

REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ
Diretoria - Fevereiro de 2012 a setembro de 2013.

Presidente

Alexandre Gustavo Bley

Vice-Presidente

Maurício Marcondes Ribas

Secretário-Geral

Hélcio Bertolozzi Soares

1.ª Secretária

Keti Stylianos Patsis

2.ª Secretária

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi

Tesoureiro

Carlos Roberto Goytacaz Rocha

2.º Tesoureiro

Clovis Marcelo Corso

Corregedor-Geral

Roberto Issamu Yosida

Corregedor-adjunto

Alceu Fontana Pacheco Junior

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) 2011 - 2012

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

Adriana Buechner de Freitas Brandão

Tesoureiro

Denise Akemi Mashima
(Hospital Regional Universitário do Norte do Paraná - Londrina)

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

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. 14, n.1 (jan./mar 2012). - Curitiba: CRM-PR, 2012-

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



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.

Sumário

Contents

Editorial - Editorial

7 **Residência Médica é treinamento em serviço**

Residency is in-service training

João Carlos Simões

9 **O perigo que ronda o ensino médico no Brasil**

The danger surrounding medical education in Brazil

Antonio Celso Nunes Nassif

Artigo Original - Original Article

11 **Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre prevalência, semelhanças e diferenças de gênero**

Fibromyalgia in man and woman: study on prevalence, gender differences and similarities

Adham do Amaral e Castro, Ligia Keiko Kitanishi, Thelma Larocca Skare

22 **Análise de grupo de pacientes HBsAg reagentes procedentes do Hemocentro de Cascavel (PR), no período de 2005 a 2009, acompanhados no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias**

Group Analysis of reactive HBsAg patients referred by the blood center of Cascavel - PR in the period between 2005 and 2009 followed at the Specialized Center for Parasitic Infectious Diseases

Gabriel Utzumi, Jarbas Joel Hendges

30 **Leiomyosarcoma de veia cava inferior: experiência clínica de três casos do Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba**

Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: clinical experience with three cases in Surgical Oncology Service of the Evangelical Hospital in Curitiba

Tiago José da Rocha, João Carlos Simões, Eric Hiromoto Taninaka, Paulo Roberto Soltoski

47 **Análise da relevância dos exames laboratoriais pré-operatórios solicitados em cirurgias eletivas em um hospital universitário**

Analysis of the Relevance of Pre-operative Laboratory Exams Ordered In Elective Surgeries In a University Hospital

Mariana Escani Guerra, Caroline de Souza Pereira, Diogo Parente Falcão, Marcos Fabiano Sigwald, James Skinovsky

54 **Enurese. Um estudo de 22 casos**

Enuresis. A study of 22 cases

Luis Alberto Batista Peres, Mohamad Sleiman, Pâmela Ogassawara Bioni, Vinicius Canezin Galletto

Artigo de Revisão - Review Article

59 **Cisto renal complexo em criança: revisão da literatura**

Complex renal cyst in a child: a literature review

Mateus Cosentino Bellote, Rafael Cavalheiro Cavalli, Eduardo Felipe Melchiorretto,

Bruno Vinicius Duarte Neves, Fernanda Bora Moleta, Renato Tambara Filho

Relato de Caso - Case Report

63 **Tuberculose miliar em paciente pediátrico: relato de caso**

Miliary tuberculosis in a pediatric patient: case report

Edgar Alarcon Novillo, Daniela Carvalho de Sá, Fernanda Piloto de Moura, Marta Rolla, Luiz Ronaldo Alberti

Expressões médicas - Medical expression

66 **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

79 **Produtos medicamentosos líquidos desaparecidos**

Disappeared products drugs liquid

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.icjme.org). O número de identificação deverá constar no final do artigo.

TIPOS DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIGINAIS

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

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

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

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

Conclusão: resposta da pergunta ou objetivo inicial.

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

PREPARAÇÃO DO TEXTO

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

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

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

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

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

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

GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

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

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

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

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

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

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

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

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

Residência Médica é treinamento em serviço

Residency is in-service training

João Carlos Simões¹

"A vida é curta demais para vivermos de acordo com o que pensam os outros".
(STEVE JOBS)

O sistema de especialização em Medicina, baseado na Residência Médica (RM), iniciou-se em 1889, em Baltimore, no Hospital da John's Hopkins University. O notável cirurgião William Halsted convocou quatro ex-internos como residentes em cirurgia e cujo treinamento determinava responsabilidade progressiva na execução de cirurgias e nos estudos de cuidados pré e pós operatórios, além de cuidar dos pacientes operados no período da noite, por isso residiam no Hospital.

A partir de 1890, um paradigma da Medicina Clínica, William Osler, também na John's Hopkins, passou a adotar o mesmo sistema para a especialização em Medicina Interna.

O sistema de RM se afirmou e se difundiu e já em 1927 a Associação Médica Americana, reconhecendo sua necessidade como treinamento de pós-graduação, publicou a primeira relação de hospitais cadastrados na execução dos programas de residência médica.

Seguindo o modelo norte-americano, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo implantou, em 1945, o primeiro programa de residência, na especialidade de Ortopedia. Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro iniciou RM em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e

Ginecologia-Obstetrícia.

Em 1967, foi criada a **Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR)**, reconhecida pela Associação Médica Brasileira, e o **Decreto 80.281, de 5 de setembro de 1977, regulamentou a RM e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)**.

O mister da Residência Médica seria permitir ao médico recém-formado aperfeiçoar-se nas diferentes especialidades e **teria como principal característica o treinamento em serviço**, sob a orientação de profissionais qualificados em instituições de saúde, universitárias ou não.

O residente, quando achar que **o seu programa de treinamento** não está funcionando adequadamente, ou não foi lhe entregue no primeiro dia de residência médica o seu programa de residência, conforme orientações da CNRM, deve encaminhar à COREME a sua queixa; ou melhor, pela **Associação dos Médicos Residentes** da sua Instituição. E, se não sentir-se satisfeito com os encaminhamentos definidos, deve levar à **Comissão Estadual da Residência Médica (CEREM)** as suas insatisfações.

Na Residência Médica, e também no Internato, o ensino/aprendizagem deveria ser preferencialmente centrado no paciente e ser

1. Editor Científico da Revista do Médico Residente

realizado com a integralidade das dimensões biopsicossocial, contribuindo para humanização da medicina contemporânea, formando médicos humanos preocupados em cuidar não somente da doença que o paciente tem, mas sim de todas as suas necessidades.

O objetivo fundamental de um programa de RM é de produzir médicos **habilitados e humanos baseados em treinamento em serviço**. Para se atingir este desiderato, o foco é direcionado ao aprendizado de destrezas, de habilidades clínicas e cirúrgicas e a um plano de responsabilização gradual do residente relativo ao paciente, para que, ao final, o residente alcance um desempenho ideal no papel de médico.

Para alcançar esse objetivo, na educação médica dos programas de residência médica eles devem ser: fundamentado em treinamento em serviço, Medicina Baseada em Evidências e constantemente avaliada pelos preceptores e coordenadores de cada programa.

Sendo assim, e, concluindo: os programas de residência médica de cada especialidade deveriam ser fortemente fundamentados no treinamento em serviço; orientada ao paciente, discutida com problemas reais, autodirigida, desestimular as sessões didáticas (aulas); centrar o foco de aprendizagem no paciente e no seu problema; ensinar a prática da Medicina com abordagem na problematização e na melhor evidência científica da Medicina.

O perigo que ronda o ensino médico no Brasil

The danger surrounding education in Brazil

Antonio Celso Nunes Nassif¹

"Uma coisa não é justa porque é lei, mas deve ser lei porque é justa".

(MONTESQUIEU)

Vamos voltar em vinte e quatro anos do passado, visto que está mais real neste presente. Em dezembro de 1988, um editorial do jornal *O Globo* trouxe este posicionamento sobre Escolas Médicas:

"O Brasil vive um aparente paradoxo, na área da saúde: uma população com carências gritantes e um percentual perdurário de médicos por habitante um profissional para cada grupo de 590 brasileiros, índice duas vezes superior ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Fala-se de incúria, ou mesmo de corrupção, na obtenção de uma carteira de habilitação de motorista amador. Cala-se, entretanto, sobre a ausência de habilitação no médico, que é mal muito maior para a sociedade: um motorista mal treinado terá, pelo menos, o risco de um guarda de trânsito a adverti-lo e eventualmente multá-lo. Não haverá um teor mais grave de incúria e corrupção nesse silêncio, evasivo ou tramado?..."

...Um favor feito a alguns, como se o dever do Estado em matéria de saúde fosse moeda de troca. Um favor feito a alguns, para que, em favor da coletividade sobre um presente de grego: a distribuição da

incompetência, da irresponsabilidade e do descaso pela vida humana. Por esses favores, é que nos estão saindo médicos fabricados no afogadilho de fins de semana; médicos sem a residência médica em faculdades sem hospitais; médicos – o que é sumamente grave – a quem se confere um diploma pela simples contribuição dada à receita das respectivas 'faculdades' que, a despeito dos notórios altos custos da formação em Medicina, apresentam-se como superavitárias. O que falta, portanto, é a determinação política para o cumprimento de uma exigência apenas elementar, em matéria de governo: o respeito pelo papel social do médico, a reclamar o máximo de escrúpulo na qualificação; e uma dose mínima de pudor, em face desse desajuste entre faculdades de Medicina em excesso e carências de saúde em constante aumento e deterioração. Um desajuste criminoso, que atende ao inútil e fútil de faculdades abertas por prestígio político, enquanto relega o essencial e, sem força de expressão, vital".

Coincidentemente, naquele mesmo mês de dezembro, o jurista Saulo Ramos, então Consultor-Geral da República, em seu pare-

1. Ex-presidente da AMP e AMB, professor de Otorrinolaringologia da UFPR.

cer n.º SR-78, marcava posição sobre o mesmo assunto, dizendo:

"A educação, direito de todos e dever do Estado, não pode ser transformada, sobretudo nos cursos superiores, em simulacro diplomado. A sociedade deseja médico que saiba Medicina, que se tenha preparado cientificamente para cuidar da saúde do povo e que não seja, pela precariedade do ensino improvisado na industrialização de diplomas, uma ameaça à vida do paciente; assim como o advogado malformado é a ameaça ao patrimônio e à liberdade individual; e o engenheiro, sem curso sério, é candidato a construir obras que desabarão. Não se pode permitir, isto sim, o desabamento da estrutura do ensino brasileiro, com a instalação de cursos de Medicina sem mínimos recursos, sem hospital na região, sem corpo docente, sem bisturi. O dever do Estado é ministrar a educação e, no curso superior, assegurar o conhecimento científico que irá, efetivamente, beneficiar a comunidade. O simples diploma não cumpre

esta finalidade, antes, seria um estelionato contra a sociedade e uma grave lesão à teologia constitucional."

Isso alertou as autoridades constituídas? Infelizmente, não. Fizeram ouvidos de mercador. Assim, de 1989 até 2011, foram criados mais 104 novos cursos de Medicina. Mais que o dobro. Hoje são 185. E o perigo ainda ronda o ensino médico no Brasil. Alguns estados e municípios desandaram na corrida para criarem cursos de Medicina. O MEC não pode interferir. Pareceres do CNE e do CNS se contrapõem às posições oficiais da SESu e da Comissão de Ensino Médico do MEC, tumultuando os processos de autorizações de novos cursos de Medicina. É preciso agir sem demora na busca de uma alteração no texto da lei que dá essa autonomia estadual, bem como o estabelecimento de atribuições fixas e não conflitantes entre o MEC, CNE e CNS, sob pena da Medicina, em poucos anos, transformar-se numa profissão banal e desconsiderada.

Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre prevalência, semelhanças e diferenças de gênero

Fibromyalgia in man and woman: study on prevalence, gender differences and similarities

Adham do Amaral e Castro¹

Lígia Keiko Kitanishi¹

Thelma Larocca Skare²

RESUMO

OBJETIVO: A prevalência da fibromialgia (FM) na população geral é estimada entre 0,66 e 4,4%, sendo cerca de oito vezes maior em mulheres. Diferenças clínicas na FM entre os gêneros são descritas na literatura, contexto no qual se insere a presente pesquisa. O objetivo deste trabalho foi comparar a prevalência de manifestações clínicas (número de tender points, distúrbios do sono, fenômeno de Raynaud, parestesias, distúrbios de memória, sensação de rigidez e palpitações), hipotireoidismo, qualidade de vida e sintomas depressivos entre os dois sexos.

MÉTODOS: Foram estudados 94 pacientes que preencheram os critérios de FM do Colégio Americano de Reumatologia (1990). As manifestações clínicas foram avaliadas através de questionário sobre os sintomas e exame clínico para detecção dos tender points. O hipotireoidismo foi avaliado dosando-se o hormônio estimulante da tireoide (TSH), sendo considerado alterado valores maiores que 4,5 μ UI/ml. A qualidade de vida foi avaliada pelo Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF) e os sintomas depressivos pela escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).

RESULTADOS: Dos 94 pacientes, 7,5% eram homens e 92,5% mulheres. Houve diferença significativa entre os gêneros quanto à presença de cefaleia tipo enxaqueca ($p=0.02$), distúrbios vasomotores ($p=0.038$) e distúrbios de memória ($p=0.019$), os quais foram mais prevalentes nas mulheres. Não foi encontrada diferença significativa quanto aos outros parâmetros clínicos, nem quanto à pontuação do QIF e CES-D.

CONCLUSÃO: Os resultados obtidos neste estudo corroboraram a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres com FM, concordando com estudos semelhantes na literatura.

DESCRITORES: *Fibromialgia; Cefaleia Histamínica; Qualidade de Vida; Depressão; Gênero.*

Castro AA, Kitanishi LK, Skare TL. Fibromialgia no homem e na mulher: estudo sobre prevalência, semelhanças e diferenças de gênero. Re. Med. Res. 2012; 14 (1) 11-21.

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

1. Estudantes do 10.º período do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

2. Professora titular da disciplina de Reumatologia da Faculdade Evangélica do Paraná.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa crônica. O Colégio Americano de Reumatologia propôs, em 1990, critérios para sua classificação. Nesses critérios tem-se história de dor generalizada e dor em 11 de 18 sítios de tender points à palpação digital. A dor é considerada generalizada se presente tanto no lado esquerdo quanto no direito do corpo; presente acima e abaixo da cintura; em adição, presença de dor no esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior, ou região lombar)⁽¹⁾. Os critérios foram validados para o contexto brasileiro em 1998⁽²⁾.

A prevalência de FM na população geral é apontada com valores entre 0,66 e 4,4%, sendo maior em mulheres do que em homens, especialmente na faixa etária entre 35 e 60 anos⁽³⁾. Estudos em crianças, adolescentes e grupos especiais são escassos e pouco conclusivos⁽³⁾.

Os mecanismos fisiopatológicos mais aceitos atualmente para explicação da doença envolvem um desequilíbrio entre percepções dolorosas e os mecanismos de modulação de vias aferentes. Contudo, explicações multicausais, incluindo mecanismos psicossociais, são as mais aceitas na literatura⁽⁴⁾.

Geralmente, acompanhando o quadro de dor musculoesquelética difusa e os tender points, existem sintomas não relacionados ao aparelho locomotor. Todavia, eles pertencem a um mesmo espectro de disfunção: sensação de rigidez, distúrbio do sono, fadiga, parestesias, dificuldade de memória, palpitação, tontura, sensação de inchaço, dor torácica, zumbido, enjoos, fenômeno de Raynaud⁽⁵⁾. A sintomatologia pode se alterar de acordo com fatores moduladores, como grau de atividade física, alterações climáticas, estresse emocional, dentre outros. O impacto na qualidade de vida dos pacientes é determinado principalmente pela

incapacidade funcional resultante de dor e fadiga⁽⁶⁾.

A síndrome fibromiálgica pode se apresentar isoladamente ou associada a outras condições clínicas, como hipotireoidismo, lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide dentre outras⁽⁷⁾. Os pacientes com hipotireoidismo podem apresentar sinais e sintomas inespecíficos, como cansaço, fraqueza, deficiência de memória, parestesias e dores vagas. Tais manifestações se assemelham muito às manifestações do paciente fibromiálgico, com exceção dos tender points. Sendo assim, torna-se importante o diagnóstico diferencial das duas síndromes. Exames complementares, como a dosagem de TSH, podem ser medidas úteis nestes pacientes⁽⁸⁾.

A FM altera de maneira importante a qualidade de vida do paciente. O uso de questionários de qualidade de vida permite uma avaliação mais objetiva das combinações dos fatores subjetivos que envolvem a mesma. Há questionários inespecíficos em relação a doenças, enfocando, então, a qualidade de vida do paciente como um todo. Um exemplo é o Medical Outcome Study 36-item Short-form Healthy Survey (SF-36)⁽⁹⁾.

Em 1991, Burckhardt et al.⁽¹⁰⁾ propuseram e testaram um instrumento para avaliação da qualidade de vida específico para FM, o Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), o qual foi validado em 2006 para a versão brasileira, sendo denominado de Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF)⁽¹¹⁾.

A depressão é um outro sintoma importante, sendo apontada como um dos sintomas mais frequentes em pacientes fibromiálgicos⁽⁹⁾. Para rastreá-la existe a escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), que é um instrumento autoaplicável de 20 itens desenvolvi-

do por Radloff, em 1977, com a finalidade de detectar sintomas depressivos em populações adultas. Grande parte da contribuição para o desenvolvimento desse instrumento provém de outras escalas de sintomas depressivos, incluindo o Inventário de Depressão desenvolvido por Beck. Estudos indicam considerável convergência do CES-D com outras escalas de depressão⁽¹²⁾.

Diferenças clínicas nos sintomas da FM entre homens e mulheres têm sido previamente descritas, mostrando-se significativas entre os grupos estudados^(13,14,15).

O reconhecimento das diferenças específicas entre homens e mulheres fibromiálgicos pode estimular a incorporação de tratamentos cujos focos podem ser baseados nas disparidades entre os gêneros.

Na presente pesquisa avaliou-se de maneira comparativa a qualidade de vida de homens e mulheres com FM através do QIF; a prevalência de tender points e de sintomas associados, grau de depressão (avaliado pela CES-D) e presença de hipotireoidismo.

MÉTODOS

Foram avaliados pacientes do ambulatório de FM do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, após compreensão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram abordados logo após a consulta marcada no serviço.

Como critério de inclusão os pacientes deveriam preencher obrigatoriamente os critérios de classificação para FM do Colégio Americano de Reumatologia (1990), ao momento do diagnóstico. Os pacientes foram submetidos a três questionários. O primeiro foi referente ao diagnóstico da FM, dados demográficos e sin-

tomas associados à fibromialgia, como cefaleia tensional, enxaqueca, fenômeno de Raynaud, parestesia, sensação de rigidez, palpitações, qualidade do sono e distúrbios de memória. Estes dois últimos parâmetros foram abordados através de uma escala visual analógica (EVA), a qual correspondeu a uma linha horizontal de 10cm, na qual cada cm correspondia a um ponto, sendo a pontuação "0" representando a ausência do sintoma, e a pontuação "10" a intensidade máxima do sintoma.

Para considerar presença ou não de disfunção tireoidiana associada à fibromialgia, a função tireoidiana foi avaliada pela dosagem sérica do hormônio estimulante da tireoide (TSH), sendo adotado como valores normais os níveis séricos entre 0,4 a 4,5 μ UI/ml. Pacientes com níveis séricos de TSH acima de 4,5 μ UI/ml foram considerados como tendo hipotireoidismo, e pacientes com níveis séricos de TSH abaixo de 0,4 μ UI/ml, hipertireoidismo.

O segundo questionário foi o QIF. O questionário, que é específico para avaliação da qualidade de vida de pacientes com FM, envolve questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e disfunção física. Ele é composto por 19 questões, organizado em 10 itens. Os primeiros 10 itens referem-se a uma escala física funcional. Os itens 11 e 12 correspondem ao número de dias em que o paciente se sentiu bem e o número de dias em que não foi capaz de trabalhar por causa da FM nos últimos sete dias. Os itens 13 a 19 são uma escala visual analógica de 10cm, na qual são apontadas dificuldades laborais, dor, fadiga, cansaço ao despertar, rigidez, ansiedade e depressão^(10,11).

O QIF é pontuado de forma que, quanto maior o valor obtido, maior o impacto da FM na vida do indivíduo. Os itens de 1 ao 10 são

pontuados e somados para produzir um escore quanto à disfunção física; a resposta “sempre” indica pontuação “0”, quase sempre “1”, raramente “2” e nunca “3”. O item 11 é recodificado, de forma que evidencie o prejuízo causado pelos sintomas (por exemplo: 0=7; 7=0). Os valores obtidos vão de 0 a 7. O item 12 é pontuado conforme a exata resposta dada pelo paciente, podendo variar de 0 a 7. Os itens 13 a 19 são pontuados conforme incrementos de 1cm, sendo os valores obtidos de 0 a 10. Os escores absolutos possíveis de serem obtidos com este questionário podem variar de 0 a 114 pontos. Quanto maior o escore, maior é o impacto da FM na qualidade de vida^(10,11).

O terceiro questionário correspondeu ao CES-D. As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: “raramente ou nunca” corresponde à pontuação zero; “durante pouco ou algum tempo” corresponde à pontuação 1; “ocasionalmente ou durante um tempo moderado” corresponde à pontuação 2; e “durante a maior parte do tempo ou todo o tempo” corresponde à pontuação 3. A pontuação absoluta pode, portanto, variar entre zero e sessenta (pontuação de zero a três em cada um dos vinte itens). Diferentes pontos de corte têm sido adotados para classificação de sintomas depressivos. O ponto de corte de 16 tem sido utilizado para identificar pacientes com sintomas depressivos menores e o ponto de corte de 27 para identificar depressão maior^(12,16).

Os dados obtidos foram tabulados em planilha de Excel e submetidos a estudos estatísticos utilizando-se testes de qui-quadrado ou Fisher para as variáveis nominais e de Mann Whitney para as variáveis numéricas, adotando-se significância de 5%.

RESULTADOS

A) ANÁLISE GERAL DA

POPULAÇÃO ESTUDADA:

Foram estudados 94 pacientes com FM, sendo sete homens (7,5%) e 87 mulheres (92,5%), obtendo-se, portanto, uma relação de 1 homem para 12,4 mulheres. Os pacientes tinham idade entre 23 e 70 anos (média de $49,93 \pm 8,77$ anos) e tempo de diagnóstico de 1 a 16 anos (média de $5,68 \pm 3,42$ anos). Todos os pacientes estudados encontravam-se em tratamento.

O número de tender points ao momento da aplicação do questionário variou de 1 a 18 (média de $13,43 \pm 4,5$). Sessenta e cinco pacientes (69,14%) apresentaram enxaqueca e oito pacientes (8,51%) apresentaram cefaleia tensional. Setenta e quatro pacientes (78,72%) relataram distúrbios do sono, sendo a EVA de sono nestes pacientes com média de $5,8 \pm 2,51$. Trinta e cinco pacientes (37,23%) relataram fenômeno de Raynaud e 81 pacientes (86,17%) relataram sintomas de rigidez. Distúrbios de memória foram relatados por 67 pacientes (71,27%), sendo a nota média para o mesmo de $6,56 \pm 2,17$. Parestesias foram descritas por 83 pacientes (88,29%) e palpitações, por 76 pacientes (80,85%). A representação destes achados encontra-se no gráfico 1.

A pontuação do FIQ variou de 14,6 a 101,7 (média de $68,59 \pm 21,47$), e a do CES-D de 9 a 51 (média de $27,49 \pm 10,64$).

Conforme o resultado do CES-D, 27 pacientes (28,7%) foram classificados no grupo de depressão menor, sendo dois homens (7,4%) e 25 mulheres (92,6%); 51 pacientes (54,3%) foram classificados no grupo de depressão maior, sendo três homens (5,9%) e 48 mulheres (94,1%); 16 pacientes (17%) foram classificados no grupo sem distúrbios de humor, sendo dois homens (12,5%) e 14 mulheres (87,5%).

Gráfico 1. Porcentagens de sintomas e de casos de hipotireoidismo associados à fibromialgia. Estudo em 94 pacientes.

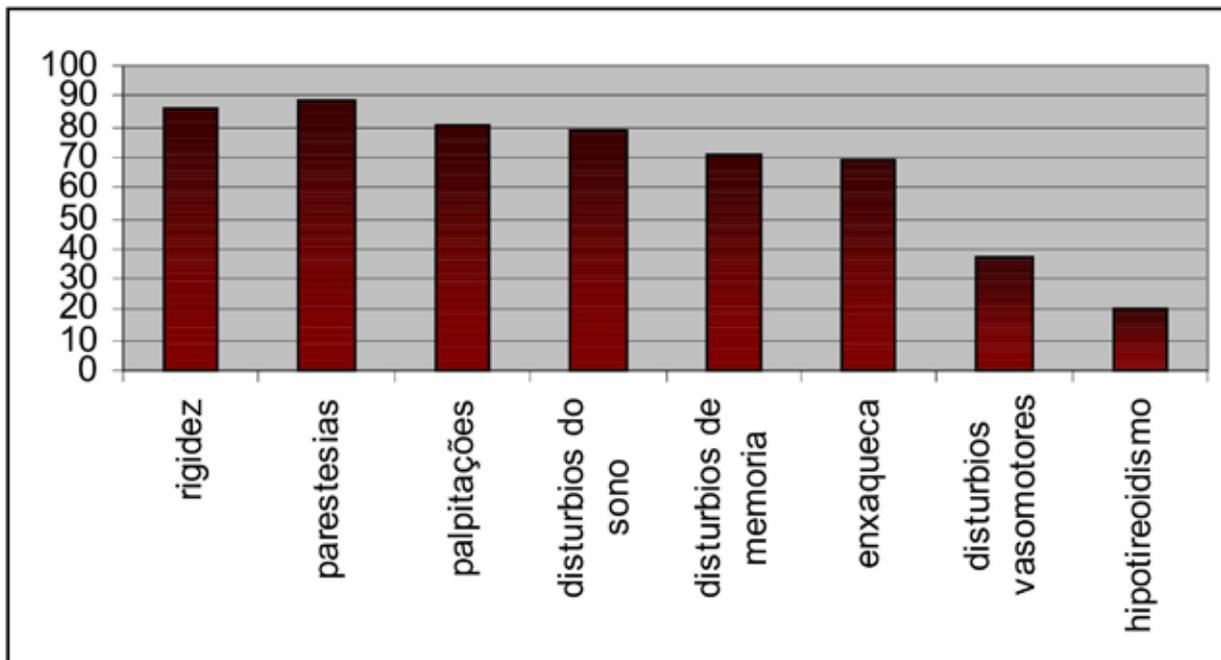
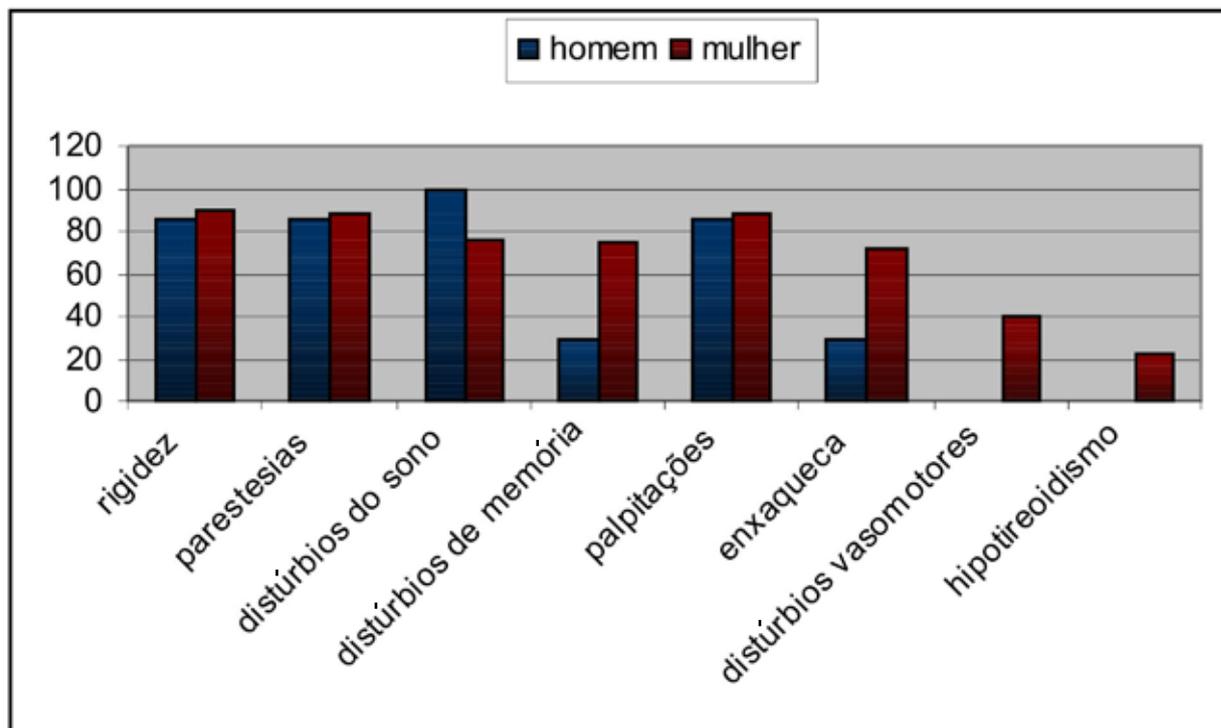


Gráfico 2. Estudo comparativo entre fenômenos associados à fibromialgia entre homens e mulheres.



B) ANÁLISE COMPARATIVA DA POPULAÇÃO SEGUNDO O GÊNERO.

Comparando-se os dados demográficos

e a prevalência de sintomas associados à fibromialgia na população masculina e feminina, obtiveram-se os dados da tabela 1 e do gráfico 2.

Tabela 1. Estudo comparativo de dados demográficos e sintomas associados entre homens e mulheres com fibromialgia. Estudo em 94 pacientes.

Variável	Homem n=7	Mulher	p
Idade mínima	33	23	-
Idade máxima	70	62	-
Idade média	46,43±9,467	50,21± 8,713	0,192
N.de tender <i>points</i> (mínimo)	1	1	-
N. de tender <i>points</i> (máximo)	18	18	-
N. médio de <i>tender points</i>	10,14 ± 6,040	13,69 ± 4,370	0,0947
Cefaleia	3 (42,85%)	70 (83,3%)	0,0216 (*)
Cefaleia tipo enxaqueca	2 (28,57%)	63 (72,4%)	0,0184 (*)
Cefaléia tensional	1 (14,28%)	7 (8,04%)	0,4751
EVA de sono mínima	2	0	-
EVA de sono máxima	10	10	-
Eva média de sono	5,714 ± 2,752	4,546 ± 3,278	0,3680
Presença de distúrbio do sono	7 (100%)	66 (75,86%)	0,3426
Distúrbios vasomotores	0	35 (40,2%)	0,0380 (*)
Rigidez após desuso	6 (85,7%)	75 (89,28%)	0,3349
Distúrbios de memória	2 (28,57%)	65 (74,7%)	0,0195 (*)
Parestesias de membros	6 (85,7%)	77 (88,5%)	1,00
Palpitações	6 (85,7%)	70 (80,45%)	1,00
Hipotireoidismo	0	19 (21,8%)	0,3379

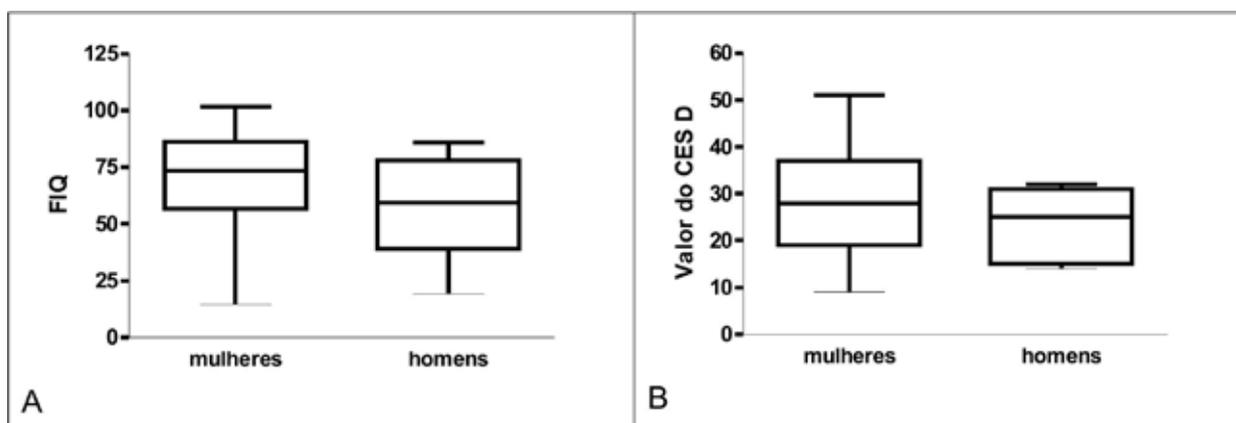
(*)- dado estatisticamente significante
n= número

As pontuações do FIQ e a do CES-D obtidas nos homens quando comparado com os das mulheres encontram-se nos gráficos 3 e na tabela 2.

Tabela 2. Comparação entre QIF (Questionário de Impacto da Fibromialgia) e CES D (Escala de Rastreamento Populacional Para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos) em homens e mulheres com fibromialgia.

Variável	Homem n=7	Mulher n=87	p
QIF máximo	86	101	
QIF mínimo	19,3	14,67	
QIF médio	57.29±24.54	69.51±21.10	0,2001
CES D máximo	32	51	
CES D mínimo	14	9	
CES D médio	23,29 ± 7,566	27,83 ± 10,81	0,3455

Gráfico 3-A. Comparação dos achados do QIF (Questionário de impacto de Fibromialgia) e 3-B do CES D (Escala de Rastreamento Populacional para depressão do centro de estudos epidemiológicos) entre homens e mulheres. Estudo em 94 pacientes.



DISCUSSÃO

No presente estudo, participaram 87 mulheres e sete homens, sendo, portanto um número de mulheres 12 vezes maior do que o de homens. A prevalência da FM é apontada com valores entre 0,66% e 4,4% por Cavalcante et al.⁽³⁾, sendo as mulheres afetadas cerca de oito vezes mais do que os homens. Segundo o projeto “Diretrizes”, a proporção de mulheres para homens é de aproximadamente 6 a 10:1⁽¹⁷⁾.

Na casuística deste estudo, foi encontrada uma prevalência de 20,2% de hipotireoidismo, sendo somente acometidas mulheres. Rezende et al.⁽⁸⁾ em seu estudo encontraram uma prevalência de 10,2% de hipotireoidismo, na qual não foi discriminado homens e mulheres. Os autores destacaram o relevante papel da dosagem sérica do TSH na avaliação inicial do paciente fibromiálgico, para diferenciar ou verificar a associação destas 2 doenças. Freire et al.⁽¹⁸⁾ encontraram uma prevalência de hipotireoidismo em 21,1 % de pacientes fibromiálgicos e uma prevalência de 64,3% de FM em pacientes com diagnóstico prévio de hipotireoidismo, demonstrando a importância do reconhecimento desta associação.

A depressão em nosso estudo, avaliada

pelo CES-D, teve uma prevalência de 83%, sendo subdividida em depressão menor (34,6%) e depressão maior (65,4%). No estudo de Berber et al.⁽¹⁹⁾, no qual foi utilizado como instrumento para rastreio da depressão o General Health Questionnaire 28, foi encontrada uma prevalência de depressão entre pacientes fibromiálgicos com a seguinte distribuição: 32,9% depressão leve; 21,4% depressão moderada e 12,9% depressão severa. A intensidade de depressão no estudo de Martinez et al.⁽⁷⁾, avaliada através de uma escala analógica de 0 a 10, foi de $6,7 \pm 3,4$ pontos em pacientes do sistema público de saúde e de $7,6 \pm 2,3$ pontos em pacientes do sistema privado. No estudo de Santos et al.⁽⁹⁾, no qual foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck, o valor médio encontrado entre os pacientes foi de $17,75 \pm 11,23$, sendo considerado o valor acima de 16 como indicativo de possível depressão.

Dentre as características clínicas encontradas na nossa amostra, 69,14% apresentaram enxaqueca, 8,51% apresentaram cefaleia tensional, 78,72% relataram distúrbios do sono, 37,23% relataram fenômeno de Raynaud e 86,17% relataram sintomas de rigidez. Distúrbios de memória foram relatados por 71,27%.

Parestesias foram descritas por 88,29% e palpitações, por 80,85%. No estudo de Helfenstein et al.⁽⁵⁾ foi encontrada prevalência de 77% de cefaleia tensional, 96% de distúrbios do sono, 43% de fenômeno de Raynaud, 99% de rigidez, 78% de distúrbios de memória, 85% de parestesia e 74% de palpitações. Em nossa amostra a prevalência de cefaleia tensional foi bem menor. Todavia grande parte da população apresentava enxaqueca. Stuginsk-Barbosa et al.⁽²¹⁾, fizeram uma revisão de literatura sobre cefaleia primária e fibromialgia, na qual eles levantaram uma prevalência entre 35% e 88,4% de cefaleia primária entre os estudos revisados. A cefaleia do tipo enxaqueca foi a mais frequente, com valores variando entre 45% e 79,8%. A cefaleia tensional transitória teve valores entre 8,6% e 18%. Já a prevalência de FM entre os portadores de cefaleia primária revisados, variou de 17,4% a 40%. Nossos achados se encontram muito mais concordes com os destes últimos autores. Ademais, observamos que as mulheres são mais afetadas pela cefaleia do que os homens. Sala et al.⁽²²⁾ compararam um grupo de 30 pacientes com cefaleia crônica com um grupo de 30 pacientes com cefaleia crônica e fibromialgia. Das 30 pessoas do primeiro grupo, 14 pessoas eram portadores de enxaqueca e 16 pessoas eram portadoras de cefaleia tensional; no segundo grupo estes números foram de 6 e 24, respectivamente. Os pacientes com cefaleia crônica e fibromialgia do estudo de Sala et al.⁽²²⁾ apresentaram níveis de depressão significativamente maiores do que os pacientes com cefaleia crônica sem fibromialgia.

Martinez et al.⁽⁶⁾ em seu estudo qualitativo sobre a fibromialgia encontrou como os principais sintomas na FM, dor generalizada, fadiga, distúrbios do sono, dificuldade de memória e dificuldade de concentração. Costa et al.⁽²⁰⁾

avaliaram 120 pacientes, todas do sexo feminino, e encontraram a seguinte prevalência de sintomas: fadiga em 94,2%, distúrbios do sono em 88,3% e depressão referida em 39,2%. Roldán-Tapia et al.⁽²³⁾ realizaram um estudo sobre prejuízos de memória e deficiência perceptiva comparando 3 grupos de pacientes: 15 pacientes com fibromiagia, 15 pacientes com artrite reumatoide e 15 controles, totalizando 45 pacientes, sendo todas do sexo feminino. Eles utilizaram um protocolo de exploração de memória visual e espacial, velocidade de processamento, memória de trabalho, percepção visual, atenção e orientação. Os autores ressaltaram que estas afecções são frequentemente acompanhadas de prejuízo de memória em suas diversas subdivisões. Os pacientes com fibromialgia de seu estudo foram os que obtiveram as piores pontuações nas tarefas de memória espacial e orientação. Em nosso estudo, os distúrbios de memória foram autorreferidos, não havendo estabelecimento de um padrão específico da memória afetada.

A qualidade de vida dos pacientes do nosso estudo foi abordada pelo QIF. Sua pontuação variou de 14,6 a 101,7 (média de 68,59±21,47). Helfenstein et al.⁽⁵⁾ utilizando-se deste mesmo instrumento, encontrou em seu estudo a variação dos valores entre 36,8 e 95,3, sendo o valor médio de 76,8±9,4, muito próximo do encontrado no presente estudo. Berber et al.⁽¹⁹⁾ estudaram a qualidade de vida de pacientes fibromiálgicos através do SF-36, o qual mostrou importante queda. Os autores demonstraram significância estatística entre a queda da qualidade de vida com a prevalência de depressão destes pacientes. Santos et al.⁽⁹⁾ estudaram a qualidade de vida de pacientes fibromiálgicos comparado com um grupo controle, através do QIF e do SF-36, e demonstrou que o QIF é o

instrumento que melhor discrimina paciente fibromiálgicos de indivíduos saudáveis, sendo o QIF o instrumento mais específico para avaliar a qualidade de vida.

Hooten et al.⁽¹⁶⁾ em seu estudo sobre diferenças de gênero entre pacientes com fibromialgia em um centro de reabilitação multidisciplinar, comparou homens e mulheres utilizando, dentre outros instrumentos, o SF-36 e o CES-D. Através do SF-36, eles demonstraram que homens, antes de serem submetidos ao tratamento multidisciplinar da dor, têm uma maior limitação na percepção de sua saúde e maiores limitações físicas no desempenho de seus papéis, quando comparado às mulheres. Estes resultados se repetiram após o tratamento, sendo ainda encontrada uma maior limitação de sua função social quando comparado com as mulheres. O CES-D neste mesmo trabalho demonstrou níveis de depressão entre homens e mulheres, tanto antes quanto depois do tratamento, sem diferença significativa entre os sexos. Para homens, os valores médios antes e depois do tratamento encontrados foram, respectivamente, $25,7 \pm 10,1$ e $14,9 \pm 13$. Já para as mulheres, estes valores foram de $26,4 \pm 11,4$ e $16,2 \pm 8,6$ ⁽¹⁶⁾. No presente estudo, encontramos os valores do CES-D médio para homens correspondente a $23,29 \pm 7,566$; e, para mulheres, a pontuação média de $27,83 \pm 10,81$, sem diferença significativa entre os gêneros, corroborando os achados destes últimos autores.

Ruiz Pérez et al.⁽²⁴⁾ realizaram um estudo

com objetivo de analisar diferenças sociodemográficas, clínicas e psicológicas entre homens e mulheres com FM, e examinar o impacto dos sintomas nas atividades habituais, através do QIF. Foram obtidas informações de 214 pacientes, sendo 197 mulheres e 17 homens. A média de pontuação do QIF nas mulheres foi de 63,17 e a dos homens foi de 68,56, sendo que não houve diferença significativa entre homens e mulheres⁽²⁴⁾. No nosso estudo, participaram 94 pessoas, sendo 87 mulheres e sete homens; a pontuação média do QIF na nossa casuística também não mostrou diferença significativa entre homens e mulheres.

CONCLUSÃO

O presente estudo abordou sintomas demonstrados pela literatura como de grande prevalência na FM, a concomitância do hipotireoidismo e avaliou através de instrumentos específicos a prevalência de depressão e a quantificação da qualidade de vida desses pacientes. Os resultados obtidos neste estudo foram de encontro com os estudos epidemiológicos e de prevalência sobre a FM e demonstraram a existência de diferenças entre as características clínicas da FM entre homens e mulheres. Todas as características clínicas estudadas foram mais prevalentes em mulheres do que em homens. Entretanto, foi encontrada diferença significativa entre os gêneros somente para os sintomas de cefaleia, cefaleia do tipo enxaqueca, sintomas vasomotores e distúrbios de memória.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The prevalence of fibromyalgia (FM) in the general population is estimated between 0.66 and 4.4%, being about eight times higher for women. Clinical differences between genders in FM are described in the literature, the context in which this research falls. The aim of this study was to compare the prevalence of clinical manifestations (number of tender points, sleep disorders, Raynaud's phenomenon, paresthesia, memory disorders, palpitations and feeling of stiffness), hypothyroidism, quality of life and depressive symptoms for both gender.

METHODS: We studied 94 patients who met the criteria for FM American College of Rheumatology (1990). Clinical manifestations were evaluated through a questionnaire on symptoms and clinical examination for detection of tender points. Hypothyroidism was evaluated by dosing the thyroid stimulating hormone (TSH), it was considered abnormal values higher than 4.5 μ UI/ml. Quality of life was assessed by the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) and the depressive symptoms by the scale of population screening for depression of the Center for Epidemiologic Studies (CES-D).

RESULTS: Of 94 patients, 7.5% were men and 92.5% women. There were significant differences between genders for the presence of migraine headache ($p = 0.02$), vasomotor disturbances ($p = 0.038$) and memory disorders ($p = 0.019$), which were more prevalent in women. No significant difference was found for the other clinical parameters, nor on the score of the FIQ and CES-D.

CONCLUSION: The results of this study corroborate the existence of significant differences between men and women with FM, in agreement with similar studies in the literature.

KEYWORDS: *Fibromyalgia; Cluster headache; Quality of Live; Depression; Gender.*

REFERÊNCIAS

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria For the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990 Feb;33(2):160-72.
2. Haum MVA, Ferraz MB, Pollak DF. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em uma população brasileira. *Rev Bras Reumatol.* 1999 Jul/Ago;39(4):221-31.
3. Cavalcante AB, Sauer JF, Challot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA, Marques AP. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol.* 2006 Jan/Fev;46(1):40-48.
4. Ribeiro M, Pato TR. Fisiopatologia da fibromialgia. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):78-81.
5. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da Fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol.* 2002 Jan/Fev;42(1):8-14.
6. Martinez JE, Cruz CG, Aranta C, Lagoa LA, Boulos FC. Estudo qualitativo da percepção das pacientes sobre a fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2002 Jan/Fev;42(1):30-36.
7. Martinez JE, Panossian C, Gavioli F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. *Rev Bras reumatol.* 2006 Jan/Fev;46(1):32-36.
8. Rezende LS, Rezende LS, Rodominsky SC, Paiva ES. A Relevância da Dosagem do Hormônio Estimulante da Tireoide em Pacientes com Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(1):73-4.
9. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2006 Jul/Set;10(3):317-324.

10. Burckardt CS, Clark SR, Bennet RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*. 1991 May;18(5):728-33
11. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsunani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(1):24-31.
12. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):251-61.
13. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ. Aspects of Fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *J Rheumatol*. 1995 Jan;22(1):151-6.
14. Yunus MB, Inanici F, Aldag JC, Mangold RF. Fibromyalgia in men: Comparison of clinical features with women. *J Rheumatol*. 2000 Feb;27(2):485-90.
15. Buskila D, Neumann L, Alhoashle A, Abu-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men. *Semin Arthritis Rheum*. 2000 Aug;30(1):47-51.
16. Hooten WM, Townsend CO, Decker PA. Gender differences among patients with fibromyalgia undergoing multidisciplinary pain rehabilitation. *Pain Med*. 2007 Nov-Dec; 8(8):624-32.
17. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, et al. Projeto Diretrizes: fibromialgia. Brasília: CFM; 2004.
18. Freire M, Teodoro RB, Oliveira LB, Cunha SFC, Ferreira BP, Borges MF. Concomitância de fibromialgia em pacientes portadores de hipotireoidismo e de alterações tireoidianas em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2006 Jan/Fev;46(1):11-15.
19. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome de Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2005 Mar/Abr; 45(2):47-54.
20. Costa SRMR, Pedreira Neto MS, Tavares-Neto J, Kubiak I, Dourado MS, Araújo AC, et al. Características de Pacientes com Síndrome da Fibromialgia atendidos em Hospital de Salvador-BA, Brasil. *Rev Bras Reumatol*. 2005 Mar/Abr, 45(2):64-70.
21. Stuginski-Barbosa J, Dach F, Speciali JG. Relação entre cefaléia primária e fibromialgia revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol*. 2007 Mar/Abr; 47(2):114-20.
22. Sala I, Roig C, Amador-Campos JA, Garcia-Sánchez C, Rodriguez A, Díaz C, Gich I. Sintomas psicopatológicos en pacientes afectos de cefalea crónica com o sin fibromialgia. *Rev Neurol*. 2009;49(6):281-7.
23. Roldán-Tapia L, Cánovas-López R, Cimadevilla J, Valverde M. Déficit mnésicos y perceptivos em la fibromialgia y la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2007 May;3(3):101-9.
24. Ruiz Pérez I, Ubago Linares MC, Bermejo Pérez MJ, Plazaola Castaño A, Olry de Labry-Lima A, Hernández Torres E. Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. *Rev Clin Esp*. 2007 Oct; 207(9):433-9.

Recebido em: 20/10/2011

Aprovado em: 20/12/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Thelma L. Skare

Rua João Alencar Guimarães, 796.

CEP 80310-420 - Curitiba-PR

E-mail: tskare@onda.com.br

Análise de grupo de pacientes HBsAg reagentes procedentes do Hemocentro de Cascavel (PR), no período de 2005 a 2009, acompanhados no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias

Group Analysis of reactive HBsAg patients referred by the blood center of Cascavel (PR) in the period between 2005 and 2009 followed at the Specialized Center for Parasitic Infectious Diseases

Gabriel Utzumi¹

Jarbas Joel Hendges²

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a cronicidade da Hepatite B em grupo de pacientes HBsAg reagentes procedentes do Hemocentro do município de Cascavel (PR), no período de 2005 a 2009, e expor a necessidade de um monitoramento mais eficaz dos pacientes HBsAg reagentes, uma vez que são potenciais transmissores de sua infecção com provável caráter crônico.

MÉTODOS: Após autorização da Secretaria Municipal de Saúde foram coletados dados dos prontuários de pacientes do CEDIP (Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias) que tiveram sua primeira consulta neste local no período de 2005 a 2009, tendo sido encaminhados pelo Hemocentro após apresentarem HBsAg reagente em exames de triagem. A coleta ocorreu por meio de um instrumento estruturado, sendo considerados dados relevantes: a procedência do encaminhamento do paciente, o sexo, idade, tempo de acompanhamento, cronicidade da doença e se está em vigência de tratamento ou não. Os critérios de exclusão foram os prontuários dos pacientes não provenientes do Hemocentro de Cascavel (PR) e também aqueles prontuários que não continham a informação de procedência. Foram verificados 2.414 prontuários, sendo 120 incluídos no estudo.

RESULTADOS: Dos 120 prontuários, 83 (69,1%) eram homens e 37 (30,1%), mulheres. A faixa etária variou de 21 a 62 anos de idade, sendo a média de 32,8 anos, a mediana de 38 anos e a maior prevalência no grupo de 31 a 40 anos de idade. Apenas 52 pacientes mantiveram o acompanhamento por no mínimo seis meses, representando uma perda de seguimento bastante expressiva (56,6%). Dos 52, 33 são homens (63,4%) e 19 são mulheres (36,6%). Dentre esses foi verificada uma prevalência de 100% da doença crônica, através da confirmação da positividade do HBsAg por pelo menos seis meses.

Trabalho realizado na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), de Cascavel (PR).

1. Médico Residente pelo programa de Pós-Graduação em Residência Médica, área Clínica Médica, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

2. Médico. Professor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Especialista em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia. Especialista em Endoscopia pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva.

CONCLUSÃO: Verificou-se que a grande maioria dos pacientes que apresentam HBsAg reagente em algum momento da vida não seguem em acompanhamento e com isso não previnem a transmissão do vírus, tornando-se potenciais disseminadores do mesmo. Além disso, têm maior risco de desenvolverem complicações como cirrose e hepatocarcinoma. Faz-se necessária a criação de novos protocolos ou métodos de rastreio e também de monitoramento dos pacientes.

DESCRITORES: *Hepatite B crônica; Serviço de Hemoterapia; Doadores de Sangue.*

Utsumi G, Hendges JJ. Análise de grupo de pacientes HBsAg reagentes procedentes do Hemocentro de Cascavel (PR), no período de 2005 a 2009, acompanhados no Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitárias. Rev. Med. Res. 2012; 14 (1): 22-29.

INTRODUÇÃO

Considerada um problema de saúde pública, a hepatite atinge cerca de 10% da população do planeta, segundo dados da Organização Mundial da Saúde. Hepatite, por definição, é qualquer processo inflamatório que resulte necrose dos hepatócitos. É classificada como aguda quando a duração da doença é inferior a seis meses, e crônica quando é superior a este período. Esta inflamação pode ser causada por diversos agentes, entre eles álcool, medicamentos, bactérias, pode ser também de origem autoimune e principalmente viral⁽¹⁾.

A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, também há grande variação regional na prevalência da doença⁽²⁾.

As hepatites virais são causadas por cinco agentes hepatotrópicos: hepatite A (HAV), hepatite B (HBV), hepatite C (HCV), hepatite D (HDV ou delta-VHD) e hepatite E (HEV). Dentre essas, as hepatites B, C e delta são de transmissão parenteral com potencial evolução para cronicidade. É importante considerar este fato, uma vez que hepatites são ditas doenças silenciosas por nem sempre apresentarem sintomas⁽³⁾. Diante disto, há uma preocupação entre

os profissionais de saúde, no sentido de orientar a população quanto à prevenção deste agravo; e quando a prevenção por qualquer motivo não for possível, existe então, a preocupação em manter um acompanhamento médico no sentido de controlar a progressão da doença. Nos preocupamos em discutir, neste trabalho, os aspectos relevantes com relação a hepatite causada pelo vírus B.

A hepatite B, como visto acima, é uma doença causada pelo vírus da hepatite B (HBV), um vírus hepatotrópico do tipo DNA da família das viroses hepadnaviridae. Apesar da disponibilidade de uma vacina, a infecção pelo HBV é endêmica. O vírus está presente em todos os líquidos corporais dos indivíduos portadores de uma infecção aguda ou crônica⁽⁴⁾.

A infecção pelo vírus B atinge cerca de dois bilhões de pessoas em todo o mundo pelo reconhecimento de marcadores sorológicos, correspondendo a cerca de 400 milhões de portadores, dois terços delas em países orientais⁽⁵⁾.

A idade de aquisição da infecção pelo vírus B tem importantes implicações na evolução da doença. A infecção adquirida no período perinatal ou na infância precoce tem uma fase prolongada de imunotolerância por décadas e evolui com frequência para cronicidade sem

apresentar sintomas. Esse período caracteriza-se pela presença no soro do HBeAg, níveis bastante elevados do DNA do HBV, ALT e AST normais ou próximos do normal, além de lesão histológica hepática mínima. Neste estágio, a criança tem poucas chances de fazer o clareamento espontâneo do vírus que se incorpora ao hepatócito. Ao chegar a idade adulta, observa-se progressão da doença com possível desenvolvimento de cirrose e carcinoma hepatocelular mesmo após a soroconversão do HBeAg⁽⁶⁾.

Já os pacientes adultos que adquirem a infecção pelo VHB na adolescência ou na fase adulta evoluem comumente com atividade da infecção, níveis elevados do HBV-DNA e da ALT e presença de HBeAg no soro. A soroconversão do HBeAg, quando ocorre, é desenvolvida em um período mais curto, porque no adulto a prolongada fase de imunotolerância não é observada⁽⁶⁾.

Diferentemente da hepatite C, esta infecção viral pode ser prevenida com vacina eficiente e a vacinação dos recém-nascidos já é rotina no Brasil. Entretanto, a demora na realização do diagnóstico associada à falta de informações corretas sobre a melhor conduta a ser tomada nas diferentes fases da doença favorece a disseminação da doença, particularmente entre jovens e adultos susceptíveis⁽⁴⁾.

O impacto da hepatite B vem diminuindo com medidas profiláticas e uso da vacina, mas formas crônicas continuam sendo diagnosticadas com evolução para cirrose e necessidade de transplante de fígado. Além da insuficiência hepática, o surgimento do carcinoma hepatocelular é outra evolução possível, exigindo vigilância constante e cuidados imediatos.

Diante do exposto, busca-se neste trabalho, através de dados retrospectivos coletados em um serviço de referência do município de Cas-

cavel (PR), analisar a cronicidade da Hepatite B em grupo de pacientes HBsAg reagentes procedentes do Hemocentro do município no período de 2005 a 2009.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental retrospectiva, de natureza quantitativa. A pesquisa documental se caracteriza pela fonte da coleta de dados estar restrita a documentos que, na atualidade, podem ser classificados como escritos ou não, sendo ainda a modalidade mais comum o documento constituído por um texto escrito em papel. Entretanto, torna-se cada vez mais frequentes os documentos eletrônicos⁽⁷⁾. Corroborando, Sá-Silva; Almeida e Guindani⁽⁸⁾, classificam a pesquisa documental como “um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”.

Ainda, para o autor supracitado, o conceito de documento é bastante amplo, “já que este pode ser constituído por qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento”⁽⁷⁻³¹⁾.

Este estudo se classifica como documental retrospectivo, pois utilizou como fonte de dados os prontuários de pacientes do CEDIP que tiveram sua primeira consulta neste local no período de 2005 a 2009, tendo sido encaminhados pelo Hemocentro.

A abordagem quantitativa caracteriza-se por uma descrição objetiva, que sintetiza os dados de forma numérica, realizando uma tabulação destes. “O enfoque quantitativo vale-se do levantamento de dados para provar hipóteses baseadas na medida numérica e da análise estatística para estabelecer padrões de comportamento”⁽⁹⁾.

Este estudo foi realizado no município de

Cascavel (PR). Para o alcance das informações buscamos primeiramente os dados no Hemocentro do município. No entanto, não foi possível realizar a coleta dos dados neste serviço devido a questões éticas apresentadas pelos mesmos. Sendo assim, buscamos alcançar a coleta das informações no CEDIP

Os dados foram coletados durante o mês de julho de 2011, através da revisão de prontuários de pacientes do CEDIP selecionados no período de 2005 a 2009, sob autorização da Secretaria Municipal de Saúde. A coleta ocorreu por meio de um instrumento estruturado, sendo considerados dados relevantes: a procedência do encaminhamento do paciente (Hemocentro de Cascavel), o gênero (masculino ou feminino), idade, tempo de acompanhamento, cronicidade da doença e se está em vigência de tratamento ou não.

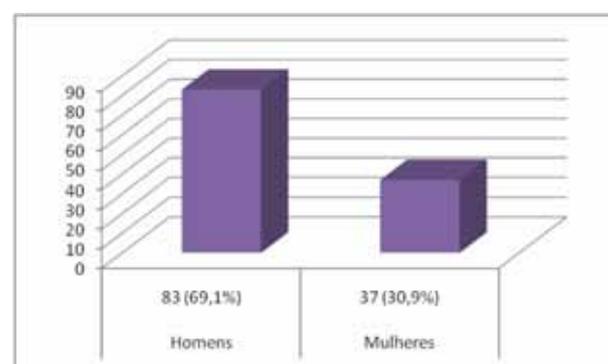
Utilizamos como critérios de inclusão a revisão apenas dos prontuários de pacientes que confirmadamente haviam sido encaminhados do Hemocentro de Cascavel (PR) após apresentarem HBsAg reagente em exames de triagem, sendo considerados portadores crônicos os pacientes HBsAg reagente por no mínimo seis meses.

Os critérios de exclusão foram os prontuários dos pacientes não provenientes do Hemocentro de Cascavel (PR) e também aqueles prontuários que não continham a informação de procedência. Foram verificados 2.414 prontuários, sendo 120 incluídos no estudo. Destes, 52 foram confirmados como HBsAg reagentes. Lembramos ainda que este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob número de protocolo nº 1334/2011.

RESULTADOS

No total, foram analisados 120 prontuários de pacientes em acompanhamento ambulatorial no CEDIP. Todos os pacientes foram encaminhados pelo Hemocentro de Cascavel (PR) após apresentarem HBsAg positivo no exame de triagem para doação de sangue, entre os anos de 2005 e 2009. Do total, 83 (69,1%) eram homens e 37 (30,9%), mulheres.

Gráfico 1. Distribuição por gênero.



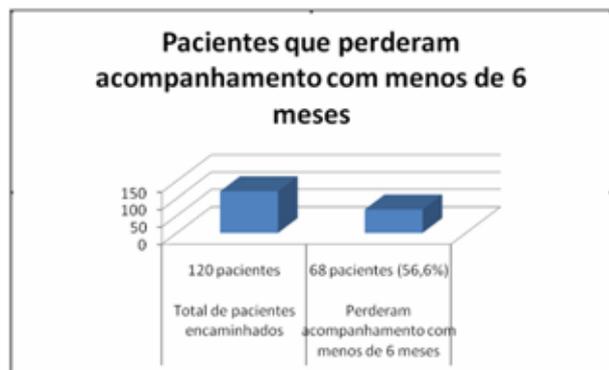
A faixa etária variou de 21 a 62 anos de idade, sendo a média de 32,8 anos, a mediana de 38 anos e a maior prevalência no grupo de 31 a 40 anos de idade.

Gráfico 2. Distribuição por faixa etária – HbsAg reagente.



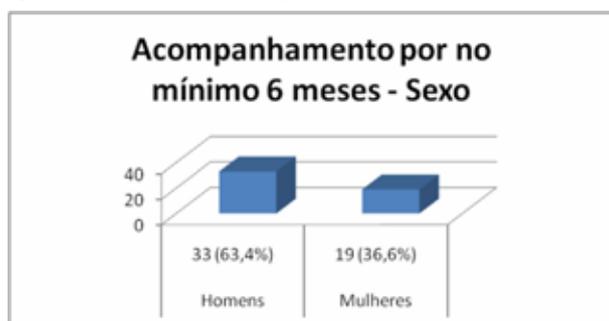
Apenas 52 pacientes mantiveram o acompanhamento por no mínimo seis meses, representando uma perda de seguimento bastante expressiva (56,6%). (Gráfico 3).

Gráfico 3. Pacientes que perderam acompanhamento antes de seis meses.



Dos 52, 33 são homens (63,4%) e 19 são mulheres (36,6%), ilustrado no gráfico 4.

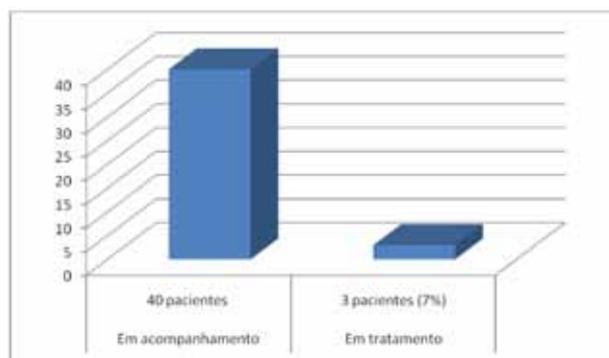
Gráfico 4. Distribuição por sexo dos pacientes que continuaram seguimento aos seis meses.



Dentre esses foi verificada uma prevalência de 100% da doença crônica, através da confirmação da positividade do HBsAg por pelo menos seis meses.

Dos pacientes que mantém seguimento no CEDIP, três estão em tratamento farmacológico (Gráfico 5)

Gráfico 5. Pacientes em tratamento farmacológico.



Mesmo entre os pacientes que se mantiveram em acompanhamento por no mínimo seis meses, 12 acabaram perdendo o seguimento no período subsequente e, atualmente, 40 estão realizando consultas periódicas no CEDIP.

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou muitas limitações, pois se sabe que nem todos os pacientes encaminhados pelo Hemocentro compareceram ao CEDIP; e alguns podem não ter sido contabilizados por não estarem identificados como provenientes do Hemocentro. Tal fato limita a representatividade do total de pacientes deste grupo específico.

Apesar disso a amostra demonstra de forma razoável a prevalência da cronicidade da doença, através dos dados coletados dos pacientes que mantiveram o acompanhamento.

Houve um predomínio do sexo masculino no total de prontuários revisados e a faixa etária com maior porcentagem de pacientes foi do grupo de 31 a 40 anos. Tais achados do trabalho se assemelham a dados publicados pelo Ministério da Saúde em 2008⁽²⁾.

Apesar do número absoluto de homens que permaneceram em acompanhamento por no mínimo seis meses ser maior que o de mulheres, proporcionalmente, em relação ao número total de prontuários analisados, as mulheres têm maior porcentagem de seguimento.

Após o mínimo de seis meses de acompanhamento, verificou-se que 100% dos pacientes apresentavam-se com hepatite B crônica. Não se sabe ao certo em qual momento da vida o indivíduo adquiriu o vírus, mas sabe-se que a probabilidade de a infecção aguda tornar-se crônica é de 70–90% para a infecção perinatal e de 1% a 3% nas infecções pelo HBV adquiridas na idade adulta, a menos que o indivíduo seja imunossu-

primido⁽¹⁰⁾. Seriam, portanto, pacientes que adquiriram o HBV por transmissão vertical?

Entre os pacientes que permanecem em acompanhamento, três estão em tratamento farmacológico, uma porcentagem de 7%. Isso deve-se provavelmente ao maior número de adultos jovens encontrados nesse grupo de pacientes, que podem ainda estar na fase de imunotolerância ou serem portadores inativos⁽¹⁰⁾.

Com o diagnóstico precoce pode haver modificação na evolução da doença. O arsenal terapêutico hoje disponível com drogas que oferecem mínima ou nula chance de resistência, devido a alta barreira genética, não nos permite esquecer os pacientes “portadores não descobertos”. Portanto, os médicos deveriam igualar o nível de importância do exame sorológico para Hepatite B assim como se pedem outros exames com certa rotina nos consultórios (como glicemia de jejum ou colesterol total). E, ao saber-se que o paciente não é imunizado ou não tem cicatriz sorológica por contato prévio com o vírus, deveria encaminhá-lo para realizar a vacinação na rede pública de saúde. Porém, a vacinação deveria ser liberada a todos, independente da idade do paciente. Deve-se lembrar também da importância da busca dos portadores do vírus da hepatite C, não menos importante que o vírus B.

Mesmo com a existência da vigilância epidemiológica das hepatites com base na notificação de casos suspeitos, sabe-se que o número de notificações não reflete a real incidência da infecção, pois a grande maioria dos acometidos apresenta formas assintomáticas ou oligossintomáticas, sendo dificilmente captados. Além disso, estados e municípios estão em diferentes estádios de implantação do sistema de vigilância, refletindo diferentes níveis de sensibilização e de capacitação das equipes envolvidas na

captação dos dados.

O HBsAg é um exame de baixo custo e que poderia ser incluído na rotina dos pedidos de exames de qualquer especialidade médica.

CONCLUSÃO

Através deste estudo verificou-se que a grande maioria dos pacientes que apresentam HBsAg reagente em algum momento da vida não segue em acompanhamento. Tais pacientes permanecem sem orientação e com isso não previnem a transmissão do vírus, tornando-se potenciais disseminadores do mesmo.

Além disso, estão sob maior risco de desenvolver maiores complicações, como cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, visto que a doença crônica costuma evoluir de forma silenciosa.

A alta prevalência da hepatite B crônica entre os doadores de sangue do Hemocentro renova a importância que deve ser dada ao diagnóstico precoce e acompanhamento da doença, a fim de evitar as complicações graves. Também previnem-se potenciais interações que podem ser catastróficas para o paciente que é portador de outros vírus (como das hepatites C e D e também HIV), usuário de medicamentos hepatotóxicos e bebida alcoólica.

Para tanto faz-se necessária a criação de novos protocolos ou métodos de rastreio e também de monitoramento dos pacientes. Uma possível solução seria a inclusão da doença no mesmo grupo de doenças como o diabetes melito e a hipertensão arterial, fazendo com que seja abordada pelo Programa Saúde da Família.

Em relação aos pacientes que não compareceram ao serviço de referência após encaminhamento, poderia ser criado um sistema de busca ativa intradomiciliar desses indivíduos.

É necessário também o rastreamento dos contatos e familiares dos pacientes HBsAg re-

agentes, uma vez que existe possibilidade de que tenha ocorrido transmissão vertical e horizontal. Deve-se proceder também a vacinação dos indivíduos que não estiverem imunes ou desconhecerem sua situação vacinal.

O acompanhamento e tratamento deverão ser facilitados para que o paciente saiba da importância de seguir, de forma disciplinada, as orientações médicas que lhe são dadas, uma

vez que esta é uma doença crônica indolente com provável curso benigno, na maioria das vezes sem necessidade de tratamento.

Cada indivíduo com infecção crônica pelo HBV constitui uma oportunidade para evitar outros casos. É importante levar o tempo necessário para educar os pacientes e explicar os riscos que a infecção apresenta para si mesmo e para outros.

ABSTRACT

BACKGROUND: To assess the chronicity of hepatitis B in HBsAg reactive group coming from the Blood Center of Cascavel (PR), in the period between 2005 and 2009 and to expose the need for a more effective monitoring of HBsAg reactive patients, once they are capable of transmitting their infection with probable chronic condition.

METHODS: After approval of the Municipal Health, data was collected from medical records of patients from CEDIP (Specialized Center for Parasitic Infectious Diseases) who had their first visit to this center between 2005 and 2009, having been sent by the Blood Center after presenting HBsAg reagent in the trial tests. The data was collected through a structured instrument, being considered relevant: the origin of the referral of patients, gender, age, the length of monitoring, chronic disease and whether the patient is still in treatment or not. The exclusion criteria was the patients' charts that did not come from the Blood Center of Cascavel (PR) and also those records did not contain the information source. 2414 records were checked, with 120 enrolled.

RESULTS: Of 120 records, 83 (69.1%) were men and 37 (30.1%) women. Their ages ranged from 21 to 62 years old, an average of 32.8 years old. The median prevalence being among the patients of 38 years old and higher prevalence in the patients between 31 and 40 years of age. Only 52 patients continued monitoring for at least six months, representing a very significant loss in the follow up (56.6%). Of the 52 patients, 33 are men (63.4%) and 19 are women (36.6%). Among these was found a prevalence of 100% of chronic disease, through the confirmation of positive HBsAg for at least 6 months.

CONCLUSION: It was found that the vast majority of patients with HBsAg reagent at some point in life do not follow up on this and do not prevent transmission of the virus and become potential disseminators of it. Also, they present higher risk of developing complications such as cirrhosis and hepatocellular carcinoma. It is necessary to create new protocols or screening methods and also monitoring of patients.

KEYWORDS: *Hepatitis B, Chronic; Hemotherapy Service; Blood Donors.*

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Hepatitis [home page na internet]. Europe: WHO; 2012. [Acesso em 25 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/whatwedo/healthtopics/communicablediseases/hepatitis>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância Epidemiológica. Hepatites Virais: o Brasil está atento [monografia na Internet]. Brasília; 2008. [Acesso em 12 Jan. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/brasil_atento_3web.pdf.
3. Ferreira MC, Borges AS. Hepatites por vírus (A, B, D). In: Cimerman S, Cimerman B. Condutas em infectologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2011.
4. Organização Mundial de Gastroenterologia (OMGE). Guias Práticas da Organização Mundial de Gastroenterologia: hepatite B [monografia na internet]. Europa: WGO; 2008 [Acesso em 18 Jan 2012]. p. 2-29. Disponível em: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/12_hepatitsb_pt.pdf.
5. Lavanchy D. Hepatitis B virus epidemiology, disease burden, treatment, and current and emerging prevention and control measures. J Viral Hepat [Periódico na internet]. 2004 Mar [Acesso em 18 Jan 2012];11(2):97-107. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14996343>.
6. Lyra LGC, Lyra AC. Hepatite pelo Vírus B em Pacientes HBeAg-Positivos. In: Mattos AA, Dantas-Corrêa EB (Org.). Tratado de Hepatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 181-203.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
8. Sá-Silva JR, Almeida de CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Hist Ciênc Soc [Periódico na internet]. Julho de 2009 [Acesso em 20 Jan 2012];1(1):1-15. Disponível em: http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf.
9. Marconi MA, Lakatos EV. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções [monografia na internet]. Brasília: MS; 2010 [acesso em 10 Jan 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_hepatite_b_coinfecoes.pdf.

Recebido em: 10/12/2011

Aprovado em: 10/01/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Gabriel Utzumi

Rua Dr Elias César, 150, apart. 801

CEP 86015-640 – Londrina (PR)

e-mail: utzumi56@yahoo.com.br

Leiomiossarcoma de veia cava inferior: experiência clínica de três casos do Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: clinical experience with three cases in Surgical Oncology Service of the Evangelical Hospital in Curitiba

Tiago José da Rocha¹
João Carlos Simões²
Eric Hiromoto Taninaka³
Paulo Roberto Soltoski⁴

RESUMO

OBJETIVO: Leiomiossarcoma da veia cava inferior é um raro tumor retroperitoneal de partes moles que apresenta em torno de 300 casos descritos na literatura. Neste estudo relatamos a experiência clínica do tratamento de três casos de leiomiossarcoma da veia cava inferior.

MÉTODOS: Entre junho de 2009 e janeiro de 2012, três pacientes (um do SUS e dois de convênios) foram tratados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Os dados e o seguimento dos pacientes foram revistos retrospectivamente para se obter os detalhes dessa apresentação.

RESULTADOS: Eram duas mulheres e um homem. Todos apresentavam tumores localizados. A primeira paciente tinha 45 anos, sexo feminino e clínica de dor abdominal e massa palpável em epigástrico. A tomografia computadorizada e a angiorressonância foram os exames complementares utilizados para o diagnóstico. A excisão cirúrgica do tumor foi o tratamento de escolha, seguida de interposição de prótese de Politetrafluoretileno (PTFE) de 18mm. A paciente complementou o tratamento com quimioterapia adjuvante e, em seguida, encaminhada à radioterapia. Durante a radioterapia, apresentou óbito por embolia pulmonar. O segundo paciente, 56 anos, masculino e clínica de dor abdominal e emagrecimento. A tomografia computadorizada foi o exame complementar utilizado para o diagnóstico. Foi submetido à excisão cirúrgica da veia cava retro-hepática, com interposição de prótese de Dacron de 18mm. O paciente foi a óbito no segundo dia do pós-operatório por hemorragia e choque hipovolêmico. A terceira paciente tinha

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

1. Médico Residente do 3.º ano de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).
2. Professor Titular de Oncologia e Professor Titular de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental (licenciado) do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná e Chefe do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC). Diretor Técnico do CEON-HUEC.
3. Acadêmico do 6.º ano do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).
4. Médico do Serviço de Cirurgia Torácica e Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

27 anos, sexo feminino e dor abdominal. Realizou tomografia como exame diagnóstico. Devido às grandes dimensões do tumor e proximidade com o rim direito e veia renal direita, foi optado por quimioterapia neoadjuvante. Sendo assim, fez biópsia guiada por ultrassonografia. Houve uma resposta de mais de 50% após três ciclos de quimioterapia e foi submetida à excisão cirúrgica do tumor e interposição de prótese de Politetrafluoretileno (PTFE). Após o tratamento, foi submetida à radioterapia. A paciente se encontra viva e assintomática após um ano de seguimento.

CONCLUSÃO: O leiomiossarcoma de veia cava inferior é um tumor raro, que se apresenta com sintomas de dor abdominal inespecífica. Geralmente se apresentam como tumores de grandes dimensões e oferecem dificuldades técnicas para sua ressecção. A quimioterapia neoadjuvante é uma proposta interessante para melhorar as condições técnicas de ressecção. O tratamento cirúrgico oferece os melhores resultados de curabilidade.

DESCRITORES: *Leiomiossarcoma; Veia cava inferior.*

Rocha TJ, Simões JC, Taninaka EH, Soltoski PR. Leiomiossarcoma de veia cava inferior: experiência clínica de três casos do Serviço de Cancerologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Rev. Med. Res. 2012; 14 (1): 30-46.

INTRODUÇÃO

Os sarcomas são tumores malignos que se originam do tecido mesenquimal^(1,2).

O leiomiossarcoma de veia cava inferior (VCI) é uma neoplasia rara, sendo relatados, até o momento, aproximadamente 300 casos desde o primeiro diagnóstico de autópsia feito por Virchow e descrito por Perl em 1871^(3,4). Este tumor é originado das células do músculo liso da túnica média da VCI⁽¹⁾. A primeira ressecção cirúrgica foi feita por Mechior em 1928^(3,4).

Sabe-se que este tumor ocorre de preferência em adultos do sexo feminino numa proporção de 4:1 com idade média de 54,4 anos (variando de 15 a 83 anos)^(1,2,5). A clínica do tumor depende basicamente da sua localização e do seu tamanho^(1,2). Mas seu crescimento é insidioso com sintomas pouco específicos como dor abdominal, perda de peso, tumoração abdominal, febre, fraqueza, anorexia, vômitos, sudorese noturna e eventualmente com síndrome de Budd-Chiari^(2,4,6,7). O melhor tratamento, com

impacto na sobrevida, é a ressecção cirúrgica completa do tumor sem comprometimento das margens cirúrgicas^(2,4,6,12). Apesar da recorrência da doença ser comum, ainda não há comprovação da eficácia dos tratamentos adjuvantes ou neoadjuvantes com a quimioterapia e a radioterapia^(7,8).

As opções de tratamento após a ressecção dos leiomiossarcomas da VCI incluem reparo primário, ligadura ou reconstrução com prótese e dependem da localização do tumor e invasão de órgãos e vasos adjacentes, principalmente das veias renais.

Este trabalho descreve a experiência clínica e tratamento efetuado em três pacientes do Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).

MÉTODOS

Entre junho de 2009 e janeiro de 2012 foram reunidos os dados referentes a três pacientes que foram tratados no Serviço de Oncologia do

HUEC. Todos assinaram termo de consentimento informado para que este trabalho fosse publicado.

RELATO 1

JP, 45 anos, sexo feminino, procedente da cidade de Ponta Grossa (PR), encaminhada ao Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – HUEC, em 29 de junho de 2009.

No atendimento, a paciente referia dor abdominal em região de hipocôndrio direito há um ano, sem melhora com analgésicos e com piora nos últimos meses e aparecimento de massa abdominal palpável.

Apresentava uma história pregressa de câncer ductal invasivo bilateral de mama, diagnosticado e tratado em março de 2006. Foi submetida à mastectomia radical em mama esquerda e mastectomia parcial de mama direita, tendo complementado o tratamento com radioterapia e quimioterapia. Estava em uso de tamoxifeno desde o diagnóstico devido à positividade dos receptores de estrógeno e progesterona. Em 2008, referia ooforectomia por cisto de ovário D.

Não havia história de neoplasia maligna detectada em familiares de 1º e 2º graus. Não era tabagista e nem alcoolista.

Ao exame físico, a paciente se apresentava em bom estado geral, lúcida, orientada no tempo e espaço, eupneica, acianótica e anictérica. Abdomen globoso, flácido, com massa palpável em epigástrico e quadrante superior direito, doloroso a palpação, sem sinais de irritação peritoneal.

A tomografia computadorizada demonstrou os seguintes achados: massa retroperitoneal à direita medindo 6,5x2,9x3,4cm, com localização adjacente a veia cava inferior e a cabeça pâncreas. A angiorressonância evidenciou lesão expansiva retroperitoneal em íntima relação com a parede anterior da veia cava in-

ferior. (Figuras 1 e 2). O exame de PET-TC revelou apenas tumoração em veia cava inferior.

Foi indicada ressecção cirúrgica, sendo realizada no dia 26/01/2010. Os achados intraoperatórios foram a presença de lesão tumoral em veia cava inferior envolvendo 75% da circunferência, estendendo acima das veias renais até próximo ao hilo hepático, com aproximadamente oito centímetros de extensão (Figura 3). Foi realizado isolamento com “fita cardíaca” da veia cava inferior, após sua completa dissecação, em sua porção superior, próximo ao hilo hepático e na região acima das veias renais (Figura 4). Foi realizada ressecção da massa tumoral e reconstrução com interposição de prótese de politetrafluoretileno (PTFE) de 18mm com sutura contínua total anterior e posterior com fio de prolene 4-0 (Figura 5). Não houve intercorrências no procedimento.

A paciente evoluiu bem e recebeu alta da UTI no 2º dia pós-operatório e alta hospitalar no 5º dia pós-operatório.

No exame histopatológico o diagnóstico macroscópico foi: massa nodular com superfície brancacenta e fosca, 140g e 8,5 x 5,5 x 5,0cm, com superfície cruenta e fosca. Aos cortes, massa bocelada, brancacenta, nodular, turbilhonada e dura com 8cm de diâmetro. Na região central, presença de veia cava com 4 x 3cm, preenchida por material vinhoso e friável com margem comprometida microscópica (Figura 6). No diagnóstico microscópico: sarcoma fusocelular, 140g, com necrose tumoral de 5% de neoplasia. Pleomorfismo celular intenso, índice mitótico 10 mitoses/mm². Foi realizado exame imuno-histoquímico, que confirmou um leiomiossarcoma.

O tratamento cirúrgico foi complementado primeiro com quimioterapia adjuvante (quatro ciclos Doxorubicina, Ifosfamida e Mesna) e

após encaminhada para radioterapia. Durante as últimas sessões de radioterapia a paciente apresentou mal-estar súbito com dispneia, evoluindo a óbito com diagnóstico de provável tromboembolismo pulmonar.



Figura 1. Ressonância Nuclear Magnética mostrando massa em topografia de veia cava inferior.



Figura 2. Angiorressonância Nuclear Magnética mostrando massa em topografia de veia cava inferior.

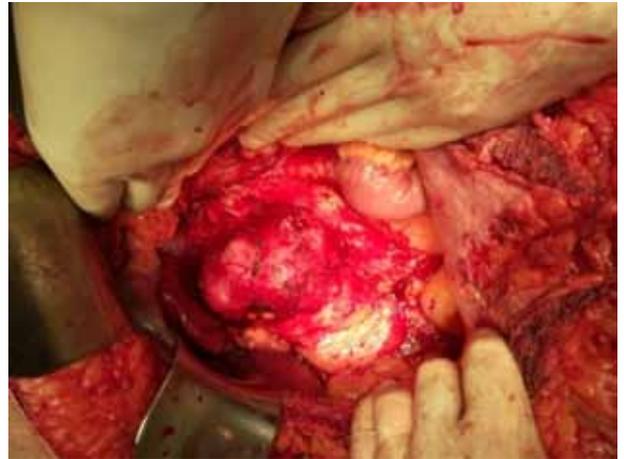


Figura 3. Dissecção do retroperitônio e exposição do leiomiossarcoma de VCI.



Figura 4. Massa tumoral na parede da VCI, que foi dissecada, isolada e reparada com fita umbilical em sua porção proximal e distal.



Figura 5. Aspecto final da anastomose da prótese de PTFE para reconstrução da veia cava inferior.



Figura 6. Aspecto macroscópico de segmento de veia cava inferior (corte longitudinal) mostrando o leiomiossarcoma envolvendo quase toda sua parede.

RELATO 2

ILS, 56 anos, sexo masculino, atendido no ambulatório de Oncologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – HUEC, em 13 de janeiro de 2.010.

O paciente apresentava-se com queixa de dor abdominal, em faixa, tipo queimação em quadrante superior direito do abdome, com irradiação para o dorso de forte intensidade. Os sintomas iniciaram havia quatro meses, com piora progressiva e sem melhora. Associado à dor, apresentava cefaleia, além do emagrecimento de quatro quilos em quatro meses.

Possuía história pregressa de hipertensão arterial sistêmica em uso de atenolol, enalapril, AAS e hipercolesterolemia controlada com sinvastatina. Referia ainda três procedimentos de cateterismo cardíaco, sendo o último realizado em 2009.

Na história mórbida familiar: pai com cardiopatia e falecido; irmã com neoplasia maligna, porém não sabe determinar sítio primário; e irmão diabético. Nas condições de hábitos de vida, era paciente tabagista, 20 (vinte) cigarros por dia, há 25 (vinte e cinco) anos.

Na revisão de sistema, relatava dispneia aos pequenos esforços desde 2002 e hérnia de hiato com doença do refluxo gastroesofágico.

Ao exame físico, paciente apresentava escore de desempenho ECOG =1, lúcido, orientado no tempo e espaço, eupneico, acianótico e anictérico. Abdome globoso, flácido, sem massas palpáveis, doloroso à palpação em quadrante superior direito do abdômen, sem sinais de irritação peritoneal.

O exame de Angiotomografia Axial Computadorizada realizado revelou: massa no interior de veia cava inferior intra e infra-hepática e retro-hepática e em sua porção distal a possibilidade de trombo ou lesão neoplásica deveria ser considerada. Presença de trombos no interior de veia cava inferior infrarrenal estendendo-se até as veias ilíacas comuns. Presença de circulação colateral das veias renais para sistema portal. Dilatação das veias ázigos e hemiázigos (Figuras 7 e 8).

Paciente foi internado, realiza flebografia de veia cava, o que mostrou obstrução completa de fluxo em veia cava inferior suprarrenal e retro-hepática.

Paciente foi submetido à cirurgia em 14/04/2010; com incisão de Chevron com extensão para o apêndice xifoide, que foi retirado. Achados intraoperatórios: presença de lesão tumoral em veia cava inferior retro-hepática, envolvendo toda a sua circunferência e estendendo logo acima das veias renais até a veia supra-hepática direita.

Foi realizada dissecação, isolamento e reparo com “vessel loop” da veia cava na região supra-hepática, bem como acima das veias renais. Após dissecação de toda a veia cava na sua porção retro-hepática, foi realizada ressecção da massa tumoral, retirada de trombos infrarrenais e interposição de prótese de Dacron 18mm para reconstrução (Figura 9). Realizado anastomose da prótese com coto proximal de veia cava inferior termino-terminal com fio de prolene 4-0 e anastomose da veia supra-hepática direita, com fio de prolene 4-0, após manobra de Pringle. Durante o procedimento cirúr-

gico foi necessária a transfusão de 11 unidades de papa de hemáceas. Devido à instabilidade hemodinâmica e o porte da cirurgia, o paciente foi encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva. Foi fechada a parede por planos e drenagem da cavidade com dreno a vácuo.

No segundo dia de pós-operatório o paciente evolui com quadro de choque hipovolêmico (débito positivo de 1.150ml de sangue no dreno), refratário a transfusão sanguínea e a utilização de aminas vasoativas. Optou-se, então, por reintervenção cirúrgica de emergência, ocasião em que foi encontrada ruptura parcial da anastomose da prótese com veia supra-hepática, que foi corrigida com nova sutura. O paciente foi reencaminhado à UTI em choque hipovolêmico e evoluiu a óbito no final do segundo dia pós-operatório.

A análise anatomopatológica revelou neoplasia fusocelular de alto grau, com 12,0x8,0x8,0cm e 345g, compatível com leiomiossarcoma, que foi confirmada por exame imuno-histoquímico. Margens cirúrgicas comprometidas por neoplasia na porção da veia supra-hepática direita (Figuras 10 e 11).



Figura 7. Angiotomografia computadorizada de abdome, mostrando massa tumoral em veia cava inferior retro-hepática, que se estendia até a veia supra-hepática direita.



Figura 8. Tomografia computadorizada mostrando massa em topografia de veia cava inferior.



Figura 9. Prótese de DACRON colocada em posição retro-hepática para reconstrução deste segmento de CI.

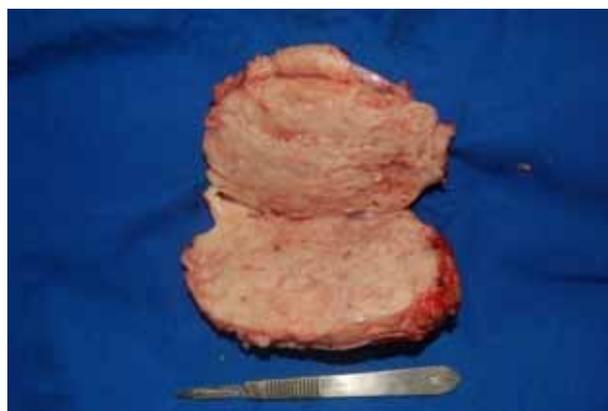


Figura 10. Aspecto macroscópico do leiomiossarcoma de veia cava inferior retro-hepática aberto longitudinalmente.

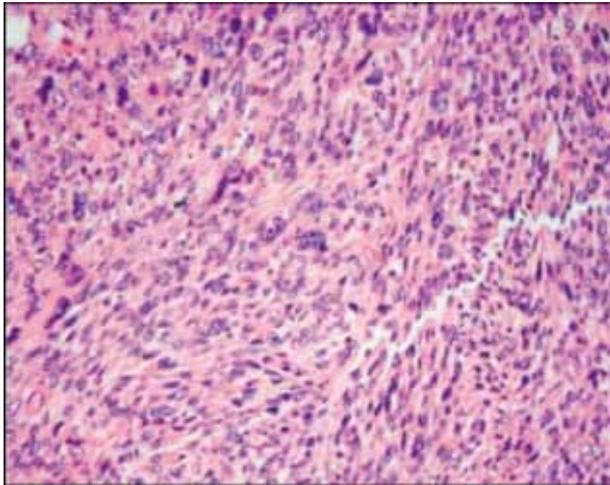


Figura 11. Aspecto microscópico do leiomiossarcoma de veia cava inferior.

RELATO 3

ERRC, feminino, 27 anos, branca, natural e procedente da cidade de São Mateus do Sul, estado do Paraná, encaminhada para consulta no serviço em 26/08/2010

A paciente referia dor abdominal, em região de fossa ilíaca direita e flanco havia aproximadamente dois meses, associado a câimbras em membros inferiores. Negava edema em membros inferiores.

História de cirurgia bariátrica com perda ponderal de 38 quilos em aproximadamente três anos. Nega outras comorbidades. Nega doenças neoplásicas na família. Nega tabagismo e alcoolismo. Nega uso de anticoncepcional hormonal oral. Gesta um, parto cesáreo há quatro anos.

Ao exame físico: abdome plano flácido, presença de massa dolorosa à palpação em região subcostal, flanco.

Ultrassonografia do abdome mostrou: presença de pequenos cálculos em topografia de vesícula biliar e um pseudocisto pancreático, além de massa em região retroperitoneal à direita de aproximadamente 12x5,0x8,0cm.

Tomografia Computadorizada: lesão expansiva no retroperitônio à direita, medindo aproxi-

madamente 13x5,0x8,5cm com aparente invasão da veia cava inferior, associado a trombo no seu interior que se estende até a veia porta (Figura 12).

Foi optado por quimioterapia neoadjuvante devido às dimensões da tumoração e proximidade com o rim direito e vasos renais. Sendo assim, fez biopsia guiada por US. O resultado da anatomia patológica foi de: sarcoma fusocelular e imunohistoquímica leiomiossarcoma.

Realizou quimioterapia neoadjuvante com três ciclos de Doxorubicina, Ifosfamida e Mesna com boa tolerância.

A angiorressonância após a quimioterapia neoadjuvante evidenciou: presença de tumoração retroperitoneal com 9,0x5,0cm com invasão da veia renal direita e esquerda (Figuras 13 e 14). Pelos critérios do Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (RECIST) houve uma resposta de mais de 50% de redução do volume tumoral.

Na cirurgia, em 02/02/2011, constatou-se a presença de lesão tumoral em veia cava inferior, envolvendo mais de 50% da circunferência, estendendo das veias renais até próximo ao hilo hepático com aproximadamente nove centímetros de extensão e invasão parcial da veia renal direita. Foram realizados dissecação e isolamento da veia cava em sua porção superior, próximo ao hilo hepático e na região abaixo das veias renais (Figuras 15 e 16). Foi retirada toda a fâscia renal que estava próxima ao tumor e realizada a ressecção da massa tumoral e interposição de prótese de politetrafluoretileno (PTFE) de 18mm (Figura 17). Foi efetuada a anastomose término-terminal da prótese com coto proximal e distal de veia cava inferior, com sutura contínua em um plano com fio de prolene 4-0. Foi possível preservar a veia renal direita, que foi anastomosada à prótese e a veia renal esquerda foi ligada. Não

houve intercorrências na cirurgia.

A paciente foi encaminhada à UTI para cuidados pós-operatórios, evoluiu bem e recebeu alta da UTI no 2º dia pós-operatório. A paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no 5º dia pós-operatório. Teve alta, recebendo medicação para anticoagulação com clopidogrel e aspirina.

O exame de anatomia patológica demonstrou: segmento irregular, previamente seccionado, com 9x7x5cm e 730g, encapsulado, fibroelástico, brancacento, turbilhonado, com áreas geográficas amarelas. Sem invasão intraluminal da veia cava inferior. Margens livres de neoplasia. À microscopia: sarcoma fusocelular. A imunohistoquímica confirmou: leiomiossarcoma (Figuras 18 e 19).

Foi encaminhada para tratamento com radioterapia com IMRT: abdome 45Gy (25x180 cGy) + booster de 16Gy e não teve intercorrências durante o tratamento. Em novembro de 2011 um exame de PET-TC (Figura 20) não evidenciou recidiva local ou a distância.

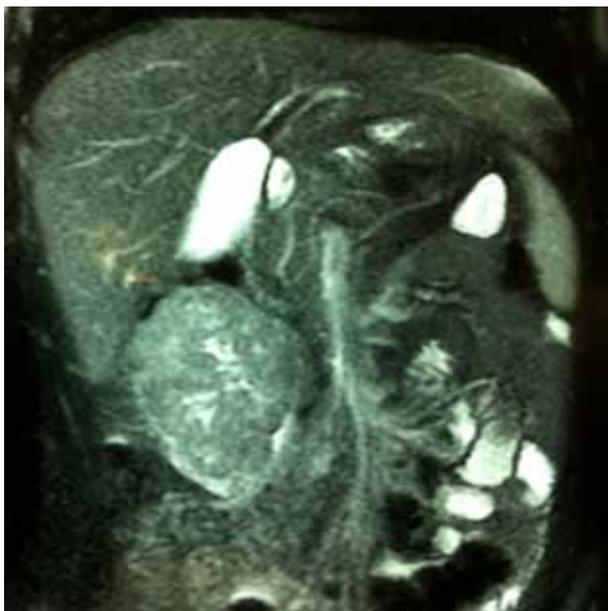


Figura 12. Tomografia mostrando massa em topografia de VCI.

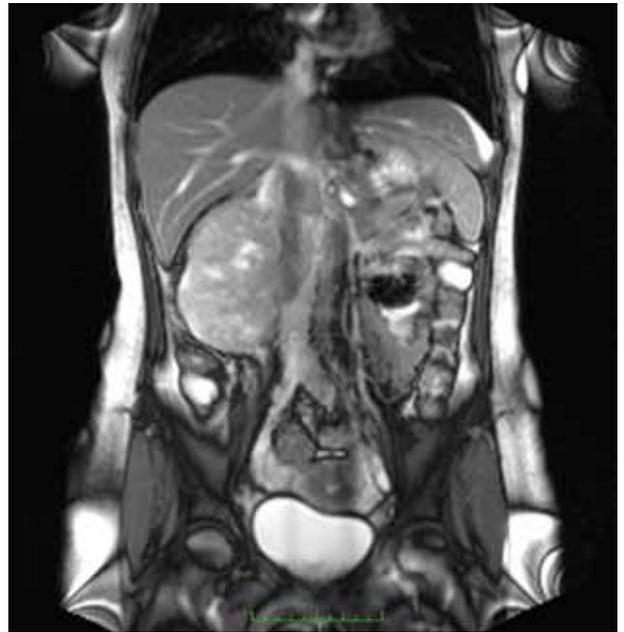


Figura 13. RNM com massa retroperitoneal com íntima relação com VCI.



Figura 14. RNM com massa retroperitoneal com íntima relação com VCI.

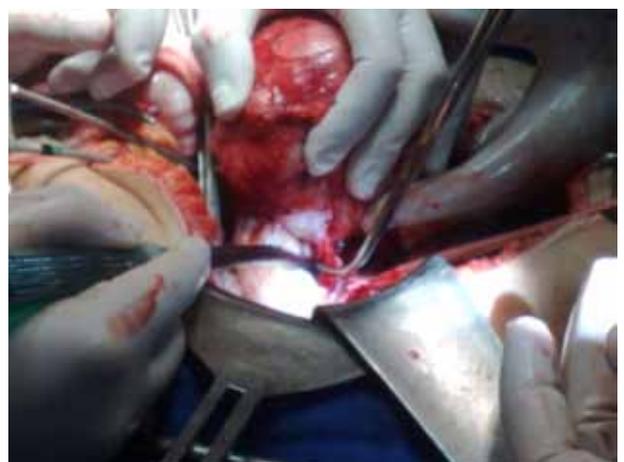


Figura 15. Imagem do transoperatório mostrando isolamento da veia renal direita.

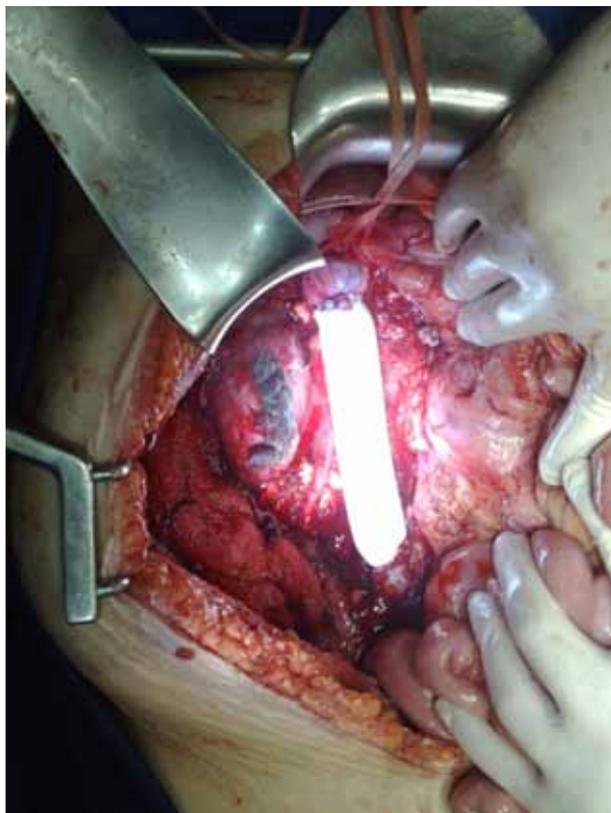


Figura 16. Imagem do transoperatório mostrando prótese de PTFE para restabelecimento do fluxo em VCI.

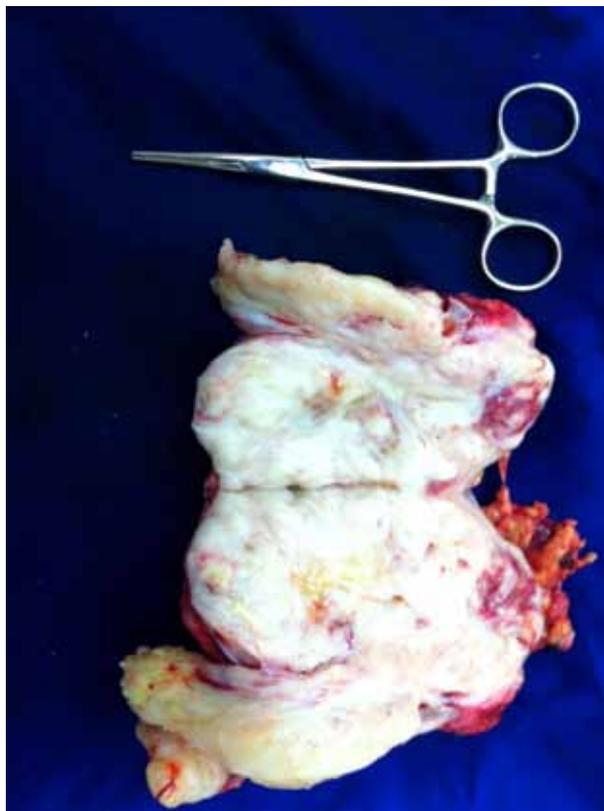


Figura 18. Aspecto macroscópico com secção longitudinal de massa em parede de VCI.



Figura 17. VCI com massa em sua parede.



Figura 19. PET-TC de controle 1 ano após a cirurgia sem evidência de recidiva ou metástase tumoral. Observa-se a imagem da prótese de PTFE. Função renal normal.

A tabela 1 demonstra os principais resultados comparando os três casos relatados (Tabela 1).

	RELATO 1	RELATO 2	RELATO 3
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	45 anos	56 anos	27 anos
Localização tumoral	1/3 médio	1/3 superior invadindo 1/3 médio	1/3 médio
Tamanho	8,5x5,5x5,0cm	12x8,0x8,0cm	14x11x9,0cm
Peso	140g	345g	730g
Prótese utilizada	PTFE	DÁCRON	PTFE
Quimioterapia neoadjuvante	Não	Não	Sim
Quimioterapia adjuvante	Sim	Não	Não
Radio-terapia	Sim	Não	Sim
Evolução	Óbito durante radioterapia	Óbito 2º Pós-operatório	Em proservação
Margens cirúrgicas	Comprometida	Comprometida	Livres

DISCUSSÃO

Os leiomiossarcomas vasculares são neoplasias raras e podem ocorrer no sistema digestório, no sistema respiratório, na pele, nos vasos do miométrio ou em qualquer outra estrutura que possua musculatura lisa^(1,2). Correspondem a 2% dos leiomiossarcomas, acometendo cinco vezes mais, as veias^(2,4).

Baseado na localização, classifica-se o leiomiossarcoma da VCI em três categorias (Figura 21). Segmento I (inferior): abaixo dos vasos renais (VCI infra renal); Segmento II (médio): entre a origem das veias renais até veia hepática (VCI Retro-hepática); Segmento III (superior): entre a origem das veias hepáticas até átrio direito (VCI supra-hepática)^(6,7).

A maioria dos tumores origina-se no segmento médio (50,8%) e segmento inferior (44,2%). O segmento superior apresenta apenas um pequeno número de casos (4,2%)^(2,6,8). Em todos os nossos casos se situavam no segmento médio.

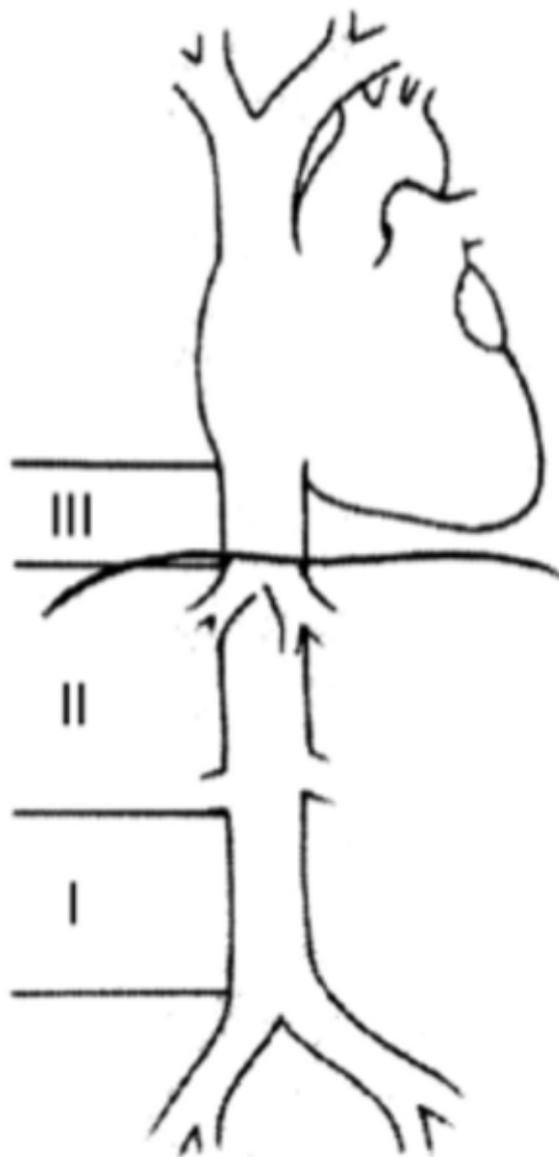


Figura 20. Classificação do leiomiossarcoma de veia cava inferior em três categorias.

Os leiomiossarcomas VCI são de crescimento lento e, pela sua localização retroperitoneal, muitas vezes se apresentam com sintomas inespecíficos, tardios e insidiosos, tais como dor abdominal, emagrecimento, massa abdominal palpável, febre, fraqueza, anorexia, vômitos, sudorese noturna e dispnéia^(4,5,7,8). Os casos relatados apresentaram quadros inespecíficos de dor abdominal, o que, provavelmente, retardou o diagnóstico.

Tumores do segmento inferior tendem a apresentar-se como massa em quadrante infe-

rior direito, dores lombares, edema de membros inferiores e, raramente, trombose venosa profunda devido à obstrução da VCI^(4,7,8).

Nos casos de tumores localizados no segmento médio, o paciente geralmente se queixa de dor no quadrante superior e fraqueza⁽⁴⁾. As veias renais podem estar envolvidas, resultando em hipertensão renovascular e, se ocorrer oclusão, o paciente pode ter síndrome nefrótica^(4,7,8).

Os tumores no segmento superior podem causar trombose venosa e supra-hepática, levando a diferentes graus de intensidade da síndrome de Budd-Chiari (hepatomegalia, icterícia e ascíte) por obstrução do efluxo venoso hepático^(2,4,7). Se houver extensão intracardíaca da doença no segmento superior, podem ocorrer arritmias atriais^(2,4).

A invasão local para tecidos adjacentes são mais frequentes⁽⁴⁾, com comprometimento da fáscia renal e do rim. As metástases a distância via hematogênica são raras e geralmente se localizam no pulmão, fígado e cérebro⁽⁴⁾. Nenhum dos casos relatados apresentava metástase a distância no diagnóstico e tratamento.

O tumor não aparece no exame físico em dois terços dos casos⁽⁷⁾. Em um terço dos casos, o tumor é diagnosticado apenas na necropsia^(7,8).

O diagnóstico diferencial de uma massa retroperitoneal envolvendo a VCI inclui leiomiossarcoma, angiossarcoma, trombo tumoral, tumor de suprarenal (feocromocitoma), carcinoma de células renais com extensão para a VCI, paraganglioma e tumor do estroma gastrointestinal (GIST)^(8,9). Os principais exames para diagnóstico são: ultrassonografia, tomografia computadorizada, angiogramografia e a ressonância nuclear magnética⁽⁸⁾.

O leiomiossarcoma de VCI tem um prog-

nóstico reservado^(11,12). De acordo com o trabalhos internacionais a sobrevida livre de doença e a taxa de sobrevida global após cirurgia com margens livres e ressecção ampla são de 31,4% e 7,4%, respectivamente^(2,11).

A literatura reporta uma maior incidência dos sarcomas de veia cava inferior nas mulheres e com idade média de 54,4 anos (variando de 15 a 83 anos)^(1,15).

A idade de um dos pacientes relatados se correlaciona com a idade média, segundo a literatura. Já os outros possuíam idade de 10 e 30 anos inferior a esta média. Quanto ao sexo, dois dos três pacientes relatados também seguem a predileção conforme a literatura.

Na revisão da literatura, a dor foi a queixa mais comum, encontrada em metade dos pacientes, e foi associada com tumores decorrentes de qualquer nível da VCI^(2,3,4,5,6,7). Além disso, vômitos, perda de peso e náuseas ocorreram em um quarto dos casos^(6,7). Um quinto dos pacientes relataram febre e fraqueza^(2,4,10). Além desses, outros sintomas encontrados na literatura relacionados com sarcoma de VCI foram: pericardite constritiva, valvulopatia cardíaca, alteração hepática, renal, doença pulmonar, trombose idiopática, trombose venosa profunda ou embolia pulmonar^(2,3,4,5,6,7).

A síndrome de Budd-Chiari (hepatomegalia, ascite, anasarca, insuficiência hepática e coma) foi encontrada em um quarto dos casos, tendo ocorrido quando os óstios das veias supra-hepáticas foram ocluídas pelo tumor, ou quando a propagação de trombos do tumor estendeu-se para o lúmen das veias supra-hepáticas^(2,7).

Kulayat e cols. em revisão de 130 casos de sarcoma de VCI, encontrou uma incidência de tumores originados no Nível 1 de 4,5%, Nível 2 de 27% e Nível 3 de 27,8%⁽⁷⁾. O nível de origem não foi especificado em 9% e em 31,5% o tumor

não pôde ser atribuído a um só nível da VCI⁽⁷⁾.

Conforme a literatura, em todos os pacientes o segmento médio foi o de maior incidência de acometimento, como ocorreu com os nossos pacientes. O prognóstico é melhor para tumores que envolvem o segmento médio da veia cava inferior em comparação com o segmento superior⁽⁷⁾. A presença de dor abdominal (que ocorre mais cedo no segmento médio, devido à rica inervação dos órgãos adjacentes), indica um prognóstico melhor, como também a ausência de massa palpável e ressecção radical do tumor^(2,6,8).

O leiomiossarcoma de veia cava inferior tem crescimento extraluminal em 62%, e intra e extraluminal em 33% e intraluminal em 5% dos casos^(2,5). O mesmo Kulaylat et al. encontraram quanto ao padrão de crescimento: intraluminal 6,8%, extraluminal em 29,3%, intraluminal e em 24% intra e extraluminal⁽⁷⁾. O padrão de crescimento não foi especificado em 12% dos casos⁽⁷⁾. O crescimento intrínseco teve uma tendência a estender intraluminalmente como um trombo tumoral propagação. Isto ocorreu em 33% dos casos⁽⁷⁾.

Com relação a nossa casuística, quanto a apresentação intra e/ou extraluminal, o paciente do sexo masculino apresentava crescimento intraluminal, o que, segundo a literatura, é uma apresentação mais rara. As pacientes do sexo feminino apresentavam um crescimento extraluminal, sendo este o tipo de crescimento mais comum conforme a literatura.

Relacionando a margem cirúrgica com o impacto na sobrevida, nenhum paciente sobreviveu por cinco anos com resultados de margens positivas, em comparação com 68% naqueles com margens negativas em um estudo realizado^(7,12). A sobrevida média é de 37 meses para pacientes submetidos à ressecção cirúrgica do

tumor, enquanto que, em comparação, a sobrevivência média sem ressecção é de apenas 1 mês^(1,7).

Conforme relatado, o paciente do sexo masculino, cujo tumor comprometeu o segmento médio retro-hepático, havia margem cirúrgica comprometida, porém evoluiu para óbito. Já a paciente do sexo feminino, do relato 1, apresentou tumor de veia cava inferior em segmento médio, margem cirúrgica comprometida e não foi possível seguimento por ter ido a óbito durante a radioterapia. Por fim, a paciente do relato 3, não apresentou margens comprometidas e se encontra assintomática sem doença.

Quanto aos exames de imagem para diagnóstico, a literatura demonstra que a ultrassonografia foi utilizada para descartar afecções hepatobiliares e pancreáticas e para confirmar a presença do tumor⁽¹³⁾. O tumor apareceu como uma massa com homogêneos ou heterogêneos padrões sonoros^(4,5,7,13). O exame de ultrassonografia é um exame de baixa precisão diagnóstica^(7,13). Ele pode evidenciar uma lesão lobulada hipocogênica, que pode estar rodeada por um anel hiperecoico⁽⁴⁾. Quando houver trombose intraluminal, pode se apresentar com imagem hiperecogênica⁽⁴⁾.

O ultrassom Doppler deu informações sobre a permeabilidade do sistema venoso portal ou sistêmica^(5,7).

Já a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância nuclear magnética (RNM) são utilizadas como padrão ouro para detecção do tumor, seu padrão de crescimento, relação com as estruturas circunjacentes, bem como para observar a presença de obstrução da veia cava^(1,3,4,5,7,8,10,13).

Na tomografia computadorizada, o tumor aparece com baixa densidade, sólido, ou massa heterogênea comprimindo a VCI⁽¹³⁾. Além dis-

so, apresenta realce de contraste leve a moderado, especialmente periféricamente entre o crescimento intraluminal e a parede cava^(4,5,7,10,11,13).

O exame tomográfico permite ainda delimitar a massa tumoral e avaliar sua vascularização com o uso de contraste endovenoso^(4,13,14). Esse exame apresenta uma sensibilidade de 78% e uma especificidade de 96% para o diagnóstico de tumores da veia cava^(13,14). Já a ressonância magnética apresenta uma sensibilidade de 95% e uma especificidade de 100% na detecção de tumores da veia cava inferior^(4,13,14). A RNM fornece informações semelhantes à tomografia computadorizada, mas o corte sagital é mais informativo quanto à extensão do tumor e trombo tumoral^(4,7,13,14).

A cavografia, por sua vez, permite elucidar a extensão da tumoração intraluminal, bem como o grau de circulação colateral^(2,4,7,14). Apresenta sensibilidade de 97%⁽⁴⁾. A obstrução total da veia cava inferior torna o exame de cavografia pouco específico, apesar de sua alta sensibilidade^(4,14).

A biópsia percutânea guiada permite o diagnóstico do subtipo histológico do tumor, mas não do órgão de origem⁽⁷⁾. A paciente do relato 3 realizou biópsia percutânea guiada por ultrassonografia, o que permitiu o diagnóstico histológico.

Em relação ao tratamento cirúrgico, na maior casuística relatada na literatura, Migole et al. (218 casos relatados) e por Kulaylat et al. (130 casos), o tumor não foi ressecado em 30% dos casos^(2,7). Houve tentativa de ressecção em dois casos que resultaram em hemorragia grave e morte, sendo que, em 32,5% de suas casuísticas, foi realizada uma laparotomia sem ressecção do tumor^(2,7). Em 66,9% dos casos o tumor foi ressecado^(2,7). Em nossa casuística, os três casos foram passíveis de ressecção, sendo

que dois deles com margens comprometidas microscópicas.

Em geral, a excisão completa com margem livre de tumor é o ideal. No entanto, quando não é possível, a citorredução (*debulking*) paliativa deve ser oferecida e realizado tratamento complementar^(2,7). Na casuística de Migole e Kulaylat a excisão parcial foi realizada em seis casos (6,7%)^(2,7).

As taxas de sobrevida de pacientes submetidos à ressecção completa foi de 49,4% em cinco anos e 29,5% em 10 anos, enquanto a sobrevida livre de doença foi de 31,7% em cinco anos e 7,4% em 10 anos^(6,15).

Quanto à sobrevida nos nossos pacientes, o caso 2 foi a óbito no primeiro pós-operatório por choque hemorrágico, o caso 1 foi a óbito durante a radioterapia por provável tromboembolismo pulmonar. Já o caso 3 permanece assintomática até o momento.

Atualmente, as ressecções são mais frequentes devido ao advento de técnicas utilizadas em transplante hepático e de novas próteses vasculares, recompondo a VCI^(7,15). Ocasionalmente, a ressecção é impossível e, se a tumoração está abaixo das renais, há a possibilidade de ligadura da veia cava inferior, já que se estabelece circulação colateral adequada^(14,16,17). O leiomiossarcoma localizado no segmento médio da veia cava inferior pode ser ressecado tangencialmente, seguido de sutura primária se as margens de segurança permitirem e, se necessário, uma ressecção radical para reconstrução pode ser realizada com utilização de prótese de politetrafluoroetileno (PTFE), dacron ou prótese de pericárdio bovino^(4,7,15,16).

Quanto à técnica utilizada – a ressecção de tumores da VCI – deve-se utilizar técnicas de padrão vascular, ou seja, controle proximal e distal da VCI e seus afluentes proximal e distal,

incluindo a veia renal bilateral^(7,15). Mais recentemente, o *bypass* e a circulação extracorpórea veno-venosa vêm auxiliar nessas cirurgias⁽¹⁵⁾. A extensão da ressecção da veia (tangencial ou segmentar) depende da permeabilidade da VCI e o grau de envolvimento pelo tumor^(7,15). A patência da VCI, em casos de excisão tangencial, a reconstrução pode ser realizada por meio de rafia da veia^(7,8,15). Ligadura da VCI em ressecção segmentar era comumente utilizada^(8,15). Diversas formas podem ser empregadas para a restauração de fluxo sanguíneo: pode-se realizar anastomose primária, reinserção ou próteses sintéticas (politetrafluoretileno [PTFE] ou dácron), de preferência em uma posição anatómica. Veia autóloga (veia safena magna) não é usado rotineiramente⁽⁸⁾. Os pacientes devem receber antibiótico profilático rotineiramente, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório^(8,15).

A substituição com enxerto (enxerto autólogo ou sintético) da VCI é o padrão hoje utilizado^(8,15). Anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários não são administrados rotineiramente^(8,15).

A complicação intraoperatória mais comum na ressecção completa é a hemorragia (3,5%)^(7,8,16,17). A morbidade pós-operatória é de 15% e o mais comum é a flebite^(8,15). Morte no pós-operatório, decorrente da cirurgia, apresenta uma incidência de 6% na literatura^(7,17).

Em relação à técnica cirúrgica empregada em nossos casos, a sutura primária da veia cava inferior não foi possível. Portanto, a utilização de prótese foi mandatória. Em dois pacientes foi utilizada uma prótese de PTFE de 18mm e, no outro caso, foi utilizada uma prótese de Dacron 18mm devido a impossibilidade de acesso à prótese de PTFE.

O tratamento com quimioterapia adjuvan-

te é administrada em casos de margem comprometida macro ou microscópica, mas ultimamente tem sido indicada nos casos em que o tumor foi completamente ressecado^(7,17). O impacto de tal modalidade de tratamento não pode ser apurado devido ao pequeno número de casos tratados, a variabilidade dos agentes utilizados, a sua dose e duração de administração, bem como a seleção dos pacientes^(7,17). Os benefícios teóricos da terapia adjuvante seriam eliminar micrometástases e evitar progressão ou recorrência da doença⁽⁷⁾.

A quimioterapia neoadjuvante foi realizada em alguns casos da literatura e permitiu a ressecção do tumor em alguns poucos casos^(12,17). A quimioterapia no pós-operatório ou adjuvante, não parece impactar significativamente no resultado da ressecção⁽¹²⁾. Apesar do benefício não comprovado, dado o mau prognóstico do tumor e sua baixa casuística, as taxas de respostas aos protocolos de quimioterapia de sarcoma é de aproximadamente 50%. A terapia neoadjuvante seria indicada em casos de leiomiossarcoma de cava de alto risco^(7,12,16).

Em casos de doença recorrente após o tratamento complementar, pode ser realizada uma nova ressecção, quimioterapia, radioterapia ou uma combinação destas^(2,5,7). A excisão cirúrgica de metástase solitária ou *dubulking* apresenta-se como bom tratamento paliativo e com uma sobrevivência alcançada variando de 12 a 90 meses⁽⁷⁾.

O papel da quimioterapia e da radioterapia para sarcomas retroperitoneais não é claro⁽⁷⁾. Nenhuma quimioterapia demonstrou clara melhoria do resultado⁽⁷⁾. Segundo a NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Clinical Practice Guidelines in Oncology, a recomendação de quimioterápicos para tumores de partes moles em retroperitônio e intra-abdominal são

os esquemas de associação de quimioterápicos: AD (doxorubicina, dacarbazina), AIM (doxorubicina, ifosfamida, mesna), MAID (mesna, doxorubicina, ifosfamida e dacarbazina)⁽¹⁸⁾.

A radioterapia é utilizada em tumor de alto grau e/ou tumor com margem comprometida e tumores recorrentes⁽⁸⁾. Pode ser realizada também intraoperatória ou após a cirurgia^(8,15).

Em nossa casuística, uma paciente realizou quimioterapia neoadjuvante com três ciclos de doxorubicina, mesna e ifosfamida, seguida de cirurgia e, após, tratamento com radioterapia com IMRT, de leito operatório com 45Gy (25x180 cGy) + booster de 16Gy. Outra paciente realizou quimioterapia adjuvante após a cirurgia e iniciou radioterapia.

Munele et. al. publicou recentemente uma casuística de quatro pacientes com leiomiossarcoma de VCI tratados com radioterapia neoadjuvante (47.5 Gy), seguida de cirurgia radical e reconstrução com veia autóloga (safena)⁽¹⁹⁾. A radioterapia neoadjuvante, neste trabalho, mostrou um controle local de 100% dos casos, com ressecção completa do tumor⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

O leiomiossarcoma de VCI é um tumor raro, que normalmente afeta mulheres. Nesta revisão, as manifestações clínicas foram diversificadas e inespecíficas, mas com predomínio de

dor abdominal. Na ausência de sinais específicos e marcadores de confiança, um alto índice de suspeita deve levar o médico a solicitar exames complementares de imagem. A RMN e a biópsia guiada permitem o diagnóstico preciso, estadiamento e delineamento da extensão do tumor.

O tumor cresce lentamente sem sintomatologia, assume grandes proporções e às vezes com infiltração direta de estruturas vizinhas.

Tumores do 1/3 inferior da VCI, com ressecção incompleta, presença de invasão capsular e alto grau histológico, apresentam mau prognóstico.

A ressecção cirúrgica do tumor com uma margem livre foi a única modalidade terapêutica associada a aumento da sobrevida.

A reconstrução da VCI nem sempre é obrigatória, mas, quando utilizada, essa pode ser de material sintético, como Dácron ou PTFE, ou material biológico, como veia safena. Quando é irressecável, um *debulking* combinado com quimioterapia e radioterapia apresentou bons resultados paliativos.

O papel da quimioterapia neoadjuvante não é clara, mas pode ajudar a reduzir o tamanho do tumor e aumentar a taxa de ressecabilidade. A quimioterapia adjuvante pode ser indicada em tumores de alto risco, associada com radioterapia.

ABSTRACT

BACKGROUND: Leiomyosarcoma of the inferior vena cava is a rare tumor of retroperitoneal of soft tissue which has around 300 cases reported in the literature. In this study we report the clinical experience of treating three cases of leiomyosarcoma of the inferior vena cava.

METHODS: Between June 2009 and January 2012, three patients (one from SUS – public health service in Brazil and two from private health plans) were treated at the Hospital Evangelico in Curitiba. Data and monitoring of patients were retrospectively reviewed to obtain the details of this presentation.

RESULTS: There were two women and one man. All of them presenting located tumors. The first patient was 45 years old, female and presented abdominal pain and palpable mass in epigastrium. Computed tomography and angiography were complementary tests used for diagnosis. Surgical excision of the tumor was the treatment of choice, followed by interposition of prosthesis of polytetrafluoroethylene (PTFE) 18mm. The patient completed the treatment with adjuvant chemotherapy and then she was forwarded to radioterapy. During radiotherapy she died of pulmonary embolism. The second patient, 56 years old, male, presenting clinical abdominal pain and loss of weight. Computed tomography was the complementary exam used for the diagnosis. He was submitted to surgical excision of the vena cava retrohepatic with interposition of a Dacron prothesis of 18 mm. The patient died due to hemorrhage and hypovolemic shock on the second day after the surgery. The third patient was 27 years old, female, presenting abdominal pain. Tomography was used as diagnosis exam. Due to the big dimension of the tumor and its proximity to the right kidney and right renal vein neoadjuvant chemotherapy was chosen as treatment. So, the biopsy was performed by guided by ultrasound. There was a response of more than 50% after 3 cycles of chemotherapy and she was submitted to surgery to remove the tumor and an interposition prosthesis of polytetrafluoroethylene (PTFE) was implanted. After treatment, she was subjected to radioterapy. The patient is alive and asymptomatic after 1 year of follow up.

CONCLUSION: The inferior vena cava leiomyosarcoma is a rare tumor that presents itself with non specific symptoms of abdominal pain. They are usually presented as large tumors and offer technical difficulties for resection. The neo-adjuvant chemotherapy is an interesting proposal to improve the techniques of resection. Surgical treatment offers the best results of curability.

KEYWORDS: *Leiomyosarcoma; Vena Cava, Inferior.*

REFERÊNCIAS

1. Mullen JT, DeLaney TF. Clinical features, evaluation, and treatment of retroperitoneal soft tissue sarcoma. Official reprint from UpToDate. Last Literature review version 19.2 [monografia na internet] Jan 2011 [Acesso em 24 Set 2011]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-treatment-of-retroperitoneal-soft-tissue-sarcoma?view=print>.
2. Mingoli A, Cavallaro A, Sapienza P, Di Marzo L, Feldhaus RJ, Cavallari N. International registry of inferior vena cava leiomyosarcoma: Analysis of a world series on 218 patients. *Anticancer Res.* 1996 Sep-Oct;16(5B):3201-5.
3. Hollenbeck ST, Grobmyer SR, Kent KC, Brennan MF. Surgical treatment and outcomes of patients with primary inferior vena cava leiomyosarcoma. *J Am Coll Surg.* 2003 Oct;197(4):575-9.
4. Abisi A, Morris-stiff GJ, Scott-Coombes D, Williams IM, Douglas-Jones AG, Puntis MC. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: Clinical experience with four cases. *World J Surg Oncol.* 2006 Jan 4;4:1.
5. Ameeri S, Butany J, Collins MJ, Nair V, Korosh K, Kandel R, Rubin B. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava. *Cardiovasc Pathol.* 2006 May-Jun;15(3):171-3.
6. Tan G, Chia K. An Unusual Case of Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava in a Patient With a Duplicated Inferior Vena Cava. *Ann Vasc Surg.* 2009 Mar;23(2):256.e13-8.
7. Kulaylat MN, Karakousis CP, Doerr RJ, Karamanoukian HL, O'brien J, Peer R. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: a clinicopathologic review and report of three cases. *J Surg Oncol.* 1997 Jul;65(3):205-
8. Bonura A, Saade C, Sharma P. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava. *Australas Radiol.* 2006 Aug;50(4):395-9.
9. Schwarzbach MH, Hormann Y, Hinz U, Leowardi C, Böckler D, Mechttersheimer G, et al. Clinical results of surgery for retroperitoneal sarcoma with major blood vessel involvement. *J Vasc Surg.* 2006 Jul;44(1):46-55.
10. Kyriazi MA, Stafyla VK, Chatzinikolaou I, Koureas A, Chat-

- ziioannou A, Kondi-Paphiti A, et al. Surgical Challenges in the Treatment of Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava: Analysis of Two Cases and Brief Review of the Literature. *Ann Vasc Surg.* 2010 Aug;24(6):826.e13-7.
11. Kieffer E, Alaoui M, Piette JC, Cacoub P, Chiche L. Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava: experience in 22 cases. *Ann Surg.* 2006 Aug;244(2):289-95.
 12. Tameo MN, Calligaro KD, Antin L, Dougherty MJ. Primary leiomyosarcoma of the inferior vena cava: Reports of infrarenal and suprahepatic caval involvement. *J Vasc Surg.* 2010 Jan;51(1):221-4.
 13. Mingoli A, Feldaus RJ, Cavallaro A, Stipa S. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava: Analysis and search of the world literature on 141 patients and report of three new cases. *J Vasc Surg.* 1991 Nov;14(5):688-99.
 14. Ganeshalingam S, Rajeswaran G, Jones RL, Thway K, Moskovic E. Leiomyosarcomas of the inferior vena cava: diagnostic features on cross-sectional imaging. *Clin Radiol.* 2011 Jan;66(1):50-6.
 15. Bonura A, Saade C, Sharma P. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava. *Australas Radiol.* 2006 Aug;50(4):395-9.
 16. Cho SW, Marsh JW, Geller DA, Holtzman M, Zeh H 3rd, Bartlett DL, Gamblin TC. Surgical Management of Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava. *J Gastrointest Surg.* 2008 Dec;12(12):2141-8.
 17. Ito H, Hornick JL, Bertagnolli MM, George S, Morgan JA, Baldini EH, et al. Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava: Survival After Aggressive Management. *Ann Surg Oncol.* 2007 Dec;14(12):3534-41.
 18. Daylami R, Amiri A, Goldsmith B, Troppmann C, Schneider PD, Khatri VP. Inferior Vena Cava Leiomyosarcoma: Is Reconstruction Necessary after Resection? *J Am Coll Surg.* 2010 Feb;210(2):185-90.
 19. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines™). Soft Tissue Sarcoma [monografia na internet] Washington: NCCN; 2011 [acesso em 07 Dez 2011]. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/sarcoma.pdf
 20. Munene G, Mack LA, Moore RD, Temple WJ. Neoadjuvant Radiotherapy and Reconstruction Using Autologous Vein Graft for the Treatment of Inferior Vena Cava Leiomyosarcoma. *J Surg Oncol.* 2011 Feb;103(2):175-8.

Recebido em: 10/01/2012

Aprovado em: 10/02/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

João Carlos Simões

Rua Nicolau J. Gravina, 65. CEP 82025-265 - Curitiba-PR

E-mail: drjcs@uol.com.br

MÉDICOS RESIDENTES TERÃO DIREITO A BOLSA EXTRA-ANUAL SEMELHANTE AO 13º

A Comissão de Seguridade Social e Família aprovou em 28 de março o projeto de lei 6.146/09 do deputado Arlindo Chinaglia (PT-SP) que assegura ao médico-residente uma bolsa extra-anual, semelhante ao 13º salário. O benefício deverá ter por base o valor da bolsa do mês de dezembro de cada ano. O PL assegura também à médica-residente licença gestante pelo período de 180 dias.

A Residência Médica é a única forma de pós-graduação reconhecida pelo Ministério da Educação. O projeto vai atender a uma demanda de cerca de 22 mil médicos residentes no país que atuam nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Chinaglia enfatiza que o trabalho árduo dos médicos-residentes, a dura jornada de trabalho devem

ser reconhecidos. Segundo a deputada Jandira Feghali (RJ), a residência médica ainda é tratada como algo às vezes sem importância. “O projeto avança em alguns aspectos, principalmente do 13º salário”, ressaltou ela.

O projeto também estabelece que as instituições responsáveis por programas de residência médica que não fornecerem alimentação e moradia aos residentes deverão pagar mensalmente percentuais de 10% e 30% da bolsa, respectivamente, como auxílio alimentação e moradia.

Agora o projeto, que tramita em caráter conclusivo, será analisado pelas Comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania. Não precisa ir a Plenário a não ser que haja recursos.

Análise da relevância dos exames laboratoriais pré-operatórios solicitados em cirurgias eletivas em um hospital universitário

Analysis of the Relevance of Pre-operative Laboratory Exams Ordered In Elective Surgeries In a University Hospital

Mariana Escani Guerra¹
Caroline de Souza Pereira¹
Diogo Parente Falcão²
Marcos Fabiano Sigwalt³
James Skinovsky³

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar os exames complementares solicitados na avaliação pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgias eletivas, assim como o impacto daqueles com resultados alterados na conduta da equipe médica e as eventuais complicações pós-operatórias decorrentes de tais alterações.

MÉTODOS: Foram revisados os prontuários eletrônicos de todos os pacientes submetidos a cirurgias eletivas em um hospital universitário na cidade de Curitiba durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. As variáveis avaliadas foram: sexo, idade, comorbidades, tipo de cirurgia, exames pré-operatórios solicitados, alteração de conduta perante os resultados e complicações pós-operatórias.

RESULTADOS: Quinhentos e vinte cinco prontuários foram analisados, 82 deles resultaram em perdas e 443 casos foram utilizados no estudo. Os principais exames laboratoriais solicitados no pré-operatório, que correspondem por 69,5% de todos os exames pedidos, foram: hemograma, creatinina, coagulograma, glicemia de jejum, potássio e sódio. Do total de exames solicitados, 19,8% apresentaram resultados alterados. Em 1,8% dos casos analisados houve alteração de conduta em relação ao procedimento cirúrgico devido ao resultado alterado do exame (IC de 95%: 0,6%-3,1%). Para cada um dos sete exames mais solicitados, testou-se a hipótese de que a alteração de seu resultado geraria mudança na conduta médica. Os únicos exames com resultados alterados que levam a tal mudança são o coagulograma e a glicemia de jejum com um p:0,01 e p:0,008 respectivamente.

Trabalho realizado no Hospital da Cruz Vermelha do Paraná – Curitiba (PR), Brasil.

1. Acadêmicas do 6º ano Medicina da UnicenP.
2. Cirurgião Geral.
3. Mestres e Doutores em Clínica Cirúrgica.

CONCLUSÃO: Após a análise detalhada dos dados apresentados, podemos concluir que os exames laboratoriais são solicitados excessivamente para pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos; há baixa incidência de alteração na conduta médica decorrente das alterações dos exames complementares e a associação entre resultados de exames alterados e complicações pós-operatórias é relativamente baixa.

DESCRITORES: *Período pré-operatório; Complicações pós-operatórias; Cirurgia geral.*

Guerra ME, Pereira CS, Falcão DP, Sigwalt ME, Skinovsky J. Análise da relevância dos exames laboratoriais pré-operatórios solicitados em cirurgias eletivas em um hospital universitário. Rev. Med. Res. 2012; 14 (1): 47-53.

INTRODUÇÃO

A avaliação clínica pré-operatória cuidadosa é indiscutivelmente importante para se conhecer o paciente e dessa forma oferecer a ele o menor risco cirúrgico possível. Apesar dos grandes avanços tecnológicos na propedêutica complementar, um bom exame clínico ainda é insuperável, já que quando feito meticulosamente é suficiente para diminuir em até 60% a quantidade de exames pré-operatórios⁽¹⁾.

Pacientes assintomáticos, sem doenças pré-existentes e menores de 50 anos apresentam risco muito baixo de complicações perioperatórias⁽²⁾. Smetana et al. ressaltam que o risco cirúrgico eleva-se com a idade, aumentando de 1,3% para menores de 60 anos em uma cirurgia eletiva, para 11,3% para pacientes entre 80 e 89 anos. Os exames complementares têm como objetivo estabelecer ou confirmar as condições clínicas do paciente, descobrir afecções inaparentes, identificar causas que elevem o risco cirúrgico para assim prevenir eventuais complicações per e/ou pós-operatórias e auxiliar no planejamento de planos específicos para o cuidado anestésico⁽³⁾.

Não há atualmente uma padronização na literatura da avaliação pré-operatória, o que leva a uma grande divergência entre os serviços e uma requisição desproporcional à necessidade de exa-

mes pré-operatórios. Outra questão a ser avaliada é que a solicitação arbitrária de exames leva a um aumento nos gastos tanto para o Sistema Único de Saúde quanto para os sistemas complementar e privado, além do fato de que aumenta a chance de serem encontradas anormalidades sem significado clínico, mas que levem a maior investigação médica, gerando maiores custos, atrasos na cirurgia e maior morbidade ao paciente⁽⁴⁾.

Este estudo tem como objetivo avaliar os exames complementares solicitados no período pré-operatório de pacientes submetidos a cirurgias eletivas, assim como o impacto dos resultados alterados na conduta da equipe médica e as eventuais complicações pós-operatórias decorrentes de tais alterações.

MÉTODOS

No período de janeiro a abril de 2011 foram revisados os prontuários eletrônicos de todos os pacientes submetidos a cirurgias eletivas no serviço de cirurgia geral do Hospital da Cruz Vermelha do Paraná, na cidade de Curitiba, durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Foram analisados 525 prontuários e as variáveis avaliadas foram: sexo, idade, comorbidades, tipo de cirurgia, exames pré-operatórios solicitados, alteração de conduta perante

os resultados e complicações pós-operatórias.

Os resultados foram distribuídos em tabelas do Excel para posterior análise estatística. As variáveis quantitativas foram apresentadas por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões. Para variáveis qualitativas foram apresentadas frequências e percentuais. Intervalos de confiança de 95% foram construídos para estimar parâmetros de interesse. Para avaliar a associação entre duas variáveis qualitativas foi considerado o teste de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Para a comparação de dois grupos em relação a variáveis quantitativas foi usado o teste "t" de Student para amostras independentes. A condição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Na análise multivariada foi ajustado um modelo de Regressão Logística, considerando-se a presença ou não de complicações no pós-operatório como variável resposta e as variáveis idade, sexo e resultado de glicemia em jejum como variáveis explicativas. O teste de Wald foi usado para avaliar a importância de cada variável explicativa sobre a probabilidade de complicações. Após o ajuste do modelo foram estimados os valores de odds ratio (OR), com intervalos de confiança de 95%. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram organizados em planilha Excel e analisados com o programa computacional Statistica v.8.0.

RESULTADOS

Inicialmente foram analisados 525 prontuários, dos quais resultaram 82 perdas (15,6%) por preenchimento incorreto do prontuário, obtendo-se 443 casos utilizados no estudo. Do total apresentado, 52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino. A média geral da idade foi de 48 anos (15-86 anos). No sexo feminino a média foi de 46 anos (desvio padrão de 15,6), no

masculino 49 anos (desvio-padrão 16,8).

Em relação às comorbidades, 54 prontuários não apresentavam informações a respeito dessa variável. Em 171 casos (44%) avaliados foram encontradas comorbidades das mais diversas etiologias. O IC (intervalo de confiança) de 95% foi de 39% a 49%. As mais prevalentes estão apresentadas na tabela 1. Dos pacientes avaliados, 49% apresentaram associações diversas de comorbidades e 56% do total de casos estudados não apresentaram comorbidades.

Tabela 1. Doenças mais prevalentes entre os 171 casos com comorbidades.

Comorbidade	Frequência	Percentual
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	91 casos	53%
Diabetes Mellitus (DM)	17 casos	9,9%
Hipotireoidismo e Asma	15 casos cada	8,7%
Nefrolitíase	5 casos	2,9%

Foram realizados 45 tipos de cirurgias, sendo as mais prevalentes apresentadas na tabela 2. Dos pacientes estudados, 3,4% foram submetidos a mais de um procedimento no mesmo ato operatório.

Tabela 2. Principais cirurgias realizadas no período estudado.

Procedimento	Casos	Porcentagem
Colecistectomia	152 casos	34,3%
Herniorrafia inguinal unilateral	85 casos	19,1%
Exereses de tumor de pele e anexos cutâneos	39 casos	8,8%
Herniorrafia incisional	35 casos	8,1%
Herniorrafia umbilical	30 casos	6,8%

Todos os casos foram avaliados em busca de complicações no pós-operatório, as quais estiveram presentes em 9% dos pacientes, variando em 26 etiologias. As mais prevalentes estão apresentadas na tabela 3.

Tabela 3. Principais complicações no pós-operatório no período estudado.

Complicação	Casos	Porcentagem
Infecção na ferida operatória	13 casos	32,5%
Óbito	5 casos	12,5%
Seroma ou Deiscência ou Hipocalemia	4 casos cada	10%
Evisceração ou Hematoma	2 casos cada	5%
Outros	15 casos	37,5%

Os 443 prontuários utilizados no estudo tiveram a avaliação pré-operatória minuciosamente analisada, com destaque para os exames laboratoriais solicitados para cada paciente. Os principais estão registrados na tabela 4 e representam cerca de 69,5% de todos os exames pedidos.

Tabela 4. Principais exames laboratoriais solicitados no pré-operatório.

Exame solicitado	Casos	Porcentagem
Hemograma	413 casos	93,2%
Creatinina	370 casos	83,5%
Coagulograma	367 casos	82,8%
Glicemia Jejum	337 casos	76,1%
Potássio	92 casos	20,8%
Sódio	90 casos	20,3%

Do total de exames solicitados, 19,8% apresentaram resultados alterados.

Dos 443 pacientes que realizaram exames laboratoriais no pré-operatório, em oito deles (1,8%) houve alteração de conduta em relação ao procedimento cirúrgico devido ao resultado alterado do exame. O IC de 95% é de 0,6% a 3,1%. Para cada um dos sete exames mais solicitados, testou-se a hipótese de que a alteração do resultado do exame geraria mudança na conduta. Com um valor de $p < 0,05$, os únicos exames alterados que levam à mudança na conduta médica são o coagulograma e a glice-

mia de jejum, com um $p: 0,01$ e $p: 0,008$ respectivamente. A probabilidade de alteração na conduta é significativamente maior quando há alteração nesses exames. Para os demais exames avaliados não foi encontrada associação significativa com mudança de conduta.

DISCUSSÃO

Os pilares da avaliação pré-operatória são compostos pela anamnese e exame físico. A partir desses dados pode-se melhor otimizar a condição pré-operatória do paciente e orientar o médico para a solicitação de exames laboratoriais, relacionando também com o tipo de procedimento a ser realizado. Entretanto, muitos médicos acabam solicitando uma rotina laboratorial sem uma avaliação clínica inicial, seja por mero costume ou até mesmo por proteção médico-legal. Porém, a literatura evidencia que a solicitação de exames sem critério para todos os pacientes não traz informações úteis e não diminui os efeitos adversos, além de gerar desperdício dos recursos destinados à saúde e aumentar a morbidade da avaliação pré-operatória devido aos resultados falso-positivos que demandam investigações complementares desnecessárias, com custo financeiro e psicológico. Ressalta-se que a incidência de resultados falso-positivos em pacientes clinicamente saudáveis é elevada^(2,4).

Corroborando com dados existentes na literatura, o presente estudo mostra o exagero de testes laboratoriais solicitados no pré-operatório e desnecessidade dos mesmos, principalmente em pacientes saudáveis, na maioria das condutas anestésicas e cirúrgicas. Narr e col. acompanharam 1.044 pacientes saudáveis que se submeteram a cirurgias eletivas sem a realização prévia de exames laboratoriais, não se observando qualquer morbidade ou óbito periopera-

tórios. No presente estudo, 56% dos pacientes não apresentavam comorbidades e mesmo assim realizaram exames laboratoriais^(5,6).

Foi solicitado um total de 2.334 exames laboratoriais para os 443 pacientes analisados, resultando em uma média de 5,2 exames de laboratório para cada paciente. Issa e col. realizaram um estudo semelhante, porém analisaram conjuntamente raio-X de tórax e eletrocardiograma, chegando a uma média de 5,3 exames para cada paciente⁽⁶⁾. Após a análise dos testes, totalizamos cerca de 19,8% de resultados alterados. No entanto, apenas em 1,8% do total de pacientes houve alteração de conduta devido a anormalidade encontrada nos exames; essa baixa proporção foi corroborada pela literatura. Ajimura e col. analisaram 951 pacientes com mais de 40 anos, submetidos a cirurgias eletivas no Hospital de Clínicas de São Paulo, e concluíram que nenhuma conduta foi alterada no procedimento anestésico e/ou cirúrgico devido aos resultados de exames pré-operatórios. Delahunt e Turnbull estudaram 860 pacientes que foram submetidos à cirurgia eletiva e encontraram 20% dos exames anormais. Em nenhum desses casos houve qualquer mudança no procedimento proposto^(7,8,9).

Smetana et al. ressaltam que a anemia está presente em apenas 1% dos pacientes assintomáticos, tendo uma prevalência ainda menor se for considerada cirurgicamente significativa. Porém, eles apontam que níveis baixos de hemoglobina são fatores preditivos de mortalidade pós-operatória, mas não está claro se o risco pode ser modificado por intervenções para alterar esses valores. Dessa forma, seria recomendada a solicitação de tais exames apenas em pacientes que serão submetidos a cirurgias com risco de sangramento significativo ou com história progressiva de anemias, neo-

plasias, insuficiência renal ou que, ao exame físico, apresentam palidez cutâneo-mucosa ou taquicardia e que serão submetidos a qualquer procedimento cirúrgico. Em nosso estudo o hemograma foi o exame com o maior percentual de alteração encontrado. Porém, ao cruzar a relevância de sua alteração com a possibilidade de complicações no pós-operatório, chegou-se a um $p=1$, o que evidencia sua baixa relevância na avaliação do paciente^(2,10).

Há autores que defendem que a solicitação de plaquetas deve ser reservada apenas para pacientes com história de sangramento fácil, uso de drogas indutoras de plaquetopenia e pacientes com doenças mieloproliferativas. A literatura afirma que o tempo de atividade da protrombina (TAP) não deve ser utilizado como exame de screening, pois um teste anormal pode não prever sangramento e um teste normal pode não ser capaz de prever a ausência de sangramento. O tempo da tromboplastina parcial (TTPA) também não é capaz de prever efetivamente o sangramento perioperatório. Ajimura e col. encontraram TTPA alterado em até 25,64% dos casos, porém sem necessidade de alterar a conduta do paciente. Há estudos ressaltando a importância de se fazer um estudo de coagulação em pacientes com história sugestiva de anormalidades de coagulação, em uso de anticoagulantes ou irá fazer uso de anticoagulantes no pós-operatório para um valor basal de comparação. Segundo os autores Velanovich e Ajimura e col., o coagulograma de rotina é desnecessário, pois não previne hemorragias perioperatórias. Somente os pacientes com história clínica positiva e que tenham testes de coagulação anormais no pré-operatório poderão eventualmente modificar o manejo anestésico e o plano de cirurgia eletiva. No presente estudo, o coagulograma foi solicitado em 82,8% dos ca-

sos, estando alterando em 18,05% das vezes. Ao se realizar a análise estatística concluiu-se com um p significativo ($p=0,011$) que sua alteração está positivamente relacionado com alteração da conduta por parte da equipe médica, porém não esteve relacionado com complicações no pós-operatório ($p=0,324$)^(2,8,11).

O diabetes mellitus apresenta um risco expressivo de complicações cardiovasculares no pós-operatório, porém a prevalência de testes alterados de glicemia de jejum é muito baixa para se justificar um rastreio em todos os pacientes submetidos a cirurgias. Há estudos que defendem que a glicemia de jejum só deve ser solicitada para pacientes com suspeita clínica de diabetes, indivíduos obesos ou com diagnóstico prévio de diabetes. Smetana et al. apontam que 25% das pessoas acima de 60 anos apresentam valores anormais de glicemia. Porém, segundo Velanovich, apesar do diabetes mellitus aumentar o risco de morte pós-operatória, a hiperglicemia isolada não predispõe a complicações pós-operatórias^(2,3,11).

A avaliação da literatura evidencia que não há consenso atual para a criação de um protocolo de avaliação pré-operatório. O único ponto em que a maioria dos autores concorda é que a melhor abordagem é embasada em uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso. O nosso estudo evidenciou que os únicos exames estatisticamente associados com alteração de conduta são coagulograma e glicemia de jejum, e o único exame estatisticamente significativo associado com

complicação no pós-operatório foi a dosagem de potássio sérico. Tais dados corroboram as evidências de que a solicitação de exames sem critério clínico não produzem uma maior segurança para o paciente e para a equipe, mas sim causam aumento no custo para o sistema de saúde público e complementar e sobrecarga psicológica por eventuais resultados falso-positivos e suas consequências. A avaliação de cada paciente deve ser individualizada de acordo com sua história mórbida atual, progressiva e medicamentosa, contextualizando com o porte de sua cirurgia e seus riscos inerentes, sendo justificada a ausência de exames laboratoriais caso a avaliação clínica seja suficiente^(6,14).

CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que:

1. Os exames laboratoriais são solicitados em excesso, de forma rotineira e sem justificativa para pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos.
2. Ocorre baixa incidência de alteração de conduta médica decorrente das alterações dos exames complementares.
3. A associação entre resultados de exames alterados e complicações pós-operatórias é relativamente baixa.

Diante de tais conclusões, a melhor conduta perante o paciente cirúrgico é uma anamnese e um exame físico primoroso para sequencialmente decidir de forma individualizada os exames complementares necessários, caso haja a necessidade de algum.

ABSTRACT

BACKGROUND: To evaluate the requested additional tests in the pre-operative evaluation of patients undergoing elective surgery, as well as the impact of those with abnormal results in the conduct of medical staff and any postoperative complications arising from such changes.

METHODS: We reviewed the electronic records of all patients undergoing elective surgery at a uni-

versity hospital in the Curitiba from January 2009 to December 2010. The evaluated variables were gender, age, comorbidities, type of surgery, requested pre-operative exams, change in the conduct due to the results of the exams and pos-operative complications.

RESULTS: 525 charts were analyzed, 82 of them resulted in losses and 443 cases were used in the study. The main laboratory tests requested in the pre-operative, corresponding to 69.5% of all requested examinations were: complete blood count, creatinine, coagulation profile, fasting glucose, potassium and sodium. Of all the requested exams, 19.8% presented abnormal results. In 1.8% of cases there was a change of conduct in relation to the surgical procedure due to altered results of the examination (95% CI: 0.6% -3.1%). For each of the seven most required exams it was tested the hypothesis that the alteration in its results would generate change in the medical conduct. The only tests with abnormal results that lead to such change are coagulation and fasting glucose with p: 0.01 p: 0.008 respectively.

CONCLUSION: After detailed analysis of the presented data, we conclude that laboratory tests are excessively requested for patients undergoing surgical procedures, there is low incidence of change in medical conduct resulting from changes

In the exams and the association between test results and altered pos-operative complications is relatively low.

KEYWORDS: *Pre-operative Period; Postoperative Complications; General Surgery.*

REFERÊNCIAS

1. Rojas-Rivera W. Evaluación de los exámenes preoperatorios. Acta Méd Costarric. 2006 Oct; 48(4): 208-11.
2. Sharma GK, Sharma SB, Shaheen WH. Preoperative Testing. Contributor Information and Disclosures 2009.
3. Smetana GW, Aronsos MD, Eamranond P. Preoperative medical evaluation of the healthy patient [Monografia na internet] May 2011[Acesso em 06 Dez 2010]. Disponível em: www.uptodate.com
4. Giordano LA, Giordano MV, Giordano EB, Silva RO. Exames pré-operatórios nas cirurgias ginecológicas eletivas. Femina. 2009 Nov;37(11):619-5.
5. Narr BJ, Warner ME, Schroeder DR, Warner MA. Outcomes of patients with no laboratory assessment before anesthesia and a surgical procedure. Mayo Clin Proc. 1997 Jun;72(6):505-9.
6. Kumar A, Srisvatava U. Role of routine laboratory investigations in preoperative evaluation. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2011 Apr;27(2):174-9.
7. Issa MRN, Isoni NFC, Soares AM, Fernandes ML. Avaliação Pré-Anestésica e Redução dos Custos do Preparo Pré-Operatório. Rev Bras Anesthesiol. 2011 Jan/Fev;61(1):60-71.
8. Ajimura FY, Maia AS, Hachiya A, Watanabe AS, Nunes Mdo P, Martins Mde A, Machado FS. Preoperative laboratory evaluation of patients aged over 40 years undergoing elective non-cardiac surgery. São Paulo Med J. 2005 Mar 2;123(2):50-3.
9. Delahunt B, Turnbull PR. How Cost Effective Are Routine Preoperative Investigations? N Z Med J. 1980 Dec;10;92(673):431-2.
10. Smetana GW, Aronsos MD, Eamranond P. Preoperative medical evaluation of the healthy patient. [Monografia na internet] May 2011 [acesso em 06 dez. 2010]. Disponível em: www.uptodate.com.
11. Velanovich V. Preoperative laboratory screening based on age, gender, and concomitant medical diseases. Surgery. 1994 Jan;115(1):56-61.
12. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Preoperative Evaluation [Monografia na internet]. Bloomington: ICS; 2010 [acesso em 07 dez. 2010]. Disponível em: http://www.icsi.org/preoperative_evaluation/preoperative_evaluation_2328.html.
13. Mathias LAST, Guaratini AA, Gozzani JL, Rivetti LA. Exames complementares pré-operatórios: análise crítica. Rev Bras Anesthesiol. 2006 Dec;56(6): 658-68.
14. Stracieri LDS. Cuidados e complicações pós-operatórias. Medicina (Ribeirão Preto). 2008;41:(4):465-8.

Recebido em: 10/12/2011

Aprovado em: 10/01/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Mariana Escani Guerra

Rua Valdemar de Andrade, 1198, casa 1

CEP: 82010-110 – Curitiba – PR

Tel: (41) 9684-8883 - E-mail: mari_8007@yahoo.com.br

Enurese. Um estudo de 22 casos

Enuresis. A study of 22 cases

Luis Alberto Batista Peres¹

Mohamad Sleiman²

Pâmela Ogassawara Bioni²

Vinicius Canezin Galletto²

RESUMO

OBJETIVO: Enurese noturna é definida como uma repetida e espontânea perda de urina durante o sono em crianças com cinco anos ou mais. O objetivo deste estudo foi descrever uma série de 22 crianças com o diagnóstico de enurese noturna.

MÉTODOS: Este é um estudo epidemiológico retrospectivo. Os seguintes dados foram analisados: idade, sexo, exames laboratoriais e de imagem, tratamento e evolução. Os dados foram armazenados no programa de banco de dados do Microsoft Excel e foram calculadas as médias das variáveis contínuas e as frequências relativas.

RESULTADOS: A idade média dos pacientes foi de 7,7±2,5 anos e 12 (54,5%) eram do sexo feminino. Em 77,2% dos casos a enurese apresentou o padrão noturno. Três pacientes apresentaram infecção urinária e refluxo vesicoureteral foi diagnosticado em dois. Tratamento medicamentoso foi usado em 13 pacientes, sendo que oito deles apresentaram remissão do quadro de enurese.

CONCLUSÃO: A enurese é um problema importante entre as crianças. Relatamos uma série de 22 casos de enurese, tratamento e a evolução. Concluimos que a enurese tem um curso benigno e uma boa resposta ao tratamento medicamentoso.

DESCRIPTORIOS: *Enurese; Criança; Imipramina; Refluxo vesico-ureteral; Incontinência urinária.*

Peres LAB, Sleiman M, Bioni PO, Galletto VC. Enurese. Um estudo de 22 casos. Rev. Med. Res. 2012; 14 (1); 54-58.

Trabalho realizado na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

1. Professor adjunto da disciplina de Nefrologia da UNIOESTE.

2. Acadêmicos do Curso de Medicina.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define a enurese como a perda involuntária de urina, durante o dia ou noite, durante pelo menos três meses em uma idade mental em que as perdas sejam inaceitáveis para o paciente e não consequência de uma falta de controle vesical secundária a um transtorno neurológico, a ataques epiléticos ou a anomalias estruturais do trato urinário⁽¹⁾.

A Associação Psiquiátrica Americana define como enurético aquele que se molha com idade superior a cinco anos⁽²⁾. A Sociedade Internacional de Continência em Crianças (SICC) define enurese como uma micção normal que ocorre em um local ou momento inaceitável socialmente⁽³⁾.

A enurese pode ser classificada como noturna quando a micção involuntária ocorre durante o sono e diurna quando com a criança acordada^(4,5).

Na fisiopatologia da enurese foram encontrados fatores genéticos, hereditários, urodinâmicos (capacidade vesical diminuída, bexiga hiperativa, disfunção miccional), hormonais como alteração na liberação de vasopressina, fatores do sono, psicológicos, psiquiátricos e outras enfermidades orgânicas (constipação, apneia do sono, diabetes melito, alergia, bacteriúria, dentre outros)⁽⁶⁾.

O objetivo deste estudo foi avaliar uma série de casos de enurese atendidos em um ambulatório nefrológico geral de um Hospital Universitário e de uma clínica privada.

MÉTODOS

Foram revisados os prontuários de todos os pacientes em faixa etária pediátrica, atendidos no Ambulatório de Nefrologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e na Renalclin Oeste, que atendem a área de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Paraná, que compreende 25 municípios, no período de fevereiro de 1989 a março de 2011. Foram registra-

dos os dados: idade, exames laboratoriais e de imagem realizados, tratamento e evolução.

Os dados foram armazenados em banco de dados do programa Microsoft Excel e foram analisados por meio das estatísticas descritivas: média aritmética, desvio padrão, valores mínimo e máximo, frequência bruta e percentual. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Parecer 004/2009-CEP).

RESULTADOS

A idade média dos pacientes foi de 7,7 + 2,5 anos, sendo que 12 (54,5%) eram do gênero feminino. Do total de 22 pacientes, 17 apresentaram padrão noturno (77,2%), um padrão diurno (4,5%) e em quatro pacientes foram observados padrões noturno e diurno (18,2%). Dentre os 17 pacientes que tiveram enurese noturna, três (17,6%) deles apresentaram infecção do trato urinário de repetição associada. A Tabela 1 apresenta dados demográficos, classificação, exames de imagem, tratamento medicamentoso e evolução das 22 crianças incluídas neste estudo.

Tabela 1. Dados demográficos, classificação, exames de imagem, tratamento medicamentoso e evolução de 22 crianças atendidas com enurese.

		%
Idade	7,76 ± 2,5	
Sexo		
Masculino	10	45,5
Feminino	12	54,5
Enurese		
Noturno	17	77,2
Diurno	1	4,5
Misto	4	18,2
Exames de imagem		
Ecografia do trato urinário	14	63,63
Uretrocistografia miccional	5	22,7
Tratamento		
Imipramina	12	54,5
Deoxibutinina	1	4,5
Evolução		
Remissão	13	59
Perda de seguimento	8	36,4

Dentre todos os pacientes, 14 realizaram ecografia do trato urinário, sendo que cinco (15,6%) realizaram também a uretrocistografia miccional e um paciente realizou cistografia radioisotópica. Refluxo vesicoureteral foi observado em dois pacientes, sendo à esquerda em um e em outro bilateral, este último também apresentando o rim esquerdo contraído.

Quanto ao tratamento, foram utilizadas drogas em 13 (59%) pacientes, sendo em 12 a imipramina e em um a deoxibutinina, ocorrendo remissão total dos sintomas em oito destes pacientes, em um não houve melhora e em três houve perda de seguimento. Dos 10 (45,5%) pacientes que não foram tratados com drogas, cinco (22,7%) tiveram melhora espontânea e nos outros cinco restantes houve perda de seguimento.

DISCUSSÃO

A prevalência de enurese noturna tem sido relatada entre 1 a 15%. Miskulin e colaboradores⁽⁷⁾ avaliaram 3.011 crianças, encontrando enurese noturna em 35 (1,2%), sendo mais frequente em meninos. História familiar positiva foi relatada em 68% dos casos⁽⁸⁾.

Gunes e colaboradores⁽⁸⁾ avaliaram 562 crianças utilizando questionário, encontrando uma prevalência de 14,9%, sendo decrescente quanto maior a idade (aos 15 anos de 2,6% e aos seis anos de 33,3%). Após análise multivariada, história de infecção do trato urinário, idade e história familiar, foram fatores associados com a presença de enurese.

A enurese primária está relacionada à presença de poliúria noturna, dificuldades de despertar do sono e redução na capacidade da bexiga, enquanto que a enurese secundária está mais relacionada com infecções urinárias, diabetes mellitus e distúrbios emocionais⁽⁹⁾.

Segundo Chiozza e colaboradores⁽¹⁰⁾, crianças que obtiveram controle urinário e intestinal antes de 25, entre 25 e 36, e após os 36 meses de idade, a prevalência de enurese foi de 2,7; 5,8% e 17,1%, respectivamente, propondo que o quanto mais precoce o uso do toalete, menores são as chances do desenvolvimento da enurese.

No estudo de Coppola e colaboradores⁽¹¹⁾ foi encontrada uma incidência significativamente menor de apego seguro, baixa autoestima e taxas mais elevadas de problemas de comportamento entre o grupo enuréticos em comparação com o grupo controle, sem diferenças nas dimensões de temperamento, concluindo que estes resultados preliminares apoiam a visão da enurese como um problema biocomportamental.

Gür e colaboradores⁽¹²⁾ avaliaram 1576 crianças quanto a prevalência da enurese e a idade, nível educacional do pai, renda mensal da família e o número de membros da família. Baixo nível educacional materno e paterno podem ser associados com enurese noturna monossintomática. Da mesma forma, enurese noturna monossintomática foi encontrada mais comumente em filhos de mães desempregadas, enquanto que a enurese diurna foi mais comum em filhos de pais desempregados. Enurese noturna foi mais associada a famílias grandes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de enuréticos quanto à idade e níveis de renda familiar. A taxa de anormalidades urinárias em todo o grupo foi de 7,1%.

É importante na avaliação de uma criança com enurese, investigar hábitos e condições de vida, afastar outros diagnósticos como história de infecção do trato urinário e um exame físico metuculoso. É imprescindível a atenção médica e multiprofissional e a colaboração dos familiares no manejo destes pacientes⁽¹³⁾.

Um estudo brasileiro avaliou a eficácia do tratamento da enurese noturna em 84 crianças e adolescentes utilizando o alarme com o suporte psicológico aos familiares. Estes autores relataram 71% de sucesso com esta estratégia⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

A enurese é um problema importante entre as crianças, com impacto sobre a família e a criança, afetando sua autoestima, rela-

ções interpessoais e desempenho na escola. Limitações deste estudo incluem o fato de ser retrospectivo. O desenho do estudo foi observacional e não houve determinações de exames laboratoriais de rotina em todos os pacientes. Relatamos uma série de 22 casos de enurese, tratamento e a evolução. Conclui-se que a enurese tem um curso benigno e uma boa resposta ao tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

BACKGROUND: Nocturnal enuresis is defined as repeated and spontaneous loss of urine during sleep in children of five years old or more. The aim of this study was to describe a series of 22 children diagnosed with nocturnal enuresis.

METHODS: This is a retrospective epidemiological study. The following data were analyzed: age, gender, laboratorial tests and imaging data, treatment and outcome. The data were stored in the database in Microsoft Excel and averages were calculated for continuous variables and relative frequencies.

RESULTS: The average age of patients was 7.7 + 2.5 years and 12 (54.5%) were female. In 77.2% of the cases presented enuresis nocturnal pattern. Three patients had urinary tract infection and vesico-ureteral reflux was diagnosed in two. Drug treatment was used in 13 patients, eight of them showed remission of the enuresis.

CONCLUSION: Enuresis is a major problem among children. We report a series of 22 cases of enuresis, treatment and outcome. We conclude that enuresis is a benign course and presents good response to medication.

KEYWORDS: *Enuresis; Child; Imipranine; Vesico-ureteral Reflux; Urinary Incontinence.*

REFERÊNCIAS

1. Ramírez-Backhaus M, Arlandis Guzmán S, García Fadrique G, Agulló M, Martínez García R, Jiménez-Cruz JF. Nocturnal enuresis. A frequent problem with a difficult estimation of its prevalence. *Actas Urol Esp.* 2010 May;34(5):460-6.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DMS IV. 4th ed. Washington: APA; 1995.
3. Norgaard JP, van Gool JD, Hjalmas K, Djurhuus JC, Hellstrom AL. Standardization and definitions in lower urinary tract dysfunction in children. *International Children's Continence Society. Br J Urol.* 1998 May;81 Suppl 3:1-16.
4. Chandra M. Nocturnal enuresis in children. *Curr Opin Pediatr.* 1998 Apr;10(2):167-73.
5. Fonseca EM, Monteiro LM. Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. *J Pediatr (Rio J).* 2004 Mar/Abr;80(2):147-53.
6. Ramírez-Backhaus M, Martínez Agulló E, Arlandis Guzmán S, Gómez Pérez L, Delgado Oliva F, Martínez García R, Jiménez Cruz JF. [Prevalence of nocturnal enuresis in the Valencian Community. Pediatric section of the National Incontinence Survey. The EPICC Study]. *Actas Urol Esp.* 2009 Oct;33(9):1011-8.
7. Miskulin M, Miskulin I, Mujkic A, Dumic A, Buljan V, Bi-

- lic-Kirin V et al. Enuresis in school children from eastern Croatia. *Turk J Pediatr*. 2010 Jul-Aug;52(4):393-9.
8. Gunes A, Gunes G, Acik Y, Akilli A. The epidemiology and factors associated with nocturnal enuresis among boarding and daytime school children in southeast of Turkey: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2009 Sep 22;9:357.
9. Mota DM, Barros AJD. Toilet training: enuresis, child, urinary tract infection, elimination disorders. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(1):9-17.
10. Chiozza ML, Bernardinelli L, Caione P, Del Gado R, Ferrara P, Giorgi PL et al. An Italian epidemiological multicentre study of nocturnal enuresis. *Br J Urol*. 1998 May;81 Suppl 3:86-9.
11. Coppola G, Costantini A, Gaita M, Sarauli D. Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample. *Pediatr Nephrol*. 2011 Oct;26(10):1829-36.
12. Gür E, Turhan P, Can G, Akkus S, Sever L, Güzelöz S, et al. Enuresis: prevalence, risk factors and urinary pathology among school children in Istanbul, Turkey. *Pediatr Int*. 2004 Feb;46(1):58-63.
13. Meneses Rde P. Enurese noturna monossintomática. *J Pediatr (Rio J)*. 2001 May-Jun;77(3):161-8.
14. Pereira RF, Silvaris EF, Braga PF. Behavioral alarm treatment for nocturnal enuresis. *Int Braz J Urol*. 2010 May-Jun;36(3):332-8.

Recebido em: 20/11/2011

Aprovado em: 10/12/2011

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Luis Alberto Batista Peres

Rua São Paulo, 769, apart. 901, Centro

CEP 85801-020 – Cascavel – PR

E-mail: peres@certto.com.br



**Envie seu
Artigo**

para a Revista do Médico Residente via:

internet

drjcs@uol.com.br

Cisto renal complexo em criança: revisão da literatura

Complex renal cyst in a child: a literature review

Mateus Cosentino Bellote¹
Rafael Cavalheiro Cavalli¹
Eduardo Felipe Melchiorretto¹
Bruno Vinicius Duarte Neves¹
Fernanda Bora Moleta²
Renato Tambara Filho³

RESUMO

Cisto renal é um achado comum na população adulta, já em crianças é um achado incomum, principalmente quando se trata de um cisto renal complexo. Várias são as possibilidades diagnósticas e poucas são as fontes de pesquisa e publicações sobre o tema. O seguinte artigo se propõe a fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema incluindo diagnósticos diferenciais e síndromes genéticas associadas a esse achado.

DESCRITORES: *Doenças Renais Císticas; Cistos; Criança.*

Bellote MS, Cavalli RC, Melchiorretto EF, Neves BVD, Moleta FB, Tambara F.º R. Cisto renal complexo em criança: revisão da literatura. Rev. Med. Res. 2012; 14 (1); 59-62.

INTRODUÇÃO

Cistos renais vêm se tornando um achado relativamente comum na medida em que aumentam o uso e a acurácia dos métodos diagnósticos por imagem^(1,2). Cistos simples são considerados benignos e, portanto, raramente requerem tratamento. Cistos complexos podem representar lesões benignas complicadas ou mesmo malignas. Como a diferenciação entre ambas as condições é difícil, há dúvidas

quanto ao manejo de tais cistos. A classificação de Bosniak é utilizada com boa aceitação para selecionar cistos com indicação de tratamento cirúrgico⁽¹⁻³⁾.

Na população pediátrica, cistos são incomuns, principalmente os complexos. Há poucos estudos quanto à conduta nestes casos, sendo que a extrapolação da classificação de Bosniak para esta população ainda não foi validada⁽²⁾.

Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas da UFPR, em Curitiba (PR).

1. Médicos Residentes do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas da UFPR.
2. Acadêmica de Medicina da UFPR.
3. Professor de Urologia da Universidade Federal do Paraná.

DISCUSSÃO

Cistos renais complexos são a representação tomográfica de uma gama de lesões, envolvendo desde cistos benignos complicados por hemorragia ou infecção, até carcinomas renais multiloculados. A correta diferenciação das lesões é necessária para evitar a ressecção de lesões benignas e, ao mesmo tempo, identificar acuradamente as lesões malignas. Apesar do avanço dos métodos de imagem, ainda há dificuldade nesta diferenciação.

CLASSIFICAÇÃO DE BOSNIAK

Em 1986, Morton Bosniak propôs uma estratégia para auxiliar no manejo dos cistos complexos. Com base em características tomográficas, os cistos foram divididos em quatro categorias (I a IV), em ordem crescente de complexidade^(1,4,5).

Categoria I - Cistos benignos sem complicações. Apresentam contornos bem definidos, sem septo, calcificação ou realce pelo contraste e conteúdo homogêneo, de densidade próxima à da água.

Categoria II - Cistos com um ou dois septos finos, podendo apresentar calcificação fina na parede ou nos septos. Também inclui as lesões com hiperdensidade uniforme que apresentam diâmetro menor que 3cm, parede estendendo um quarto além do rim e sem realce pelo contraste.

Categoria IIF - Cistos com múltiplas septações finas; ligeiro espessamento de parede, mas sem realce mensurável pelo contraste; podem apresentar calcificações irregulares, nodulares ou espessas.

Categoria III - Lesões com paredes ou septos realçados pelo contraste. Engloba também lesões hiperdensas que não preenchem os critérios da categoria II.

Categoria IV - Lesões com margens irregulares, nódulos proeminentes e realce de componentes sólidos não comunicantes com parede ou septo.

As categorias I e II englobam cistos com baixa associação com malignidade (1 e 3%, respectivamente), não exigindo acompanhamento (follow up)⁽⁴⁾. As categorias III e IV são formadas por cistos com potencial maligno elevado (40-60 e 80-90%, respectivamente). Portanto, com indicação de ressecção cirúrgica^(1,4). O que separa tais cistos dos demais é a presença de realce por contraste.

Como há grande diferença no risco de malignidade entre as lesões II e III, foi criada a subcategoria IIF (de follow up). Esta categoria compreende cistos mais complicados, porém sem suspeição alta o suficiente para indicar ressecção⁽⁴⁾.

Séries de casos correlacionando as categorias de Bosniak das lesões com os respectivos laudos histopatológicos concluíram que a classificação é adequada para discriminar os cistos que necessitam de tratamento cirúrgico. Contudo, em poucos casos pode haver falha no diagnóstico pré-operatório, principalmente em cistos das categorias II e III^(3,5). Cistos das categorias III e IV apresentam nível 3 de evidência e grau B de recomendação para tratamento cirúrgico. Em casos duvidosos, ressonância nuclear magnética (RNM) pode fornecer informações adicionais, devendo ser usada associada à TC – nível 4 de evidência⁽⁴⁾.

Há apenas um estudo publicado da aplicação da classificação de Bosniak em pacientes pediátricos⁽²⁾. Apesar da amostra restrita (cinco pacientes submetidos à ressecção cirúrgica), houve correlação positiva entre os cistos das categorias III e IV com carcinoma renal. Os cistos das categorias I e II não sofreram degeneração maligna durante acompanhamento.

CISTOS RENAIIS COM- PLEXOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Cistos complexos na população pediátrica podem representar condições benignas (cistos renais localizados, doença renal policística autossômica dominante e.g.) ou tumores com variados graus de malignidade.

Os tumores renais representam 6-7% de todos os cânceres em menores de 15 anos de idade⁽⁶⁾. Destes, os mais comuns são os tumores de Wilms (> 85% dos casos). A queixa mais comum é de massa abdominal. Hematúria e dor são menos frequentes em comparação a adultos⁽⁷⁾.

Cistos benignos com complicações: Cistos simples podem apresentar características de cistos complexos em decorrência de hemorragia, infecção ou inflamação. Tipicamente, estes cistos ocorrem em indivíduos com mais de 20 anos, sendo mais comuns em idades acima de 50 anos^(1,8).

Infecções são suspeitadas quando há o desenvolvimento de novas septações ou camadas em um cisto outrora normal. Hemorragia é sugerida pelo aumento da densidade do cisto, porém sem realce pelo meio de contraste⁽¹⁾.

Doença renal policística autossômica dominante: Por ser usualmente assintomática, estima-se que menos da metade dos casos sejam diagnosticados durante a vida⁽¹⁾. Apesar de ser comumente bilateral, pode se apresentar inicialmente unilateral – 17% dos casos⁽⁹⁾.

Na ausência de historia familiar, a doença deve ser suspeitada na presença de cistos múltiplos e bilaterais (definidos arbitrariamente como 10 ou mais em cada rim) e ausência de achados sugestivos de outras doenças renais⁽¹⁾.

Doença renal policística autossômica recessiva: Em crianças na idade escolar e adultos jo-

vens há associação com nefrolitíase, hipertensão e insuficiência renal. Além disso, são comuns sinais e sintomas de fibrose hepática, hipertensão porta e colangite.

Doença renal cística localizada: Condição rara, benigna, bilateral e não progressiva. Apresentam-se nos exames de imagem como múltiplos cistos, de tamanhos variados. A agregação de vários cistos pode ser identificada como uma massa septada na TC. Contudo, não são lesões encapsuladas nem apresentam irregularidades da parede⁽⁸⁾.

Doença de Von Hippel Lindau: As manifestações iniciais ocorrem em média aos 26 anos. Carcinomas de células renais são comuns, acometendo mais da metade dos pacientes. Contudo, são raros antes dos 20 anos de idade.

Tumores renais císticos: Tumores renais císticos são raros e fazem parte de um espectro contendo nefroma cístico no extremo benigno; nefroblastoma cístico parcialmente diferenciado na região intermediária; tumor de Wilms cístico no extremo maligno⁽⁹⁾. Noventa e cinco por cento dos casos de tumor de Wilms são diagnosticados em menores de 10 anos de idade⁽¹⁾. Os tumores apresentam imagem cística em menos de 10% dos casos, em decorrência de necrose⁽¹⁰⁾. O nefroma cístico tem distribuição bimodal, predominando em meninos abaixo de cinco anos e em mulheres de idade entre 40-60 anos⁽⁸⁾.

Sarcoma de células claras: Raros, predominam em crianças de 2-3 anos e do sexo masculino. De pior prognóstico, têm a característica de metástase óssea⁽¹⁾.

Carcinoma de células renais: Raro na pediatria, acomete crianças com idade média de 10 anos. Apresenta padrão cístico em 4-15% dos casos, podendo ser multilocular em 1-3%. Estes últimos estão associados a melhor prognóstico^(8,9).

CONCLUSÃO

Cistos renais complexos, considerados um dilema nos pacientes adultos, têm o seu manejo ainda mais difícil quando o paciente em questão é pediátrico. Além da ausência de guidelines, há o fator tempo, aumentando a preocupação de

uma degeneração maligna, quando a conduta for conservadora e aumentando as chances de complicações após nefrectomia. Desta forma, fica evidente a necessidade de estudos que estabeleçam critérios para direcionar a conduta nestes casos.

ABSTRACT

Renal cyst is a common find in the adult population but it is unusual in children, especially when dealing with a complex renal cyst. There are several diagnostic possibilities and there are few sources of research and publications on the subject. The following article sets out to do a literature review on the subject including differential diagnosis and genetic syndromes associated with this finding.

KEYWORDS: *Kidney Diseases, Cystic; Cysts; Child;*

REFERÊNCIAS

1. Perrone RD editor, UpToDate, Bennett WM, Kruskal JB, Richie JP. Simple and complex renal cysts in adults. UpToDate online version 19.1. [Monografia na Internet] 2008 Jul. [Acesso em Maio 2011]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults?source=search_result&selectedTitle=1-49
2. Wallis MC, Lorenzo AJ, Farhat WA, Bağli DJ, Khoury AE, Pippi Salle JL. Risk Assessment of Incidentally Detected Complex Renal Cysts in Children: Potential Role for a Modification of the Bosniak Classification. *J Urol*. 2008 Jul;180(1):317-21.
3. Koga S, Nishikido M, Inuzuka S, Sakamoto I, Hayashi T, Hayashi K, et al. An evaluation of Bosniak's radiological classification of cystic renal masses. *BJU Int*. 2000 Oct;86(6):607-9.
4. Whelan TF. Guidelines on the management of renal cyst disease. *Can Urol Assoc J*. 2010 April; 4(2): 98-99.
5. Curry NS, Cochran ST, Bissada NK. Cystic Renal Masses: Accurate Bosniak Classification Requires Adequate Renal CT. *AJR Am J Roentgenol*. 2000 Aug;175(2):339-42.
6. Jenkner A, Camassei FD, Boldrini R, de Sio L, Ravà L, Bosman C, et al. 111 Renal Neoplasms of Childhood: A Clinicopathologic Study. *J Pediatr Surg*. 2001 Oct;36(10):1522-7.
7. Schamberger RC. Pediatric Renal Tumors. *Semin Surg Oncol*. 1999 Mar;16(2):105-20.
8. Freire M, Remer EM. Clinical and Radiologic Features of Cystic Renal Masses. *AJR Am J Roentgenol*. 2009 May;192(5):1367-72.
9. Menon P, Rao KL, Kakkar N, Saxena AK, Singh M. Multilocular Cystic Renal Cell Carcinoma in a Child. *J Pediatr Surg*. 2004 Oct;39(10):e14-6.
10. Agrons GA, Wagner BJ, Davidson AJ, Suarez ES. Multilocular Cystic Renal Tumor in Children: Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiographics*. 1995 May;15(3):653-69.

Recebido em: 20/12/2011

Aprovado em: 10/01/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Mateus Cosentino Bellote

Serviço de Urologia do HC - UFPR

Rua General Carneiro, 181, Centro

CEP 80060-140 - Curitiba (PR)

E-mail: mateusbellote@hotmail.com

Tuberculose miliar em paciente pediátrico: relato de caso

Miliary tuberculosis in a pediatric patient: case report

*Edgar Alarcon Novillo¹
Daniela Carvalho de Sá¹
Fernanda Piloto de Moura¹
Marta Rolla²
Luiz Ronaldo Alberti³*

RESUMO

Relata-se caso da forma miliar generalizada da infecção tuberculosa em paciente pediátrico do sexo feminino, de 10 anos de idade, não portador da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). A apresentação de perda considerável de peso, febre diária de dois meses acompanhada de dor abdominal contribui para estabelecer o diagnóstico da disseminação miliar. Houve melhora progressiva do quadro clínico com o uso de rifampicina, isoniazida e pirazinamida.

DESCRITORES: *Tuberculose miliar; Evolução Clínica; Criança.*

Novillo EA, Sá DC, Moura FP, Rolla M, Alberti LR. Tuberculose miliar em paciente pediátrico: relato de caso. Rev. Med. Res. 2012; 14 (1); 63-65.

INTRODUÇÃO

Apesar de estar há mais de meio século vulnerável ao tratamento medicamentoso, a tuberculose permanece como um dos principais agravos à saúde⁽¹⁾. Contribui para este fato as desigualdades sociais, insuficiência de pesquisas visando o desenvolvimento de novos tratamentos e vacinas, fluxos migratórios, deficiên-

cias do sistema de saúde e alta prevalência dos casos de tuberculose multidrogas resistentes e associados à infecção pelo HIV^(2,3,4).

Infecções tuberculosas generalizadas usualmente causam alterações inespecíficas nos exames laboratoriais de rotina e podem não ser evidenciadas pela radiografia de tórax^(3,4).

No contexto nacional, o Brasil é o único país

Trabalho realizado no Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa - Universidade do Grande Rio - Santa Casa de Belo Horizonte (MG).

1. Médicos Residentes da Santa Casa de Belo Horizonte.

2. Professora da Unigranrio e chefe do ambulatório multidisciplinar de adolescentes do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes.

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

da América Latina incluído entre as 22 nações responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo⁽⁵⁾. Estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de Koch e, todo ano, cerca de 90.000 novos casos da doença são notificados ao Ministério da Saúde. Pouco mais da metade (53%) encontra-se relacionado à forma pulmonar bacilífera. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste são aquelas que apresentam as maiores taxas de incidência da doença^(5,6).

RELATO DE CASO

Trata-se de escolar de 10 anos, natural de Duque de Caxias (RJ), que procurou atendimento no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes no dia 08/10/2010.

Anamnese: há cerca de 2 meses, a criança vinha se queixando de febre diária e dor abdominal, sem antecedentes de tuberculose pulmonar na família. Porém, a responsável (mãe) relata perda de peso considerável em dois meses, além de ter uma colega de escola em tratamento para tuberculose.

Ao exame físico encontrava-se febril, sem rigidez de nuca, com boa perfusão capilar periférica, hipocorada (+/4+), com tumoração dolorosa em região externa da coxa esquerda. Apresentava regular estado geral, peso = 22 kg, estatura = 120cm, Temperatura axilar de 37,8°C. Apresentava murmúrio vesicular fisiológico, ritmo cardíaco regular, 96bpm e hipofonese de bulhas; fígado palpável a 2cm do rebordo costal direito, indolor, liso; ausência de esplenomegalia.

Exames complementares: Hemácias = 3,8 milhões/mL, hemoglobina = 10,8g/dl; hematócrito = 32g%; volume corpuscular médio = 95 μ 3; plaquetas = 369.000/mm³; leucócitos 5.800/mm³(neutrófilos: 63%, eosinófilos:

35%, basófilos: 0,6%, linfócitos 30% e monócitos 5,1%). Albumina 3,6g/dl; globulinas 4,2g/dl; sódio 136mEq/l; potássio 4,3mEq/l; ureia 16mg/dl; creatinina 0,5mg/dl; cálcio 8,7mEq/l; fósforo 4mEq/l; bilirrubina indireta 0,23mg/dl; bilirrubina direta 0,20mg/dl; bilirrubina total: 0,43mg/dl; TGO 74 U/l; TGP 70U/l; PPD= 9mm.

A radiografia de tórax mostrou minúsculos nódulos difusos e linfadenomegalia perihilar (Figura 1).



Figura 1: Radiografia de tórax mostrando minúsculos nódulos difusos e linfadenomegalia perihilar.



Figura 2. Radiografia de tórax realizada após o período de tratamento mostrando desaparecimento completo das lesões.

Tomografia de tórax apresentou apenas adenomegalia perihilar e paratraqueal. Ultras-

som abdominal evidenciou imagem anecoica, mal delimitada e que media 15x12x0,4mm, localizada no polo superior do baço.

O exame de escarro pela técnica de BAAR confirmou o diagnóstico de Tuberculose.

Iniciou-se tratamento com rifampicina, isoniazida e pirazinamida por dois meses. Após o segundo mês suspendeu-se a pirazinamida e os medicamentos foram usados continuamente por nove meses.

Após o esquema de tratamento ser inserido, paciente obteve melhora do quadro geral, sendo relatado o ganho de peso e sem referir mais as dores abdominais anteriores. Realizado exames complementares, evidenciando a melhora

destes dados. O término do tratamento farmacológico foi efetuado com sucesso e o paciente obteve a alta.

A radiografia de tórax de controle realizada nove meses após o tratamento mostra o desaparecimento completo das lesões. (Figura 2)

CONCLUSÃO

A tuberculose miliar é afecção que deve ser considerada em pacientes pediátricos que apresentam manifestações clínicas de doenças sistêmicas. Quando o diagnóstico é precoce, o tratamento medicamentoso é eficaz na ausência de comorbidades sistêmicas associadas.

ABSTRACT

We report a case of generalized miliary tuberculosis infection in female pediatric patients of 10 years of age, no carrier of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The submission of substantial weight loss, daily fever of 2 months accompanied by abdominal pain contributes to the diagnosis of miliary dissemination. There was progressive improvement with the clinical use of rifampicin, isoniazid and pyrazinamide.

KEYWORDS: *Tuberculosis, Miliary; Clinical Evolution; Child.*

REFERÊNCIAS

1. Eide FF, Gean AD, So YT. Clinical and radiographic findings in disseminated tuberculosis of the brain. *Neurology*. 1993 Jul;43(7):1427-9.
2. Jamieson DH, Cremin BJ. High resolution CT of the lungs in acute disseminated tuberculosis and a pediatric radiology perspective of the term "miliary". *Pediatr Radiol*. 1993;23(5):380-3.
3. Ducati RG, Ruffino-Netto A, Basso LA, Santos DS. The resumption of consumption: a review on tuberculosis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2006 Nov;101(7):697-714.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose [monografia na Internet]. Brasília; 2006 [Acesso em 6 Ago. 2007]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21445
5. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2007 [monografia na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [Acesso em 16 Abr 2007]. Disponível em: www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Recebido em: 10/01/2012

Aprovado em: 10/02/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondências:

Luiz Ronaldo Alberti

Rua Professor Baroni, 151 apart. 401, Gutierrez

CEP: 30441-180 - Belo Horizonte (MG)

Fone: (31)9955-0400 - E-mail: luizronaldoa@yahoo.com.br

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar,¹

Carmem Cecília Galvão,²

Elaine Alves³

Paulo Tubino⁴

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. *Rev. Med. Res.* 2012; 14 (1); 66-70.

Injúria. Essa palavra tem, em Medicina, sentido de lesão patológica, trauma grave, apenas por extensão ou de uso especificamente médico, conforme se atesta em bons dicionários como o Aurélio e o Houaiss. Dicionários portugueses de alta referência, como o da Academia das Ciências de Lisboa (2001), o José Pedro Machado (1991), o Cândido Figueiredo (1996) e outros não trazem esse sentido. Injúria tem sido usada para traduzir o termo inglês injury. Em português, injúria tem concepção própria de injustiça, violação contra o direito, dano moral, ofensa, insulto, difamação, ultraje, em relação a pessoas. Pessoa injuriada significa, em essência, que sofreu dano moral ou injustiça. Procede do latim injuria, que tem o mesmo conceito, isto é, injustiça. A impropriedade torna-se evidente em usos como “o paciente foi injuriado”, “o baço sofreu muitas injúrias”, “O evento injuriou o doente”. Se forem usados o verbo lesar e de-

rivados, as menções ficarão bem mais claras. Do latim jus, juris, justiça, direito, conjunto das leis, de injurius, injuria (injusto, injusta) (Ferreira, 1996). Lesão, ferimento ou trauma são melhores traduções de injury. O mesmo aspecto crítico se dá aos cognatos em expressões como “substrato alimentar injurioso”, “infecção injuriante”, “agente injuriador”. Podem ser substituídos por lesivo, danoso, nocivo. Vários termos ingleses são traduzidos de modo “forçado”, usando-se nomes equiparáveis em português, mas com significado precípuo diferente, como anemia severa, acurácia do diagnóstico entre outros. A formação e utilização de palavras pelos tradutores requer habilidade e saber gramatical, de semântica, de prosódia. O uso por analogia é comum na linguagem, sobremaneira de cunho popular, mas pode ser recurso questionável quando distorce o conceito consagrado de termos ou expressões vernáculas para que comodamen-

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.

te se adaptem a uma tradução. Esse recurso facilita a tarefa do tradutor, mas pode estimular o esquivamento à pesquisa de termos mais apropriados, propagar o duvidoso, o inadequado e, sobretudo, reforçar a servilidade desnecessária ao internacionalismo.

Intraoperatório, peroperatório, transoperatório. São termos muito utilizados em referência ao transcurso de uma intervenção cirúrgica e, de acordo com a Lei do Uso, podem ser utilizados com esse sentido. Contudo, quando se quiser selecionar o mais adequado, é necessário perceber que esses nomes são essencialmente adjetivos e em rigor qualificam o período em que decorre uma operação. O VOLP (Academia, 2004) dá transoperatório apenas como adjetivo. O Houaiss (2001) traz peroperatório só como adjetivo. Por esse ponto de vista, peroperatório é termo mais apropriado, em que *per* significa adequadamente durante (Souza-Dias, 2001), duração temporária, como em: pernoitar, perlongar, perfazer (C. Góis. Dicionário de afixos e desinências, 1946). *Intra* significa dentro, nome inadequado quando se quer dizer durante a operação. Transoperatório é também nome questionável, pois a operação não é um corpo atravessável (Souza-Dias, *idem*), mas é apropriado quando se refere ao tempo operatório, como na expressão “período transoperatório” em que se atravessa um espaço de tempo. Pode-se dizer, por exemplo: O paciente teve bradicardia no período transoperatório. De acordo com as normas ortográficas oficiais (VOLP), são irregulares as grafias trans-operatório, per-operatório e intraoperatório.

Inúmeros. Termo usado como reforço de expressão, mas é cientificamente errôneo.

Amiúde, “inúmeros” tem sido usado em referência a elementos contáveis. Os números são infinitos. Logo, qualquer quantidade é numerável. É contestável citar, portanto, num relato formal, que “o paciente sofreu inúmeras operações” ou que “podem ocorrer inúmeras complicações” e ditos semelhantes. Podemos substituir termos como inúmeros, um sem-número e inumeráveis por numerosos, copiosos, muitos, vários, grande número, elevado ou alto número de. Há elementos incontáveis (não, inumeráveis), como estrelas, grãos de areia no mar, folhas nas florestas.

Isolamento protetor. Socialmente e psicologicamente, é melhor expressão que apenas – isolamento – quando escrita num aviso colado à porta do quarto do paciente para designar proteção ao doente que necessita de estar isolado por indicações médicas.

Joelho. “...imagem sugestiva de aneurisma do joelho da artéria cerebral média direita”. Para indicar curvas fixas de elementos anatómicos tubulares ou cordiformes, o uso de joelho, cotovelo e outros casos em lugar de curvatura, curva, arqueamento, flexão, flexura, arco, dobra, crossa, alça e nomes mais apropriados representa utilização de figura de linguagem (metonímia, como pé de mesa, braço de cadeira, cajado da aorta). Podem ser ilustrativos e didáticos, mas não poderiam ser denominações científicas, isto é, apropriadas para ser nomes ou expressões médicas, o que chamamos de “nome técnico”. Embora flexão e flexura sejam nomes muito usados em anatomia, não são de primeira linha no sentido de curva, pois também indicam movimento de flexão. Joelho significa parte do corpo humano que liga a perna à coxa, junção móvel

entre essas duas partes, conjunto de duas peças articuladas com movimentos semelhantes ao joelho. A curvatura de uma artéria não é articular como o é um joelho. Além disso, joelho não significa curva, pois ainda existe joelho quando a perna e a coxa estão estirados e não flexionados. É uma comparação objetável. A linguagem é livre, pois o essencial é a comunicação. Certo e errado são conceitos rejeitados por bons linguistas, e o que consta são faixas de linguagem – popular e culta. Em linguagem científica, convém adotar denominações exatas, comunicações claras e precisas para que haja apenas envolvimento com o seu teor.

Kink – dobra. Em linguagem coloquial, admite-se o uso de kink em lugar de dobra. Em linguagem-padrão, nomes estrangeiros são bem-vindos se não existirem nomes equivalentes no idioma de casa. Por exemplo, iceberg, habeas corpus, pizza. Mas kink traduz-se em português como dobra, prega, flexura ou mesmo torção, torcedura. Constitui, assim, anglicismo desnecessário em frases como: “Possível que a criança tenha tido um RVU severo responsável pelo ‘kink’ ureteral na JUP”, “Ter cuidado para não ocorrer um kink na sonda”, “Houve um kink do dreno que dificultou a drenagem”. “A obstrução foi causada por um kink do íleo” e similares. Em inglês, o significado próprio de kink (cabeça de verbeta) é “twist, curl in the thread, rope, hair”, segundo bons dicionários como o Webster (1979), o Heritage, o Comprehensive Technical Dictionary, de Lewis L. Sell (Sell, s.d.), e outros. O Oxford (Pearsal, 1998) dá kink como primeiro significado “a sharp twist ou curve in something that is otherwise straight” e exemplifica: a kink in the road. Mas o Oxford Dictionary of English Etymology. (Onions,

s.d.) traz kink apenas como “twist or curl in rope, etc.”. Originalmente, kink é termo náutico tomado ao alemão kink ou kinke “twist in a rope” (Chambers, 2002), “a tight curl”, espécie de torção ou de voltas que formam embaraços ou enovelamento apertado um cabo ou corda náutica. Twist significa giro, volta, rotação, torcedura, torção. Desse modo, o uso de kink pode trazer ambigüidade (torção ou dobra?). Kink também quer dizer tosse convulsa, coqueluche. Quando um nome engloba muitos significados e várias interpretações, há bons gramáticos que o denominam de termo espúrio, o que desabona seu uso generalizado como um termo científico ou de uso científico e torna-se mais complicado usar um nome estrangeiro como designação de escolha, quando existem termos equivalentes em nosso idioma. Tendo em vista ser estrangeirismo desnecessário e ser fonte de ambigüidade, é “tecnicamente” um defeito de redação e estilo usar kink em relatos científicos formais, em língua portuguesa.

Lama biliar – barro biliar. Lama e barro são nomes figurativos nesse caso. Melhor expressão como termo médico: sedimento biliar. Sedimento é o mesmo que depósito formado pela precipitação de matérias em suspensão ou dissolvidas em um líquido (Larousse Cultural, 1992). O uso de debris, nome francês muito usado na literatura médica inglesa, configura estrangeirismo (galicismo e anglicismo) desnecessário. Lama significa lodo, argila muito mole que contém matéria orgânica (Ferreira, 2004). Tem sentido de sujeira, algo repugnante, desprezível. São de uso popular os termos “lama medicinal”, “lama radioativa” como elementos terapêuticos; há “lama negra”, produto industrial usado para limpe-

za da pele facial. Barro é o mesmo que argila sedimentado mineral composto principalmente de silicatos de alumínio hidratados (Ferreira, ob. cit.) em desconformidade com a composição do sedimento biliar.

Laparotomia branca. Gíria médica. Termo técnico: laparotomia não-terapêutica. Também se diz: exploração cirúrgica negativa ou laparotomia negativa. Laparotomia terapêutica significa procedimento cirúrgico como parte do tratamento. A expressão laparotomia exploradora indica procedimento cirúrgico para fins de diagnose. Laparotomia branca configura-se como gíria de uso coloquial e não deveria constar em relatos médicos formais. Tem o mesmo valor de afogamento branco (por síncope) ou azul (por asfixia), necropsia branca, som branco, cor berrante, doença silenciosa, tristeza negra, esperança verde, riso amarelo, carne verde, ouro preto, dor surda, ruído surdo.

Laudado. Aparecem na literatura médica expressões como: “O exame de densitometria óssea foi laudado por seu médico”. “As operadoras pedem que o procedimento laudado tenha o código da causa da morte”. “...confrontar com o que foi laudado pelo IML”. “... para que o EEG não seja laudado como anormal”. O verbo laudar e seu particípio laudado não aparecem em dicionários como o Aurélio, o Houaiss, o Michaelis e mesmo no VOLP (Academia, 2004), de modo que configuram casos de neologismo ou modismo. Laudado(a) pode ser termo útil, porém pode ser substituído por expressões como dado o laudo, o laudo foi feito (emitido, elaborado) e similares, pelos que preferem evitar neologismos.

Lavagem exaustiva. Expressão inexa-

ta e anticientífica, já que o cirurgião não fica exausto após lavagem de feridas contaminadas ou da cavidade peritoneal nas peritonites purulentas, por exemplo. Afinal, ele precisará de energia para terminar a operação. Pode-se dizer lavagem rigorosa ou completa.

Ligamento teres. Latinismo desnecessário. Melhor: ligamento redondo do fígado, conforme consta na Terminologia Anatômica (2001). Em latim, ligamentum teres hepatis. É errôneo dizer “ligamento de teres” ou “tendão de teres”. Teres é palavra latina, que significa redondo; de terere, esfregar, polir. Os dicionários da língua portuguesa trazem teres (têres) no sentido de bens, posses, procedente do verbo ter.

Linguagem emotiva ou sensacionalista. Construções como “Paciente com depressão medular violenta”, “Paciente com perda de peso dramática”, “apêndice com a ponta estourada”, “crescimento alarmante da obesidade”, “surto explosivo de malária”, “Paciente teve recuperação espantosa”, “tecnologia revolucionária” e similares são criticáveis em comunicações formais. Na semiologia, a intensidade dos sinais e sintomas é expressa em termos neutros por serem mais próprios ao gênero científico: dor intensa, moderada, leve; icterícia de uma a quatro cruzes. Nomes como violento, brutal, espantoso, exuberante, dramático, florido, bonito, deprimente, importante, farto, expressivo, excepcional, revolucionário e semelhantes, tão empregados na linguagem coloquial, nas enfermarias e nas reuniões médicas, são de uso restrito no discurso formal. O estilo científico restringe-se ao descritivo, à objetividade, sem apelos subjetivos ou linguagem emotiva, que possam direcionar a avaliação de quem lê ou

influenciar o parecer de quem julga (Costa, 1998). "São palavras que contaminam os textos científicos e devem ser eliminadas em prol de uma linguagem mais técnica e objetiva" (Rapoport, 1997, p. 33).

Luxação do quadril. Por luxação da articulação coxofemural, é expressão discutível, conquanto consagrada. Quadril é a região lateral do corpo entre a cintura e a coxa ou a região anatômica correspondente à articulação coxofemoral e, por extensão, essa articulação. Não há luxação da região, mas da articulação, com deslocamento da cabeça do fêmur. Luxação significa desconjuntamento de superfícies articulares. Quadril não é o nome anatômico da articulação. De fato, pode-se dizer articulação do quadril. De acordo com a terminologia anatômica, coxofemoral é a designação dessa articulação. Dizer luxação do fêmur é desconforme ao significado de luxação contida nos dicionários, que se referem à desjunção de superfícies articulares, não do osso em si.

Mac Burney – Mac-Burney – MacBurney – McBurney (incisão de). Todos esses são nomes encontrados na literatura médica. Entretanto, os dicionários de língua inglesa registram apenas McBurney, forma, portanto, recomendável. De Charles McBurney (1845-1914), cirurgião de Nova Iorque. Escrever Macburney ou Mcburney é incorreto. Mac, ou sua abreviação Mc, é prefixo patronímico (que indica o nome do pai) muito comum entre escoceses e irlandeses (The

New Oxford Dict. of English, 1998). Do gaélico mac, filho (Webster, 1979).

Maiores informações. É expressão muito usada, mas, a rigor, informações não são maiores ou menores, grandes ou pequenas. Não são mensuráveis pelo sistema métrico. "O sentido da palavra maior está relacionado com tamanho, espaço, intensidade, duração, grandeza, número, importância, como: máximo, superior. O maior dos artistas; um maior período de tempo; o maior lápis. [...] Não existe uma relação entre tamanho e informações" (Hélio Consolaro, www.portaldasletras.com.br acessado em 8.11.05). Na verdade, "maiores", aqui, significa outras, novas, adicionais, melhores ou mais informações. Melhor dizer: informações adicionais, outras informações, mais informações. O mesmo fato ocorre com as expressões "maiores condições", "maiores detalhes", "maiores contratempos", "maiores dúvidas", "maiores sintomas", "maiores pormenores", "maiores manifestações", "maiores intercorrências", "maiores esclarecimentos", "maiores níveis", "maiores estudos", "maiores questionamentos", "maiores orientações", "maior facilidade", "maior frequência", "maiores explicações" e similares, às vezes, erroneamente empregadas no sentido de mais detalhes, contratempos, dúvidas, manifestações, intercorrências, facilidade. Quando maiores é substituível por grandes, é adequado dizer: maiores riscos, maiores danos, maiores lesões, maiores problemas.

ÍNDICE DE ASSUNTOS DO VOLUME 13/2011

SUBJECT INDEX TO VOLUME 13/2011

Abdome Agudo.....	n.1, 49	Doença celíaca.....	n.1, 18
Abdomen, Acute.....	n.1, 49	Doença de Parkinson.....	n.2, 127
Acidente cerebral vascular.....	n.2, 86	Educação Médica.....	n.3, 200
Acute Kidney Injury.....	n.2, 108	Education, Medical.....	n.3, 200
Adenocarcinoma.....	n.1, 57	Enxaqueca sem aura.....	n.3, 167
Adrenal Cortex Hormones.....	n.1, 11	Esclerodermia Localizada.....	n.1, 23
Alimento funcional.....	n.2, 97	Especialização.....	n.3, 192
Anatomia.....	n.4, 245	Espiritualidade.....	n.4, 261
Anatomy.....	n.4, 245	Espondilite Anquilosante.....	n.3, 184
Anticorpos anti gliadina.....	n.1, 18	Estrogênios.....	n.4, 227
Antígeno Prostático Específico.....	n.1, 57	Estrogens.....	n.4, 227
Anti gliadin antibodies.....	n.1, 18	Estudo de Casos.....	n.4, 272, 277
Artéria renal.....	n.4, 245	Ethics, Medical.....	n.1, 45
Articulações dos dedos.....	n.1, 23	Ética Médica.....	n.1, 45
Auto-Imagem.....	n.4, 261	Feijão de soja.....	n.2, 97
Avena sativa.....	n.2, 97	Ferimentos e Lesões.....	n.1, 52
Breast Neoplasms.....	n.4, 261	Fibromialgia, Questionários.....	n.3, 184
Carcinoma adenóide cístico.....	n.4, 272	Fibromyalgia, Questionnaires.....	n.3, 184
Carcinoma basocelular.....	n.4, 251	Finger Joint.....	n.1, 23
Carcinoma de células escamosas.....	n.4, 251	Functional food.....	n.2, 97
Carcinoma, adenoid cystic.....	n.4, 272	Gastric bypass.....	n.2, 132
Carcinoma, Basal Cell.....	n.4, 251	Gastrointestinal symptoms.....	n.1, 18
Carcinoma, Squamous Cell.....	n.4, 251	General surgery.....	n.4, 245, 277
Case reports.....	n.2, 127, 135	Glicerol.....	n.3, 175
Case Studies.....	n.4, 272, 277	Glomerulonefrite Pós-Infecçiosa.....	n.3, 206
Cefaleia.....	n.3, 167	Glycerol.....	n.3, 175
Celiac disease.....	n.1, 18	Hands.....	n.1, 23
Cell proliferations.....	n.4, 227	Headache.....	n.3, 167
Cirurgia geral.....	n.4, 245, 277	Health Planning.....	n.4, 237
Cirurgia Plástica.....	n.4, 237	Hemostasia Cirúrgica.....	n.3, 175
Codes of Ethics.....	n.1, 9	Hemostasis, Surgical.....	n.3, 175
Códigos de Ética.....	n.1, 9	Hérnia abdominal.....	n.2, 132
Consumer Satisfaction.....	n.4, 237	Hipersensibilidade, pele.....	n.3, 167
Convênios Hospital-Médico.....	n.1, 38	Hormone replacement therapy.....	n.4, 227
Convulsões.....	n.2, 86	Hospital-Physician Joint Ventures.....	n.1, 38
Corticóides.....	n.1, 11	Humanização da assistência hospitalar.....	n.2, 114
Depressão.....	n.4, 261	Humanization of assistance.....	n.2, 114
Depression.....	n.4, 261	Hypersensitivity Skin.....	n.3, 167
Derivação gástrica.....	n.2, 132	Intensive care units.....	n.2, 108
Dermatite seborréica.....	n.2, 127	Internato e Residência.....	n.3, 192
Dermatitis, seborrheic.....	n.2, 127	Internato e Residência, organização e administração.....	n.1, 38
Dermatopolimiosite juvenil.....	n.2, 122	Internship and Residency.....	n.2, 85; n.3, 192
Dexametasona.....	n.1, 11	Internship and Residency.....	n.3, 192
Dexamethasone.....	n.1, 11	Internship and Residency, organization & administration.....	n.1, 38
Diabetes Mellitus.....	n.2, 97	Intestinal obstruction.....	n.2, 132, 135
Díálise.....	n.2, 108	Intracranial pressure, complications.....	n.1, 31
Dialysis.....	n.2, 108	Juvenile Dermatomyositis.....	n.2, 122
Divertículo ileal.....	n.2, 135	Kidney Transplantation.....	n.4, 245
Doctor patient relationship.....	n.2, 114	Laparoscopia.....	n.2, 132

Laparoscopy.....	n.2, 132	Prostatic Neoplasms.....	n.1, 57
lesão renal aguda.....	n.2, 108	Prostheses and implants.....	n.2, 119
Lidocaína.....	n.3, 175	Próteses e implantes.....	n.2, 119
Lidocaíne.....	n.3, 175	Psychotic Disorders.....	n.2, 86
Linfangioleiomiomatose.....	n.4, 277	Publicidade Médica.....	n.1, 45
Liver.....	n.3, 175	Radioterapia.....	n.4, 267
Lúpus eritematoso sistêmico.....	n.2, 86	Radiotherapy.....	n.4, 267
Lupus erythematosus, systemic.....	n.2, 86	Rectum.....	n.1, 57
Lymphangioleiomyomatosis.....	n.4, 277	Relações médico-paciente.....	n.2, 114; n.3, 200
Manifestações neurológicas.....	n.2, 86	Relato de casos.....	n.2, 127, 135
Mãos.....	n.1, 23	Renal artery.....	n.4, 245
Meckel diverticulum.....	n.2, 135	Residência Médica.....	n.2, 85
Medical Advertising.....	n.1, 45	Reto.....	n.1, 57
Medição da dor.....	n.3, 184	Sarcoma de células claras.....	n.4, 277
Meningioma.....	n.4, 267	Sarcoma, Clear Cell.....	n.4, 277
Metástase Neoplásica.....	n.1, 57	Satisfação dos Consumidores.....	n.4, 237
Migraine without Aura.....	n.3, 167	Scleroderma, Localized.....	n.1, 23
Miosite.....	n.2, 122	Seizures.....	n.2, 86
Monitoring, Physiologic.....	n. 1, 31	Self Concept.....	n.4, 261
Monitorização Fisiológica.....	n.1, 31	Sepse.....	n.1, 11
Myositis.....	n.2, 122	Sepsis.....	n.1, 11
Neoplasias cutâneas.....	n.4, 251	Sintomas gastrointestinais.....	n.1, 18
Neoplasias da mama.....	n.4, 261	Skin neoplasms.....	n.4, 251
Neoplasias da Próstata.....	n.1, 57	Sobrevida.....	n.4, 251
Neoplasias de tecidos moles.....	n.4, 277	Soft tissue neoplasms.....	n.4, 277
Neoplasias Testiculares.....	n.1, 49	Soybeans.....	n.2, 97
Neoplasm Metastasis.....	n.1, 57	Specialization.....	n.3, 192
Neurologic manifestations.....	n.2, 86	Spirituality.....	n.4, 261
Obesidade mórbida.....	n.2, 132	Spondylitis, Ankylosing.....	n.3, 184
Obesity, morbid.....	n.2, 132	Streptococcus pneumoniae.....	n.3, 206
Obstrução intestinal.....	n.2, 132, 135	Stroke.....	n.2, 86
Organização e Administração.....	n.4, 237	Surgery, Plastic.....	n.4, 237
Organization and Administration.....	n.4, 237	Survivorship (Public Health).....	n.4, 251
Pain Measurement.....	n.3, 184	Terapia de reposição hormonal.....	n.4, 227
Parkinson Disease.....	n.2, 127	Testicular neoplasms.....	n.1, 49
Physician-Patient Relations.....	n.3, 200	Testículo, lesões.....	n.1, 52
Planejamento em Saúde.....	n.4, 237	Testis, injuries.....	n.1, 52
Polimiosite.....	n.2, 122	Transplante de rim.....	n.4, 245
Polymyositis.....	n.2, 122	Transplantes.....	n.2, 119
Postinfectious Glomerulonephritis.....	n.3, 206	Transplants.....	n.2, 119
Preceptorship.....	n.2, 85	Transtornos Psicóticos.....	n.2, 86
Pressão intracraniana, complicações.....	n.1, 31	Tutoria.....	n.2, 85
Progestinas.....	n.4, 227	Unidade de terapia intensiva.....	n.2, 108
Progestins.....	n.4, 227	Útero.....	n.4, 227
Proliferação de células.....	n.4, 227	Uterus.....	n.4, 227
Prostate-Specific Antigen.....	n.1, 57	Wounds and Injuries.....	n.1, 52

ÍNDICE DE AUTORES DO VOLUME 13/2011

AUTHOR INDEX TO VOLUME 13/2011

- Adame, Ana Paula.....n.1, 18; n.2, 108
Alberti, Luiz Ronaldo.....n.3, 167
Alcala, Juan Marcelo Fernandez.....n.3, 175
Almeida, Lorena Vieira Machado.....n.2, 97
Alves, Elaine.....n.1, 61; n.2, 139; n.3, 211; n.4, 281
Araújo, Letícia Cezar.....n.3, 200
Azevedo, Valderílio Feijó.....n.3, 184
- Bacelar, Simônidés.....n.1, 61; n.2, 139; n.3, 211; n.4, 281
Baldissera, Renato Luiz.....n.4, 251
Barbosa, Samoara V. Correa.....n.2, 122
Barboza, Luis Eduardo Durães.....n.2, 132
Batista, Rosa Virgine Tajra.....n.1, 49
Bayerl, Jaques Dieter.....n.1, 31
Bega, Déborah Fernandes.....n.1, 11
Beleze, Ricardo Joekel.....n.1, 31
Bley, Alexandre Gustavo.....n.1, 9
Boros, Carla Luiza.....n.1, 23
Burgarelli, Giselle Lelis.....n.3, 167
- Caetano, Alexandre Justino.....n.2, 135
Caliari, Eduardo Augusto dos Santos.....n.4, 245
Caliari, Henrique Augusto dos Santos.....n.4, 245
Campos Júnior, Jair de.....n.1, 57
Campos, Eurico Cleto Ribeiro de.....n.4, 251
Campos, José Lamartine Galvão de.....n.4, 237
Campos, Marcelo Esteves Chaves.....n.1, 52
Carrilho, Paulo Eduardo Mestrinelli.....n.2, 127
Carvalho, Sheron Luize Costa de.....n.4, 227
Cavalli, Ricardo Cavalheiro.....n.1, 57
Collaço, Luiz Martins.....n.4, 227
Cordeiro Junior, David Gomes.....n.4, 227
Crialezi, Fábio Monteiro.....n.1, 57
Cristovam, Marcos Antônio da Silva.....n.1, 18; n.2, 122, 127
Cunha, João Pedro Pereira da.....n.2, 86
- D'Ávila, Larissa.....n.2, 108
Delabio, Letícia Carani.....n.4, 272
- Farias, Fernando Rogério Beylouni.....n.4, 277
Favretto, Luis Gustavo.....n.3, 184
Ferraz, Juliane Bertoni.....n.3, 184
Ferreira Júnior, Mirayr.....n.2, 135
Ferreira, Lydia Masako.....n.4, 237
Ferreira, Nayara Gonçalves.....n.1, 52; n.2, 135
Fontes, Carlos Edmundo Rodrigues.....n.1, 49
França, Daniel Mourão.....n.1, 52
Freitas, Jaime Fontanelli.....n.1, 31
- Gabriel, Gleice Fernanda Costa Pinto.....n.1, 18
Galvão, Carmem Cecília.....n.1, 61; n.2, 139; n.3, 211; n.4, 281
Gazim, Caio C.....n.2, 114
Guimarães, Isabela de Alustau.....n.4, 261
- Henriques, Gilberto Simeone.....n.2, 97
Isa, Rosana Hapsi.....n.2, 132
Jacob, Rafael da Silveira de Castilho.....n.1, 52
João, Paulo Ramos David.....n.3, 206
Juliano, Yara.....n.4, 237
- Kamei, Douglas Jun.....n.3, 175; n.4, 251
Kochil, Anderson Tomoyuki.....n.1, 31
Kristochick, Julio Cezar Gomes.....n.1, 31
- Lago, Vanessa Vieira Dal.....n.4, 227
Leite, Marcelo Sousa Cunha.....n.1, 52
Lima, Carlos Vital Tavares Correa.....n.1, 45
- Machado, Denise Magalhães.....n.3, 184
Maeda, Adriano Keijiro.....n.1, 31
Maia, Daniel Santos.....n.1, 52; n.2, 135
Manetti, Hugo Meneguetti.....n.1, 31
Mardegan, Marino José.....n.1, 49
Marques, Luciana de Oliveira.....n.4, 227
Mattozo, Carlos Alberto.....n.1, 31
Mendes, Karla Matos Oliveira.....n.3, 167
Monteiro, Márcia Regina Pereira.....n.2, 97
Moritz, Antonio Ivo.....n.1, 57
Murata, Murilo Minoru.....n.1, 57
- Nassif, Aissar Eduardo.....n.1, 49
Neiva, João Batista.....n.4, 272
Novo, Neil Ferreira.....n.4, 261
- Oliveira, Anna Carolina Botti de.....n.1, 11
Oliveira, Cyro Cezar de.....n.1, 57
Oliveira, Maria Carolina Mendes de.....n.4, 261
Oliveira, Paulo de Tarso Vaz de.....n.2, 135
Organo, Juliana Pizzol.....n.2, 97
Osaku, Nelson Ossamu.....n.1, 18
- Pagnan, Leonardo Brancia.....n.3, 200
Paiva, Eduardo dos Santos.....n.3, 184
Pasetto, Camila V.....n.2, 114
Passini Júnior, Renato.....n.3, 192
Pegoraro, Sibila Aiache.....n.1, 18
Pereira, Fernanda Coimbra.....n.2, 122, 127

Pereira, Simone Cardoso Lisboa.....	n.2, 97	Silva, Renato Corgozinho A. da.....	n.2, 135
Peres, Luís Alberto Batista.....	n.2, 108	Simões, João Carlos.....	n.2, 85, 114; n.3, 163, 175, 200; n.4, 225, 251
Petroianu, Andy.....	n.3, 167	Skare, Thelma Larocca.....	n.1, 23; n.2, 86
Pinheiro, Enzo Barbosa Aires.....	n.4, 251	Soares, José Humberto.....	n.3, 165
		Soares, William Abreu.....	n.3, 184
Quidigno, Eduardo Alcântara.....	n.4, 245	Sobral, Ana Cristina Lira.....	n.4, 227
		Sousa, Evandro Guimarães de.....	n.1, 38
Rabêlo, Felipe Torres.....	n.1, 52	Souza, Eduardo Hubner.....	n.4, 277
Rametta, Sérgio Santos.....	n.1, 52	Strano, Talita Recheleto.....	n.1, 11
Reis, Luana Resende.....	n.4, 237		
Repka, João Carlos Domingues.....	n.4, 272	Takeda, Sandro Yudi.....	n.2, 86
Rezende, Camila Makino.....	n.2, 122, 127	Távora, José Eduardo Fernandes.....	n.1, 52
Rezende, Patrícia Makino.....	n.2, 127	Toebe, Bruna Letícia.....	n.1, 23
Rocha, Bruno V.....	n.2, 114	Tubino, Paulo.....	n.1, 61; n.2, 139; n.3, 211; n.4, 281
Rocha, Sérgio Luiz.....	n.1, 11; n.4, 245		
Rocha, Tiago José da.....	n.3, 175	Uyeda, Hirofumi.....	n.2, 122, 127
Rosário, Cristine Secco.....	n.3, 206	Veiga, Daniela Francescato.....	n.4, 237
Rossi, Lucas Félix.....	n.4, 277	Veloso, Luiz Fernando.....	n.2, 119
		Venazzi, Alisson.....	n.2, 108
Saboia, Luciano do Valle.....	n.4, 272	Viegas, Ricardo Gomes.....	n.2, 135
Santos, Fábio Marchini Raimundo dos.....	n.3, 175; n.4, 251	Wisniewski, Edirlene Doroti.....	n.2, 122
Schneider, Taylor Brandão.....	n.4, 237, 261	Yagueshita, Lumy Carolina.....	n.3, 184
Scussel, Fernanda.....	n.3, 184	Zammar, Guilherme Roberto.....	n.1, 11
Sebben, Geraldo Alberto.....	n.2, 132; n.4, 245	Zamponi Junior, Johnni Oswaldo.....	n.4, 267
Sena, Antônio Carlos Rosa de.....	n.2, 132	Zamponi, Johnni Oswaldo.....	n.4, 267
Silva, Alcino Lázaro da.....	n.2, 119	Zanetti, Leonardo Rivabem.....	n.3, 200
Silva, Elkin Ebret Charris.....	n.2, 135	Zavaschi, Leonardo.....	n.4, 277
		Zöllner, Ana Cristina Ribeiro.....	n.1, 38

AGRADECIMENTO

O Editor da REVISTA DO MÉDICO RESIDENTE agradece aos seguintes membros do Conselho de Revisores e do Conselho Editorial convidados, abaixo listados, que fizeram as correções dos artigos encaminhados, possibilitando a publicação dos artigos científicos de alto nível e a conclusão do volume número 13 do ano de 2011:

- Alcino Lázaro da Silva
- Thelma L. Skare
- Ricardo R. Gama
- Luiz Alberto Peres
- Gilmar Amorim de Souza
- Nicolau Kruel
- Carlos Edmundo Fontes
- Armando d'Acampora

DECLARAÇÃO DE FLORIANÓPOLIS

Revalidação automática de diplomas de Medicina: 17 países se manifestam contra

A adoção de critérios rigorosos e transparentes para validação de diplomas de Medicina obtidos em países estrangeiros, a formulação de políticas públicas que favoreçam a fixação de médicos em zonas de difícil provimento, o aumento de investimentos na assistência em saúde, o combate à violência contra os profissionais da saúde e a definição de medidas de acesso equânime à assistência farmacêutica. Estes são alguns dos pontos da Declaração de Florianópolis, documento aprovado por representantes de 17 países da América Latina, Caribe e Península Ibérica, que durante os dias 28 a 30 de março, participaram do V Fórum Ibero-americano de Entidades Médicas (Fiem), realizado em Florianópolis (SC).

O documento será encaminhado formalmente ao Governo brasileiro pelas entidades médicas brasileiras. "É importante que os gestores saibam que nossas preocupações são compartilhadas e apoiadas pela comunidade médica internacional. Acreditamos que, por meio do diálogo, poderemos encontrar as soluções aguardadas pelos médicos e pela sociedade", afirmou o presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Roberto Luiz d'Ávila, anfitrião das delegações. Para ele, a Declaração de Florianópolis reforça a preocupação da classe médica com o futuro da Medicina, a qualidade da assistência em saúde e a vida dos cidadãos nos países signatários.

Ao aprovar a Declaração, após três dias de debates, as entidades médicas das 17 nações participantes do Fiem entenderam ser fundamental o seu posicionamento conjunto ante aos desafios do setor, que afetam milhões de pessoas. Entre os problemas citados constam: a falta crônica de financiamento à saúde, os

abusos éticos cometidos por tomadores de decisão e a ausência de políticas públicas em nível governamental. As entidades também exigiram dos diferentes Governos o apoio a medidas que integram o documento aprovado como forma de garantir às comunidades atenção em saúde segundo critérios de qualidade técnica, eficácia de resultados e segurança plena aos pacientes.

Subsídios para o debate - Durante o V Fiem, expositores de diferentes nações apresentaram dados que mostraram as problemáticas nacionais acerca dos temas constantes da programação do Fórum. Os subsídios estimularam os debates - em plenários e em grupos de discussão - em busca de diagnósticos e respostas para as dificuldades. São as conclusões deste trabalho que integram a Declaração de Florianópolis. Para os participantes, as questões polêmicas não podem ser ignoradas pelos profissionais, pela sociedade e, principalmente, pelos gestores das distintas esferas.

Segundo o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Florentino de Araújo Cardoso Filho, "é de grande relevância que o Brasil e os demais países irmãos no FIEM discutam a capacitação dos médicos na região, tanto na graduação quanto na pós-graduação; assim como analisem, juntos, a situação do mercado de trabalho e suas perspectivas. Deste modo, poderemos vislumbrar um futuro cada vez melhor para os médicos e a saúde da população".

Esta também é a percepção do presidente da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), Cid Célio Jayme Carvalhaes, para quem o encontro em Florianópolis ajudou a entender também os dilemas que afetam o trabalho

médico. "Com a crise da Espanha e em Portugal, com as dificuldades das Américas, temos dificuldade muito grande em termos de condições de trabalho, que é, em geral, precarizado". Ele relata ainda que "na maioria dos países nos temos dificuldades materiais importantes de instalações, insumos e medicamentos, respeitadas as peculiaridades de cada um dos países".

Conheça as principais conclusões que integram a Declaração de Florianópolis. Para acessar a íntegra do documento, acesse o portal do CRM.

VALIDAÇÃO DE DIPLOMAS ESTRANGEIROS:

- As entidades médicas devem integrar as comissões de reconhecimento de diplomas, cujo processo deve acontecer em ambiente que garanta sua publicidade e transparência.
- O reconhecimento e a validação dos diplomas estrangeiros devem ocorrer somente após análise curricular e documental e realização de exames (teóricos, práticos, cognitivos, deontológicos e linguísticos) pelos candidatos, em marcos similares aos previstos pelos projetos Revalida (Brasil), Mir (Espanha) e Eunanacom (Chile), considerados referências pelo rigor na seleção dos candidatos.

MIGRAÇÃO MÉDICA

- O monitoramento dos fluxos de migração médica, com controle de entrada e saída de profissionais entre os países, deve ser implementada, possibilitando o exercício da Medicina apenas aos candidatos que, mesmo após validação de seus títulos, estejam inscritos nas entidades médicas reguladoras dos países.
- A organização de um registro único de médicos com a contribuição dos países que compõem o Fiem (com dados pessoais, titulação, histórico ético-profissional, formação) deve ser operacionalizada.

TRABALHO E EDUCAÇÃO MÉDICOS

- As entidades médicas devem participar dos

processos de regulação do trabalho médico, cabendo-lhes colaborar com a formulação de diagnósticos das necessidades a partir da análise de dados gerais e específicos da população médica, incluindo a oferta de vagas e de cursos de medicina, entre outros.

- Políticas públicas voltadas ao fortalecimento e à valorização do trabalho médico devem ser adotadas pelos governos nacionais para assegurar aos profissionais condições que permitam exercer plenamente a Medicina com autonomia, sem interferência de pressões econômicas e políticas e comprometido com o paciente.
- A oferta de acesso aos profissionais à educação médica continuada, à remuneração adequada, às condições de trabalho e de aposentadoria que tornem possível a prática da Medicina mesmo em áreas de difícil provimento deve ser implementada pelos países. A definição de uma carreira funcional específica dentro do Estado para os médicos aparece como única saída para a cobertura dos chamados vazios assistenciais, permitindo a fixação dos médicos em todas as regiões, estendendo às comunidades os benefícios de uma assistência de qualidade.

VIOLÊNCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS

- A violência contra os médicos é um problema generalizado e em crescimento que afeta especialmente a determinados serviços, como os de emergência, e aos médicos mais jovens. Considera-se imprescindível prevenir e controlar estas situações com o apoio governamental e policial.

ACESSO A MEDICAMENTOS

- A política de medicamentos deve ser uma prioridade de nossos governos, sem que esteja submetida a interesses privados ou de mercado, assegurando ao pacientes tanto seu uso racional como o acesso aos insumos essenciais.
- As entidades médicas consideram imprescindível a exigência de novas políticas internacionais pelas quais os países ricos garantam

ao resto da população mundial o acesso e a distribuição de medicamentos essenciais em condições suportáveis para suas economias.

- Os interesses de mercado que condicionam definitivamente a investigação biomecânica e o comportamento da indústria farmacêutica e de tecnologias em saúde devem estar submetidos aos interesses da saúde e à sustentabilidade e à manutenção dos sistemas nacionais de saúde universais, equânimes e solidários em todos os nossos países.
- As entidades médicas devem intervir efetivamente e prestar contas em grupos de trabalho ou estruturas públicas, que permitam a tomada

de decisões sobre avaliação, habilitação, registro, financiamento e monitoramento do uso de medicamentos e de novas tecnologias em saúde.

- Os médicos devem estar dispostos a declarar seus conflitos de interesse quando intervenham ou participem em estudos de investigação, realizem publicações, formação ou informações relacionados a quaisquer aspectos que afetem o exercício da profissão médica. Nossas organizações médicas devem estar dispostas a introduzir e exigir uma nova cultura de comportamento médico que incorpore a declaração de conflitos de interesse em suas referências curriculares.

CRMs pedem manutenção do Revalida e respeito à legislação que trata do tema

A reunião dos presidentes dos conselhos avaliou as consequências da revalidação para a qualidade da assistência.

Os presidentes dos 27 Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) divulgaram em 10 de abril nota pública contra a revalidação indiscriminada de diplomas de Medicina obtidos no exterior. O grupo passou o dia reunido em Brasília, na sede do Conselho Federal de Medicina (CFM), onde avaliou o tema e suas consequências para a saúde da população e para a qualidade da assistência oferecida.

No texto, os presidentes pedem ao Governo a manutenção do Exame Nacional de Revalidação

de Diplomas Médicos expedidos por Universidades Estrangeiras (Revalida), aplicado desde 2010 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), e reconhecido pelo uso de critérios uniformes, justos e transparentes na avaliação dos candidatos.

Para o grupo, sem observar estes critérios, a saúde da população será colocada em risco e não solucionará o problema da falta de médicos em algumas regiões e em determinados serviços públicos de saúde no Brasil.

NOTA PÚBLICA DOS CONSELHOS Contra a revalidação indiscriminada de diplomas de Medicina obtidos no exterior

Considerando a responsabilidade dos médicos de proteger a saúde da população brasileira, garantindo-lhe atendimento segundo critérios de qualidade, eficiência e ética, os 27 Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), reunidos em Brasília, manifestam publica-

mente por unanimidade contra possível alteração das regras de revalidação de diplomas de médicos formados no exterior, que estaria em discussão entre a Casa Civil da Presidência da República e os Ministérios da Saúde e Educação, conforme notícias divulgadas pe-

los meios de comunicação.

Preocupados com o risco de morte e outras consequências do atendimento indevido impostos aos pacientes por conta da atuação de portadores de diplomas de Medicina, obtidos no Brasil e no exterior, que não contaram com a devida formação e preparo para o desafio diário da assistência, os 27 CRMs defendem e exigem:

- A manutenção do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Universidades Estrangeiras (Revalida), aplicado desde 2010 pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) é reconhecido pelo uso de critérios uniformes, justos e transparentes na avaliação dos candidatos.

- A condução do processo de revalidação de diplomas estrangeiros em acordo com os critérios da graduação de Medicina no Brasil - mínimo de 7.200 horas, seis anos de curso com 35% da carga horária total correspondendo a estágio prático/internato, conforme previsto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina - e com a exigência de exames que mensurem as competências e as habilidades mínimas para o exercício profissional.

- A obediência pelo Governo à Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que determina

que todos os profissionais formados no exterior (brasileiros ou não) são obrigados a revalidar seus diplomas em escolas brasileiras de ensino superior para receber a autorização para trabalhar no país, e também ao Decreto Federal que regulamentou o papel dos Conselhos de Medicina, pelo qual se exige que o requerimento de inscrição no CRM seja acompanhado da prova de revalidação do diploma de formatura.

Os 27 CRMs entendem a revalidação dos diplomas estrangeiros sem observar estes critérios colocará em risco a saúde da população e não solucionará o problema da falta de médicos em algumas regiões e em determinados serviços públicos de saúde no Brasil. Para as entidades, solução para os problemas de acesso e de desigualdade na concentração de médicos no país passa pela instituição de políticas públicas que estimulem a fixação dos profissionais em zonas de difícil acesso e provimento, nos moldes de uma carreira específica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) que abranja aspectos como oferta de programas de educação continuada, perspectivas de progressão funcional, remuneração compatível com a responsabilidade e o existência de rede física adequada. Este contexto, certamente, trará ganhos para a qualidade da Medicina exercida no país e para a sociedade em geral.

MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

Produtos medicamentosos líquidos desaparecidos

Disappeared products drugs liquid

Wittig EO. *Produtos medicamentosos líquidos desaparecidos. Rev. Med. Res. 2012; 14 (1)75.*



Com a produção de novas substâncias e fórmulas a medicação em xaropes, elixires, soluções teve um período mais intenso e preferido, quando a tecnologia para a embalagem em comprimidos ou cápsulas eram ainda menos disponíveis.

Os produtos que apresentamos não existem mais, como até mesmo algumas empresas ou laboratórios já desapareceram do mercado ou foram absorvidos por outras.

Os líquidos, especialmente, os xaropes, tinham apesar de sua grande produção, algumas desvantagens pelo volume e peso, a facilidade de se estragarem, como das embalagens de vidro serem mais fáceis de quebrarem, um peso no conjunto de transporte era desfavorável. As substâncias e as fórmulas eram mais acessíveis, a manipulação com líquido tecnicamente mais disponível, o sabor adocicado também favorecia a tomada do líquido. Transportar em vidro era muito incômodo. “Tome que é bem docinho e gostoso”, diziam nossas mães.

DESCRITORES – História da Medicina, Museu de Medicina, medicamentos, produtos, líquidos, desaparecidos

KEYWORDS – History of Medicine, Medicine Museum, products, fluids drugs, disappeared.

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

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

Rua Carlos de Carvalho, 4191 – Centro
85810-080 – Cascavel – PR
Fone: (45) 3219-4500 – Fax: (45) 3222-1464
E-mail: hsaletete@terra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Eduardo Frederico Borsarini Felipe

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL DO PARANÁ

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

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN

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

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

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

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI

Rua Pedro Collere, 992, Vila Isabel
80320-320 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3013-9267 – Fax: (41) 3244-7093
E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br
Coordenador da COREME: Dr. José Rocha Faria Neto
Representante dos Residentes: Dra. Jaqueline Locks Pereira

HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA

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

HOSPITAL BOM JESUS

Rua D. Pedro II, 181, Nova Rússia
84053-000 – Ponta Grossa – PR
Telefone e Fax: (42) 3220-5000
e-mail: zanetticons@uol.com.br / www.corpoclinicohbj.med.br
Coordenador da COREME: Dr. Carlos Henrique Ferreira Camargo

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

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

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO

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

HOSPITAL DO TRABALHADOR – FUNPAR

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

HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON

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

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA

Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3017-2100/3017-2187 – Fax: (41) 3017-2160
Email: corehmsb@yahoo.com.br, residencia@hmsantabrigida.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Claudio Wiens

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

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

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE

Rua Des. Motta, 1070, Rebouças
80250-060 – Curitiba – PR
Telefones: (41) 3310-1202/1203 – Fax: (41) 3225-2291
Email: ensino@hpp.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Antonio Ernesto da Silveira

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3240-6639 Fax: (41) 3240-6500
Email: centrodeestudos@hns.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Cesar Andriguetto
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Lucas Hosken Landi

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Rua Rockfeler, 1450 – Rebouças
80030-130 – Curitiba – PR

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

HOSPITAL SÃO LUCAS

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

HOSPITAL SÃO VICENTE – FUNEF

Av. Vicente Machado, 401, Centro
80420-010 Curitiba – PR
Telefone: (41) 3111-3175/3111-3009 – Fax: (41) 3111-3019
E-mail: medicos@funef.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Geraldo Alberto Sebben
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Tiago Kuchnir M. de Oliveira

HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre
85804-260 – Cascavel – PR
Telefone: (45) 3326-3752 – Fax: (45) 3326-3752
Email: residenciaunioeste@yahoo.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcelo Pontua Cardoso
Representante dos residentes: Ezequiel Mattei

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, 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. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas
81060-060 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3361-5123 – Fax: (41) 3361-5166
E-mail: cepep@lpcc.org.br;
ensino@lpcc.org.br
Coordenador da COREME: Dr^a Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
Representante dos médicos residentes: Dr. 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: diretoriainicaicl@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@hospitalsdorocio.com.br / coreme@hospitalsdorocio.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
Wilson 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 e Carlos Roberto Goytacaz Rocha.

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

23º Concurso de Monografias

sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica

Tema de
2012

**Prontuário Médico Eletrônico:
validade e implicações ético-legais
do compartilhamento de dados**

inscrições

até 13 de agosto de 2012

Concurso
aberto a todos
os cidadãos
brasileiros,
independente
de formação
ou profissão.

Confira o
regulamento
completo do
concurso no site
do CRM-PR.

Encaminhe dúvidas para
imprensa@crmpr.org.br

Importante

As monografias devem ser inéditas, podendo ter mais de um autor. O conteúdo segue as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) e deve ter no mínimo 35 mil e no máximo 55 mil caracteres (com espaços), contabilizados da introdução à conclusão. Pode conter material ilustrativo. Observar no regulamento as normas para a identificação do autor.

Inscrições e entrega

As inscrições para o concurso anual estão abertas e o prazo será encerrado às 18h do dia 13 de agosto de 2012, tendo validade o material postado via Correios ou protocolado até a data e hora estabelecidas na sede em Curitiba ou em uma de suas Regionais.

Direitos Autorais

Os participantes ficam cientes da cessão de direitos autorais para que o CRM-PR possa divulgar as monografias nos meios de que dispõe, a título de contribuição à ciência, à Medicina e à sociedade. É vedado ao promotor do concurso, entretanto, fazer uso dos trabalhos visando lucro.

Divulgação de resultado

O resultado da comissão julgadora será apresentado no final de setembro, sendo que a premiação ocorrerá durante os festejos do Dia do Médico, em outubro.

Premiação

O autor do trabalho classificado em primeiro lugar receberá o prêmio de **R\$ 7.500,00***, cabendo ao segundo lugar, se escolhido, premiação de **R\$ 3.000,00***, além de certificado pela contribuição à atividade médica. Poderá ainda ser conferida "Menção Honrosa" a outros trabalhos, conforme decisão da Comissão Julgadora.**

* O CRM-PR informa que incidirá desconto de impostos previstos em Lei (IRRF e INSS) sobre os valores pagos aos premiados.
** A Comissão Julgadora, ao seu exclusivo critério, poderá deliberar pela não premiação de qualquer das monografias apresentadas, se considerar que não atendem aos méritos desejados, ou, ainda, atribuir "Menção Honrosa" a autores de outras monografias que julgar merecedoras. Das decisões da Comissão Julgadora não caberá recurso.



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

www.crmpr.org.br