplasias como angiomiolipoma, tumor de células claras do pulmão, linfangioleiomiomatose, sarcoma de células epitelioides abdominopélvico, tumor mieolomelanocítico de células claras do ligamento falciforme são atualmente denominadas PEComa⁽¹⁾. Esta definição deve-se a critérios comuns a todas como imunorreatividade para marcadores de melanócitos, aparência de epitélio (epitelióide), citoplasma acidofílico e distribuição perivascular⁽²⁾. A literatura disponível sobre o tema ainda é limitada e baseia-se em relatos de casos devido claramente à raridade com que este tipo de neoplasia é encontrada. Na literatura de língua estrangeira (predominante inglesa) há pouco mais de 100 artigos disponíveis, sendo a grande maioria do tipo relato de caso. Neste em questão, relatamos um caso de PEComa com acometimento de paciente do sexo feminino e envolvendo partes moles, sendo que vários sítios anatômicos, tais como gastrointestinal, ginecológico, partes moles, osso, coração, mama, órbita e base-crânio foram descritos^(1,4).

As características anatomopatológicas são de um tumor normalmente circunscrito, sem cápsula presente, superfície pardacenta/cinza e com áreas focais de hemorragia e necrose. A histologia demonstra células fusó-epitelioides agrupadas em cordões de células perivasculares com citoplasma bem abundante e graus variados de atipia nuclear⁽²⁾. O exame imunohistoquímico é fundamental para o diagnóstico de PEComa pois há expressão (imunopositividade) de marcadores melanocíticos que confirmam tal neoplasia. Verificou-se neste relato positividade para os marcadores actina, melan-A, vimentina e HMB 45. Este último é encontrado em praticamente todos os casos de PEComa, tendo os outros marcadores graus variados de

positividade conforme o relato^(4,5). Combinações e graus de positividade dos marcadores imuno-histoquímicos fazem, normalmente, o diagnóstico diferencial entre as doenças descritas acima.

O curso de tal neoplasia normalmente é benigno, apesar de haver relatos crescentes de PEComas com comportamento maligno. O tratamento é estruturado na ressecção cirúrgica ampla da lesão⁽⁵⁾, inclusive sendo possível enucleação de metástases desde que se alcancem margens livres⁽⁶⁾. As metástases podem ser hepáticas, pulmonares, linfonodais, intestinais e ósseas. Na presença de doença metastática pode ser empregado enucleação das metástases, desde que o sítio primário também seja ressecado com margens livres de doença⁽⁴⁾. O tratamento adjuvante permanece ainda obscuro, tendo a radioterapia, imunoterapia e quimioterapia sido testadas para doença avançada e metastática⁽²⁾. Notadamente ainda faltam dados para instituição destas terapias em caráter amplo, estando a cura ligada à ressecção cirúrgica com margens livres⁽⁴⁾.

Por fim, ressalta-se a escassez de informa-

ções disponíveis, diante da raridade deste tipo de neoplasia, o que não permite, até o momento, a formulação de diretrizes estritas para a condução deste tipo de doença. São necessários mais dados moleculares e citogenéticos da neoplasia, bem como informações de seguimento dos pacientes acometidos, para, então, ter condições de recomendações com melhores níveis de evidências do que se têm atualmente. No presente momento a cirurgia deve ser o guia para o tratamento, mas é possível que novas terapias adjuvantes sejam em breve recomendadas quando houver dados suficientes na literatura para tal.

CONCLUSÃO

Descrevemos um caso de PEComa de partes moles que é uma neoplasia mesenquimal com poucos relatos na literatura e, consequentemente, carência de informações, sobretudo em relação ao seguimento destes pacientes. Dados de literatura ainda são aguardados para definição de recomendações com melhores níveis de evidências, sendo atualmente a cirurgia o guia para o tratamento de tais pacientes.

ABSTRACT

PEComa was established in 2002 by the World Health Organization as a distinct mesenchymal tumor histologically and immuno-histochemical staining of perivascular epithelioid cells. (1) The term is an acronym for perivascular epithelioid cells and the current concept of this disease actually encompasses a range of cancers. Neoplasms that were once set with several terms in medical records and had similar pathological features and immunohistochemical were placed in a single group and then appointed under the term PEComa. The aim of this study is to describe a case of PEComa of soft tissue diagnosed by immunohistochemical examination and treated with surgical resection.

KEYWORDS: *Case Studies; General Surgery; Soft tissue neoplasms; Lymphangiomyomatosis; Sarcoma, Clear Cell.*

REFERÊNCIAS

1. Folpe AL. Neoplasms with perivascular epithelioid cell differentiation (PEComas). In: Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F, eds. Pathology and Genetics of Tumors of Soft tissue and Bone. World Health Organization Classification of Tumors. Lyon, France: IARC Press; 2002:221–2.
2. Armah HB, Parwani AV. Perivascular epithelioid cell tumor. Arch Pathol Lab Med. 2009 Apr;133(4):648-54.
3. Zamboni G, Pea M, Martignoni G, Zancanaro C, Faccioli G, Gilioli E, et al. Clear cell “sugar” tumor of the pancreas. A novel member of the family of lesions characterized by the presence of perivascular epithelioid cells. Am J Surg Pathol. 1996 Jun;20(6):722-30
4. Armah HB, Parwani AV. Malignant perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) of the uterus with late renal and pulmonary metastases: a case report with review of the literature. Diagn Pathol. 2007 Dec;2:45.
5. Folpe AL, Mentzel T, Lehr HA, Fisher C, Balzer BL, Weiss SW. Perivascular epithelioid cell neoplasms of soft tissue and gynecologic origin: a clinicopathologic study of 26 cases and review of the literature. Am J Surg Pathol. 2005 Dec;29(12):1558-75.
6. Dimmler A, Seitz G, Hohenberger W, Kirchner T, Falter G. Late pulmonary metastasis in uterine PEComa. J Clin Pathol. 2003 Aug; 56(8):627-8.

Recebido em: 05/07/2011

Aprovado em: 20/09/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Lucas Félix Rossi

Rua 8 de Julho, n.º 95, Ap. 707 - CEP 90690-240

Porto Alegre (RS).

E-mail: felixrossi@brturbo.com.br



Envie seu Artigo

para a Revista do Médico Residente via:

internet

drjcs@uol.com.br

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

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

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

(Plácido Barbosa, dicionarista e médico).

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. Rev. Med. Res. 2011; 13 (4); 281-285.

Há anos atrás. Redundância criticável. Nesse emprego, o verbo haver já indica o passado, tempo decorrido. É, portanto, desnecessário acrescentar o advérbio atrás. É suficiente dizer: Há dez anos. Há vários anos. Eu o vi há anos. Eu me formei há dez anos. Paciente refere que, há dois anos, teve icterícia. || Diz-se também: Eu o vi dez anos atrás. Eu o examinei dias atrás. Visitamos o país cinco anos atrás. || Também, pelo mesmo motivo, é redundância dizer: Há vários anos antes. Há vários anos passados. Ele me consultou tempos atrás || Podem-se escolher; vários anos passados, vários anos antes. Exceções: as expressões acima serão de bom uso em casos de especificações do tempo ou da coisa a que se referem: Foi operado há vários anos, antes de apresentar a

moléstia atual. Consultou o médico há vários anos, passados seus receios de submeter-se ao tratamento cirúrgico. || Na frase: “Segue imagens de Rx simples e transito realizado a 3 dias atrás, em outro serviço”, colhida de um relato médico, podem ser observados diversos desarranjos, incluso “a 3 dias atrás” por há três dias ou três dias atrás. Em registro normal, seria: Seguem as radiografias simples de abdome e de trânsito intestinal contrastado, realizadas há três dias em outro serviço.

Habitat. O uso e o aportuguesamento desse termo têm sido polêmicos. A língua portuguesa é rica em recursos. Sempre que possível pode se evitar habitat e usar termos equivalentes que existem em português. Habitat é nome forjado

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 Linguística pela Universidade de Brasília.

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

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

na França em 1845 (Pinto, 1962). Não é latim. O sufixo *at* é francês, correspondente a *-atum* em latim, e sua pronúncia é *habitá* (Barbosa, 1917). É a terceira pessoa do obviativo presente do verbo latino *habitare* usada como substantivo (Gonçalves, s.d.). Pronuncia-se *ábitat*. Proponhe-se *hábita*, *hábitas* para evitar latinismo (Cegalla, 1996, p. 150; Sacconi, 1990, p. 107). Plural: *hábitats* (Cegalla, ob. cit.). *Hábitates* é incorreto: em português, não há acentuação em sílaba anterior à antepenúltima. A forma aportuguesada tem acento gráfico – *hábitat* (Ferreira, 2004), mas não tem registro no VOLP (Academia, 2004) e há problemas com o plural (v. acima). Se a forma latina for preferida, haverá de ser escrita entre aspas ou em tipo itálico para caracterizar forma estranha à língua. Pode ser substituído por nomes vernáculos em dependência do contexto: Retorno do conteúdo abdominal ao seu *hábitat* normal (interior), extensas áreas de *habitat* (habitação) favorável, escolher um *habitat* (ambiente) adequado à vida aquática, os pequenos crustáceos e seu *habitat* (meio natural, ambiente natural). A expressão *habitat natural* constitui pleonasma. *Habitat* já significa ambiente natural ou vivenda e é admissível usar apenas *habitat* (Cipro Neto, 2003, p. 186). A existência de *habitat* é útil ao patrimônio de recursos do idioma. Mas, como existem muitos questionamentos a respeito, penso que evitar seu uso sempre que houver bons termos substitutos, pode ser melhor atitude.

Haviam pacientes. No sentido de existir, haver é impessoal: não é usado no plural. Diz-se gramaticalmente: Havia vários pacientes. Se houvesse muitas dúvidas. Sabemos que haveria grandes contradições. Há três pacientes para operar.

Hebeatría – hebiatria. Especialidade em que se atende o adolescente. De fato, existem *hebeatría*

e *hebeatra* na linguagem médica, assim como *hebiatria* e *hebiatra*, como se vê nas páginas de busca da Internet. Os dicionários Houaiss, Stedman, Garnier, Aurélio e outros dão *hebe-* como prefixo. O Houaiss traz também *heb-* como em *hebotomia*. *Hebiatria* pode ser comparável a *pediatria*, que vem do grego *paidós*, criança e *iatreía*, medicina. Assim de *hebe*, juventude e *iatreía* forma-se *hebiatria* e, daí, *hebiatra*. Nesse caso, *hebiatra* e *hebiatria* são termos preferenciais, pois em *hebeatría* ocorre mutilação do *i* do afixo *iatr-*. Proclamam os especialistas dessa área (*hebiatras*) que “Na puberdade, é muito cedo para ir ao clínico geral e muito tarde para procurar um pediatra” e que a “*hebeatría* é uma área da pediatria que trata exclusivamente de adolescentes de 10 a 19 anos, observando-se os aspectos físico, emocional e social, além de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo”. Cabe notificar que não é ainda especialidade reconhecida legalmente pelos Conselhos de Medicina. Do grego *hebe*, juventude, adolescência, também *púbis*, criaram-se termos como *hebético*, *hebefrenia* (esquizofrenia que surge na puberdade), *hebefrenocatatonia*, *hebetomia* (também *hebotomia* ou *pubotomia*, seção do púbis para fins cirúrgicos ou para facilitar o trabalho de parto), *heboosteotomia*. São nomes bem formados, de acordo com a elaboração consagrada de termos científicos pelo uso de termos gregos e latinos. Também existe *Hebe* como nome próprio, originalmente deusa da mocidade entre os gregos, que desposou *Hércules* quando este se tornou um deus. *Hebe* é também um gênero de árvores e arbusto. Convém anotar que *hebetor* nome latino, significa embotamento, daí *hebetar*, torna-se obtuso, embotado; *hebetude*, torpor, entorpecimento.

Hemáceas. Grafia incorreta. Escreve-se *hemácias*.

Herniorrafia. Significa sutura de hérnia. Hérnia é a protrusão de elementos de uma cavidade através de um orifício. Assim, não suturamos hérnias, mas o orifício que as forma. Melhor: correção cirúrgica ou reparo de hérnia.

Hidropsia – hidrópsia. Recomendável: hidropsia (pronuncia-se hidropizíia), conforme consta nos dicionários de português. Hidropsia e hidrópsia, apesar de errôneos, são termos amplamente usados no meio médico e poderão vir a ser registrados em algum dicionário futuramente, o que será lamentável. Hidropsia (ou hidrópsia) indica visão da água (do grego hýdor, água, e ópsis, vista), mas a julgar pelo sentido de necropsia e biopsia, dá a entender exame da água, não acúmulo de líquido, que é sua acepção médica.

Hifenizações impróprias. O Vocabulário Ortográfico da Academia Brasileira de Letras é a expressão da ortografia oficial brasileira. Sua elaboração foi autorizada por lei federal e, por respeito aos notórios filólogos que o elaboraram e pela necessidade de haver um padrão ortográfico de valor em nossa língua, é de bom juízo adotá-lo. Suas normas são seguidas nos dicionários Aurélio, Houaiss, Larousse, Michaelis e outros em suas edições mais atualizadas. Desse modo, numerosos nomes encontrados com hífen na literatura médica, na verdade, constam sem este sinal nesse Vocabulário. Exemplos:

ácido-básico.....acidobásico
 anátomo-patológico.....anatomopatológico
 ano-retal..... anorretal
 ântero-posterior.....anteroposterior
 anti-inflamatório.....antiinflamatório
 crânio-encefálico.....cranioencefálico
 sócio-econômico.....socioeconômico

sub-agudo.....subagudo
 trans-operatório.....transoperatório
 tráqueo-brônquico.....traqueobrônquico
 vésico-retal.....vesicorretal

Hemostase, hemóstase, hemostasia. Hemostase é forma errônea de hemóstase (Pinto, 1962). A generalidade dos dicionários dão hemóstase e hemostasia como sinônimos. O VOLP (Academia, 2004) traz apenas hemóstase, não hemostase. Ramiz Galvão (1909) e Pedro Pinto (Pinto, ob. cit.) as notificam com significados diferentes. Hemóstase é a parada do sangramento; hemostasia designa processo ou meio para estancar sangramento. De acordo com esses conceitos, faz-se, por exemplo, hemostasia até ocorrer hemóstase. Vale mencionar que o sufixo -stase é átono de regra: algóstase, anástase, antiparástase, bacterióstase, diástase, epístase, halístase, hipóstase, metástase e muitos outros. O prefixo hemo- varia de acordo com o elemento seguinte: hemócito, hemólise, hemófago, hemófilo, hemômetro, hemólito, hemófobo, hemodia, hemocromo, hemoptise, hemocele. Por fim, hemostase ou hemóstase fazem parte da linguagem médica, não lhes cabe a referência de certo ou errado, mas por indicação ortográfica oficial e de acordo com formação normal do vocábulo, hemóstase é a pronúncia preferencial.

Hood. Recém-nascido no hood com FiO₂ a 100%. Anglicismo inecessário. Podem-se usar: capacete, capacete para oxigenoterapia, capuz, oxitenda, tenda de oxigênio ou equivalentes. Não é adequado dizer “capacete de Hood”, expressão redundante, pois, nesse caso, em inglês, hood significa algo que cobre, sobretudo a cabeça. Um exemplo muito conhecido: Little Riding Red Hood (Chapeuzinho Vermelho). Do inglês oxy-

gen hood. Há também oxygen helmet. É também antropônimo (Robin Hood), mas não se aplica a esse caso. Também, capota móvel de carro.

Horas. A maneira regular de escrever as horas, preconizada por autorizados linguistas, é, por exemplo, – 8 h 20, 6 h 45, 12 h, 15 h 30. Esse é o modelo adotado na linguagem culta, na escrita-padrão, conforme consta nos melhores jornais e revistas nacionais. O símbolo de minutos (min) pode ser omitido. Dizemos normalmente: São oito horas e trinta minutos. Na forma indevida 8:30h, o que precisamente se lê é 8 dividido por 30 horas (dois pontos é sinal matemático de divisão). É defeituoso dizer “oito e trinta horas” e usos similares, uma vez que as horas e os minutos, assim como os segundos, são unidades distintas. É, portanto, cientificamente irregular escrever, especialmente em relatos formais, 8:30, 10:40, 00:20 (estas são grafias inglesas). São também errôneas formas como hs e hrs. O símbolo de hora(s) é só h, sem ponto, sem plural, norma oficialmente usada para expressar símbolos, de acordo com o INMETRO.

Hormonioterapia. Recomendável: hormonioterapia, como é registrado nos dicionários (Rey, 1999; Academia, 1998). A forma regular dos prefixos é, usualmente, forma reduzida do substantivo ou adjetivo correspondentes. Assim, escrevem-se: oxigenioterapia, exsangüinotransfusão. Daí, hormono ser forma prefixal regular: hormonogênese, hormonologia, homossexual, hormonoterápico.

Humor. São comuns dições como “paciente com humor”, “ditos de humor”, “texto de humor” em que humor expressa especificamente estado de alegria, condição cômica, de ironia, daí humorista, humorismo. Mas, em relação ao

estado psíquico de um doente, é necessário ser exato. Pode-se dizer que o paciente está com bom ou mau humor, ou com humor normal. Em medicina, humor é um estado psíquico que indica disposição afetiva de uma pessoa em dado momento. Em termos médicos, humor é a tonalidade fundamental da vida afetiva conexo a funções tímicas em que a hipertimia expressa a expansividade eufórica dos maníacos e outros exemplos e hipotimia, ou abolição ou diminuição como na hipotimia ou na atimia esquizofrênica (Rey, 2004). Em semiologia psiquiátrica, diz-se humor tônico ou humor basal o estado básico da afetividade, ligado às funções cerebrais primitivas (Campbell, 1986). Em etimologia, humor procede do latim humor, líquido, serosidade do corpo, linfa. Na Antiguidade Clássica, pensava-se que havia quatro humores que determinavam as condições físicas e mentais do indivíduo: sangue, bile amarela, fleuma ou pituíta e bile negra (Houaiss, 2002). De fato, as secreções hormonais podem estabelecer estados de ânimo variáveis. Dizemos até que uma pessoa está bem ou má humorada (Haubrich, 1997). Por extensão, humor passou a significar estado de espírito ou de ânimo, de disposição. Assim, pode variar desde a exaltação eufórica à depressão atímica. Em linguagem médica clara, é preciso especificar. Diz-se então bom humor, mau humor, humor normal.

Iatrogenia. Iatropatogenia é expressão mais adequada. A primeira, literalmente, significa apenas produção de médico, a segunda, produção de doença pelo médico. Do grego iatros, médico, pathos, sofrimento, e gêneia, de génos, do radical do verbo grego gignesthai, nascer (Aurélio, 1999).

Imageologia – imagenologia – imagiologia – imagiológico – imageológico – ima-

ginológico – imagenológico – imageneológico. Neologismos ainda inexistentes nos dicionários, mas presentes em alguns artigos médicos. Imaginologia e imagenológico são termos mais bem formados, já que derivam de imagem e do étimo latino imagine, que deu imaginar, imaginação, imagicídio, imaginante. No VOLP (Academia, 1998), estão registrados vinte e dois nomes com o radical imagi- e quatro com o radical image-. Prefixos de origem latina, trazem de regra a vogal i de ligação: hortifrutigranjeiro, latifúndio, alvinegro. Contudo, métodos de imagem, procedimentos de imagem e exames por imagem são opções para quem prefere não usar neologismos. Algumas vezes, o termo imagenologia é desadequadamente empregado em lugar de métodos de imagem. De outro modo, palavras novas bem formadas e necessárias devem ser bem acolhidas. Já existe Congresso de Radioimaginologia. Nos termos citados, há hibridismo (imagine, latim, e logos, grego), impugnado por importantes gramáticos. Mas ensinam os lingüistas que a linguagem primitiva era monossilábica e o idioma português primitivo “era pobre e rude, servindo apenas para a expressão das necessidades da vida doméstica, pastoril, agrícola ou guerreira” (Coutinho, 1962); entretanto, “quanto mais operoso um povo, tanto maior o vocabulário; quanto mais fecundo um aglomerado [...], tanto mais premente a necessidade de enriquecimento de expressões e de palavras adequadas aos inventos, às táticas bélicas, às modalidades de comércio” (Almeida, 1996).

Imuno-histoquímico – imunoistoquímico. No VOLP (Academia, 2004), o antepositivo imuno liga-se sem hífen ao elemento seguinte, exceto, facultativamente, aos iniciados por H: imunodifusão, imuneletroforese, imunema-

tologia ou imuno-hematologia, imunoematologista ou imuno-hematologista, imunomodulador, imunoenzimático, imunomarcção, imunorreção, imunorregulação, imunossupressor. Logo, pode-se escrever imuno específico, imunoexpressão, imuno-humoral ou imunoumoral, imunorradiometria, imunorradiométrico, imunorregulador, imunossuprimido, imunoistoquímica ou imuno-histoquímica. A propensão do corpo de lexicógrafos da Academia Brasileira de Letras de simplificar a escrita tem sido preferencial. Por essa consideração, imunoistoquímica afigura-se como forma de preferência em relatos científicos formais.

Iniciais maiúsculas inadequadas. Nas redações médicas, é comum encontrar-se “paciente com Insuficiência Renal Aguda”, “O Hipotireoidismo Congênito é endocrinopatia comum”, “Houve benefícios com o uso de Metronidazol”, “Apresentou fratura da Apófise Espinhal” e semelhantes. Em alguns casos é nítida a influência das siglas, como este exemplo copiado de um periódico: “Os teste utilizados foram os seguintes: Tempo de Coagulação (TC), Tempo de Sangramento (TS), Retração de Coágulo (RC), Prova de Laço (PL) e Contagem de Plaqueta (CP)”; mas, no decorrer do texto, o autor não mais citou as siglas substitutivas. Bons gramáticos contestam o uso de inicial maiúscula apenas como forma de destacar palavras. Essa forma não consta das normas contidas na instrução 49 do Formulário Ortográfico (Academia, 1999). São recursos adequados para destaque: letras itálicas, negrito, versaletes (tudo em letra maiúscula), espaçamento maior entre as letras, uso de letras com outra cor, traço subscrito. O uso de iniciais maiúsculas é regido por normas oficiais (Academia, ob. cit.), em que não consta a utilização supracitada.

I Congresso Latino-Americano de Cuidados Paliativos

Entre os dias 14 e 17 de março de 2012 será realizado, em Curitiba, o VI Congresso Latino-Americano de Cuidados Paliativos. O evento da ALCP ocorre a cada dois anos e reúne profissionais que trabalham ou têm interesse no assunto, cuidadores e voluntários.

Em 2012, com o objetivo de reunir forças com outros países, o tema do congresso será a "Criação e Desenvolvimento de Associações

Nacionais de Cuidados Paliativos". Clínica médica, investigação, enfermagem, psicologia, pediatria, tecnologia e gestão de serviços relacionados aos cuidados paliativos são alguns dos assuntos que serão abordados.

O evento será uma ótima oportunidade para conhecer os avanços da medicina no campo dos cuidados paliativos, além de possibilitar que os profissionais de diferentes áreas compartilhem experiências.

PROGRAMAÇÃO PRELIMINAR

14 de Março – Abertura

19h30: "Ética e Cuidados Paliativos" - Roberto d'Ávila (Presidente do CFM)

15 de Março

9h: "Formação, desenvolvimento e suporte de Associações Nacionais de CP" - David Prail (Admin., Reino Unido)

9h: "Investigação em CP" - Sheila Payne (Ps., Reino Unido)

17h: "Como garantir a qualidade dos CP nos países pobres?" - Elizabeth Gwyther (MD, África do Sul)

17h: "Podemos combinar opioides? Evidência científica" - Sebastiano Mercadante (MD, Itália)

16 de Março

9h: "Como criar um programa de cuidados paliativos em tempos de crise?" - Emilio Herrera Molina (MD, Espanha)

9h30: "Garantir o acesso ao tratamento: Os Cuidados Paliativos na atenção primária" - Patricia Bonilla (MD, Venezuela)

17h: "Garantir a disponibilidade e acesso a opióides: estratégias para remover os obstáculos" - Rosa Buitrago (Farm., Panamá)

17 de Março

9h: "Garantir o acesso a medicamentos: Estratégias para a América Latina" - Liliana De Lima (MHA, EUA)

9h: "O que todo paliativista deve saber das crianças" - Rut Kiman (MD, Argentina)

17h: "A equipe interdisciplinar na CP: Como e quando?" - Eduardo Bruera (MD, EUA)

Serviço:

VI Congresso Latino-Americano de Cuidados Paliativos

Data: 14 a 17 de março de 2012

Local: Expo Unimed Curitiba (R. Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300, Campo Comprido, Curitiba/PR)

Informações e inscrições: <http://vicongresoalcp.org/bienvenidos>

Novos formulários de declarações de óbito e nascidos vivos

Desde 1.º de janeiro de 2012, o Paraná passou a utilizar os novos formulários de Declaração de Nascido Vivo (DN) e Declaração de Óbito (DO). Estes documentos, emitidos pelo Ministério da Saúde, são essenciais para a emissão das Certidões de Nascimento e de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil e servem de base para os sistemas nacionais de informação de mortalidade (SIM) e de nascidos vivos (SINASC). Assim, em 2012, todos os óbitos e nascidos vivos que ocorrerem no Estado deverão ser notificados nos novos formulários. É importante destacar que o preenchimento e a assinatura da DO é responsabilidade e obrigação do médico que atesta o óbito. Já o preenchimento da DN pode ser feito por profissional designado pela maternidade e, em casos de parto domiciliar, pelo funcionário do cartório.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Campo “óbito em mulheres”: permite identificar mulheres em idade fértil, morte no parto e morte no puerpério; Inclusão do campo de “município e UF do serviço de verificação de óbito ou IML” e do campo “atestante”; Excluídos os campos “diagnóstico confirmado por exame complementar” e “diagnóstico confirmado por cirurgia”.

NASCIDO VIVO

Inclusão do “nome do recém-nascido” – o nome que constará na certidão de nascimento será o que for declarado perante o oficial de registro, mesmo que seja diferente do que constar da DN; Inclusão do “nome do pai” - não é campo de preenchimento obrigatório e poderá ser alterado por ocasião do registro civil; Outros campos incluídos: “raça/cor da mãe” - autodeclarado pela mulher; em substituição à raça/cor do RN; “naturalidade da mãe”; “histórico de gestações anteriores” e “descrição de anomalia(s) congênita(s)”.

Alterações de campos: “idade da mãe”, “esco-

laridade da mãe”, “estado civil para situação conjugal”, “gestação atual”; “responsável pelo preenchimento do formulário”.

Orientações detalhadas do preenchimento dos novos formulários de DN e DO estão disponíveis no site do Ministério da Saúde:

http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Prench_DO_2011_jan.pdf

http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Prench_DN_2011_jan.pdf

ACESSO AOS FORMULÁRIOS

Em Curitiba, os profissionais e serviços de saúde podem ter acesso aos novos formulários na SMS (R. Fco. Torres, 830, 2º and.) sendo indicado que os profissionais/serviços levem os formulários antigos para fazer a troca pelos novos. A Declaração de Óbito é fornecida também nos feriados e finais de semana pelo Serviço Funerário Municipal, que atende 24 horas, anexo ao Cemitério Municipal.

A entrega das DOs para os serviços de saúde ou médicos é realizada através de solicitação por escrito em papel timbrado, assinado e com o carimbo contendo o número do CRM, dirigida à SMS ou SFM, informando a quantidade de blocos ou formulários a serem utilizados. Nos casos de óbito domiciliar pode-se fazer a entrega da DO para familiares via solicitação por escrito e em papel timbrado, assinada pelo médico que irá atestar o óbito, com carimbo e número do CRM, identificando nome e RG da pessoa que irá retirar o formulário. Nesses casos só será entregue um formulário, específico para o óbito referido, sendo necessário a apresentação do documento informado na solicitação. Para esclarecer dúvidas sobre os novos formulários entrar em contato com as secretarias municipais ou regionais de saúde.

Profissionais de outros municípios podem entrar em contato com as Regionais da SESA conforme telefones disponíveis no site www.sesa.pr.gov.br.

CRM-PR tem nova diretoria para os próximos 20 meses

Em reunião plenária realizada em 16 de janeiro, foi eleita a nova diretoria do CRM-PR para os próximos 20 meses. Os conselheiros aclamaram a chapa de consenso, encabeçada pelo cirurgião vascular Alexandre Gustavo Bley, ex-corregedor geral e que vinha ocupando a vice-presidência. O novo vice-presidente será Maurício Marcondes Ribas. A nova diretoria tem mandato de 1.º de fevereiro a 30 de setembro de 2013, coincidindo com o término da gestão dos atuais conselheiros.

O atual presidente, Carlos Roberto Goyta-

caz Rocha, responderá pela tesouraria, sucedendo a conselheira Roseni Teresinha Florencio. O segundo tesoureiro será Clóvis Marcelo Corso. Hércio Bertolozzi Soares foi reconduzido ao cargo de secretário-geral, ficando na primeira e segunda secretarias as conselheiras Ketí Stylianos Patsis e Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi. As indicações de corregedores e de departamentos e comissões do Conselho vão ocorrer em fevereiro.

O novo presidente graduou-se em Medicina pela UFPR em 1995 e é conselheiro desde 2003.

Médico: dê sugestões de temas para concurso de monografia

O CRM-PR conchama os profissionais a contribuir com sugestões para a escolha do tema para o concurso de monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica, que este ano terá a sua 23.ª edição. As proposições serão recebidas até 15 de fevereiro, com o tema sendo definido na última reunião plenária daquele mês. De acordo com a Resolução CRM-PR n.º 159/2008, que atualizou as normas do concurso lançado em 1988, os trabalhos poderão ser apresentados até o final de agosto, sendo que a premiação ocorre em outubro, em meio aos festejos do Dia do Médico. As sugestões podem ser encaminhadas por e-mail (imprensa@crmpr.org.br) ou pelo fax (41) 3240-4072. Confira abaixo os temas já abordados no certame.

1988 – “Esterilização”

1989 – “A ética e a greve no setor de saúde”

1992 – “O meio ambiente e a ética médica”

1993 – “A importância do relacionamento médico-paciente”

1994 – “A ética e os planos de saúde”

1995 – “Erro médico e condições de trabalho médico”

1996 – “A ética e as condições do trabalho médico”

1997 – “Manipulação genética e a ética médica”

1998 – “O futuro do médico, sua autonomia, seus direitos e limites”

1999 – “Aborto – direito da mulher?”

2000 – “As implicações éticas da manipulação genética em seres humanos”

2001 – “Doente crônico e/ou terminal: autonomia do paciente x autonomia do médico”

2002 - “O ensino da Medicina e a formação humanista”

2003 - “O médico na moderna sociedade do século XXI”

2004 - “Células-tronco e a ética”

2005 - “A ética na relação entre Medicina e os meios de comunicação”

2006 - “Morte: dilemas éticos do morrer”

2007 - “Medicamentos excepcionais – a ética da prescrição sob o enfoque da responsabilidade social”

2008 - “Mortalidade materno-infantil: causas e soluções”

2009 - “O papel do médico na sociedade ocidental do século XXI”

2010 - “O papel da ética no enfrentamento das grandes epidemias e catástrofes”.

2011 – “Judicialização da Medicina”.

MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

Formulário Popular de Medicina no Período Imperial - 1ª edição e 16ª edição Piotr Czerniewicz

Wittig EO. *Raridade Bibliográfica. Rev. Med. Res.* 2011; 13 (4) 289.

Chernoviz foi estudante de medicina na Universidade de Varsóvia, de onde saiu por condições políticas na participação do Levante de Varsóvia contra o domínio Russo em 1831.

Transferiu-se para Montpellier, na França, em 1837 e, posteriormente, ao Brasil, em 1840.

Seu diploma foi reconhecido pela Faculdade de Medicina com autorização da Academia Imperial de Medicina.

Publicou no Brasil em 1841 (foto) a primeira edição do Manual, "Formulário", precursor da farmácia clínica no nosso país. Era um livro de cunho mais popular, com credences e formulações, mas continha conceitos da medicina da época. Foi tão popular que, grande parte da população médica ou não, o tinham como de Livro de consulta, sendo conhecido como "o Chernoviz". O primeiro livro de medicina brasileiro, em português, foi o de Romão Reinhifo, de 1683. Poucos apareceram posteriormente.

Com o passar dos anos, o "Formulário" foi ganhando acréscimos e melhorias que podem ser observados em sua 16ª edição de 1897, com 1960 páginas, sendo editado na França, para onde Chernoviz retornou em 1855 e, onde faleceu em 1881.

Carlos Drumond de Andrade lhe dedicou uma poesia, "O Doutor Mágico".

PALAVRAS-CHAVE - História da Medicina, Museu de Medicina, manual médico, período imperial, medicina popular, farmacologia, Chernoviz, Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, Lysandro Santos Lima, Hélio Germiniani

KEY WORDS - History of Medicine, Medicine Museum, Physician Manual, imperial period, popular medicine, pharmacology, Chernoviz, Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, Lysandro Santos Lima, Hélio Germiniani.

DOADORES: "Formulário", 1ª edição foi o primeiro livro do Museu, foi doado pelo Prof. Dr. Lysandro Santos Lima, o grande clínico e, a 16ª edição, pelo Prof. Dr. Hélio Germiniani, Presidente da Academia Paranaense de Medicina, Cardiologista e grande eletroencefalografista.

DIMENSÕES:

1ª edição (1841): larg. 8,5 cm, compr. 13,5 cm, espessura 4 cm, pág. 451, Typographia Nacional.

16ª edição (1897): larg. 13 cm, compr. 20,5 cm, espessura 8,5 cm, pág. 960, Typographia Roger/Chernoviz, Paris/França – capa de couro.



PARA DOAÇÕES:

Secretaria da AMP

Fone: 41 3024-1415 / Fax: 41 3242-4593

E-mail: amp@amp.org.br

Rua Cândido Xavier nº 575 - Água

Verde - 80240-280 - Curitiba-PR

Visite o Museu no site: 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

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

CLÍNICA HEIDELBERG

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

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: Dr^a 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, Bigorrihlo
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^a Denise Akemi Mashima

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

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

CONSELHEIROS DO CRM-PR - GESTÃO 2008/2013

Alceu Fontana Pacheco Júnior
Alexandre Gustavo Bley
Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá)
Arnaldo Lobo Miró
Carlos Puppi Buseti Mori (Cascavel)
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Clóvis Marcelo Corso
Darley Rugeri Wollmann Júnior
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP)
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke
Gerson Zafalon Martins
Gustavo Justo Schulz
Hélcio Bertolozzi Soares
Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava)
Joachim Graf
José Carlos Amador (Maringá)
José Clemente Linhares
Keti Stylianos Patsis
Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina)
Luis Fernando Rodrigues (Londrina)
Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama)
Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa)
Luiz Sallim Emed
Lutero Marques de Oliveira
Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
Marília Cristina Milano Campos
Mário Teruo Sato
Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu)
Maurício Marcondes Ribas
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Monica De Biase Wright Kastrup
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi

Paulo Roberto Mussi (Pato Branco)
Raquela Rotta Burkiewicz (Falecida em 17/04/2010)
Roberto Issamu Yosida
Romeu Bertol
Roseni Teresinha Florencio
Sérgio Maciel Molteni
Vilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP)
Wilmar Mendonça Guimarães
Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS NATOS

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Consultor Jurídico: Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque
Assessores Jurídicos: Adv. Afonso Proença Branco Filho e Martim Afonso Palma

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO

Médicos fiscais de Curitiba: Dr. Elísio Lopes Rodrigues, Dr. Jun Hirabayashi e Dr. Graciane Peña Mogollon
Médico fiscal do Interior: Dr. Paulo César Aranda (Londrina)
defep@crmpr.org.br

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba - Paraná
- CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br - Telefone: (41) 3240-4000 -
Fax: (41) 3240-4001

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