REV MED RES | nº 3 - pág. 145 a 220 | JULHO / SETEMBRO

ISSN 2237-7131

volume 14
2012

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

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 Ladmir Salvalaggio Junior e imagem de Vivian Belinelli.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista do Médico Residente [recurso eletrônico] / Conselho Regional de Medicina do Paraná, Comissão Estadual de Residência Médica. - v. 14, n.3 (jul./set. 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

Sumário

Contents

Editorial - *Editorial*

151 **O ovo da serpente**
The serpent's egg
João Carlos Simões

153 **Velhos e novos tempos**
Old and new times
Armando Jose d'Acampora

155 **Governo do Brasil tortura a Medicina**
Brazilian government tortures local medicine
Emerson Wolaniuk

Artigo Original - *Original Article*

157 **Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária**
Spirituality, depression and sexuality in patients with breast cancer
Fernanda Aguiar Nunes, Anelysa Macedo de Almeida, Pedro Augusto Chéquer Freire Sampaio, Taylor Brandão Schnaider

165 **Sífilis, uma doença reemergente**
Syphilis, a reemerging disease
Laiza Tabisz, Camila Travensoli Bobato, Maria Fernanda Uady Carvalho, Marcos Takimura, Somaia Reda, Márcia Regina Zanello Pundek

173 **Prevalência de Hipovitaminose D em população de consultório médico**
Prevalence of hypovitaminosis D in population of physician's office
Fernanda Carneiro Ronchi, Marina Sonagli, Maria da Graça Carneiro Ronchi

181 **Determinação do estado nutricional de recém-nascidos admitidos em uma UTI neonatal**
Determination of the nutritional status of newborns admitted to a neonatal ICU
Marcos Antonio da Silva Cristovam, João Pedro Pontes Câmara, Fernando Alves Konrad, Ana Cláudia Lopes Plewka, Lara Franken Ciupak, Henrique Seki, Deisi Vanessa Franciscato, Ingrid Sheila Zavaleta Obregón, Juliana Pavesi, Giselle Lustosa de Mello, Sílvia Karakida Bertin

186 **Doenças renais na infância**
Kidney disease in childhood
Luis Alberto Batista Peres, Marina Fabíola Rodoy Bertol

Artigo Especial - *Special Article*

193 **Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil**
Critical reflection of the physician labor market in Brazil
Angela Lacerda, Angeline G. Massignan, Antonella Vinholi, João Carlos Simões

Relato de Caso - *Case Report*

200 **Divertículo de Meckel, enterorragia severa: relato de caso**
Meckel diverticulum, massive gastrointestinal bleeding: a case report
Karla Rocha Penteado, Fernanda Bizinelli, Júlio César Souza Lobo, Sérgio Ossamu Ioshii, Fabrício Machado Marques, Fernando Issamu Tabushi, Benur Polonio

205 **Síndrome de Eagle: relato de caso**
Eagle's syndrome: a case report
Ricardo Auricchio, William A. Casteleins, Alan Motter, Diogo F. Dias, João Carlos Simões, Ana Driessen

Expressões médicas - *Medical expression*

210 **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*

218 **Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná**
Institute of Medicine and Surgery of Parana
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@crmpr.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.

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)
Vinicius G. Gava - 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 Kruel (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
André Lopes de Carvalho Barretos (SP)
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 Aguilar do Nascimento (UFMT) - Cuiabá (MT)
José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian UFMS) - C. Grande (MS)
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 (UFSER) - Aracaju (SE)
Simônides Bacelar (UNB) - Brasília (DF)
Thelma Larocca Skare (FEPAR) - Curitiba (PR)

REVISÃO LÍNGUA INGLESA
Cristiane Medeiros Vianna

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 Wewstern Memorial) – Chicago (EUA)
Luiz Alencar Borba (Universidade de Arkansas) - (EUA)

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

JORNALISTAS ASSISTENTES
Amália Dornellas
Bruna Bertoli Diegoli

DIAGRAMAÇÃO
Victória Romano

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

REVISÃO ENTRE OS PARES (PEER REVIEW)

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

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

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

A Revista do Médico Residente apoia a posição do International Committe 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-

ralmente 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 referências 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.

O ovo da serpente

The serpent's egg

João Carlos Simões*

"O progresso ético é lento, mas seguro. A virtude atrai e ensina".
(José Ingenieros, em O homem medíocre)

Hoje, as escolas médicas no Brasil oferecem 16.892 vagas por ano. Nos programas de residência, paradigma de formação de médicos especialistas e competentes, há 10.196 vagas de acesso direto disponíveis para os recém-formados.

A inferência lógica é que só 60% dos médicos têm acesso à especialização. Participam do mercado de trabalho, sem nenhum treinamento necessário aproximadamente 6.000 médicos por ano. E o que eles farão? Aonde vão trabalhar? Com que atribuição examinarão um paciente e interpretarão ou solicitarão exames complementares? Pior ainda: com que competência e habilidade farão um ato operatório invasivo, se não tiveram nenhum treinamento em serviço?

Atualmente, o Brasil tem 197 cursos de Medicina e só perde para a Índia, que tem aproximadamente 1,205 bilhão de habitantes.

Em junho último, o Ministério da Educação autorizou a criação de mais nove cursos de Medicina particulares com 800 vagas no total, sendo 520 nas regiões Sul e Sudeste, onde hoje já se concentram 72% dos médicos brasileiros.

As novas escolas estão nas cidades de Votuporanga (60 vagas) e São José do Rio Preto (160 vagas em dois cursos), em São Paulo; Belo Horizonte (120 vagas) e Betim (120 vagas), em Minas Gerais; e Londrina (60 vagas), no Paraná. As demais ficam em Recife/PE (120 vagas), Cajazeiras/PB (60 vagas) e Salvador/BA (100 vagas).

Sete foram criadas em 2011, sendo cinco particulares, uma municipal e uma estadual. Este ano, além das nove já mencionadas, foi criada uma federal em fevereiro. No quadro geral, são 82 cursos públicos (federais, estaduais e municipais) contra 114 privados, criados principalmente de 1967 a 1970 (auge do período militar), 1997 a 1999 (segundo mandato do governo FHC) e desde 2002 até nossos dias (governos Lula e Dilma).

Consequentemente, nenhum dos médicos que se graduarão em um desses novos cursos privados irá trabalhar em uma cidade ou região carente de médicos. Serão participantes de um sistema saturado de médicos nas instituições de melhor qualidade. Disputarão tenazmente as vagas em bons programas de residência médica e poucos serão selecionados. Resistirão a trabalhar na periferia dos grandes

*Editor Científico da Revista do Médico Residente

centros onde estudaram e insuflarão cada vez mais as capitais.

O notável professor Adib Jatene escreveu que decisões equivocadas como essas e outras servem para desmotivar os que ainda acreditam ser possível corrigir as iniquidades, criadas por influência empresarial ou política, e para reforçar a ideia de que não adianta lutar por dias melhores.

Desta maneira inconsequente, o governo está incubando o ovo da serpente que, quando eclodir, devorará a todos nós com a incompetência dos novos profissionais da saúde, degradação do mercado de trabalho e precarização da saúde.

Velhos e novos tempos

Old and new times

Armando José d'Acampora*

Tenho 59 anos e a cada dia me surpreendo com uma nova modificação no meu modo de vida. Minha infância foi permeada pela era do rádio, cuja grande audiência era o Repórter Esso, com Eron Domingues, e um sujeito com a minha idade, naquela época, era considerado velho.

Muito rapidamente, conheci, antes dos 10 anos de idade, o telefone, coisa rara e só permitida a quem tinha grande poder aquisitivo, pois era muito caro para os mortais comuns como eu.

Não demorou muito e surgiu a televisão, em cor preta e branca, mais chuvisco que imagem, mas já era um grande progresso.

Nem bem me acostumei com a televisão preta e branca, surge a TV colorida, na década de 70, quando foi espalhada em repetidoras para o Brasil inteiro, de maneira que pudéssemos ver a Copa do Mundo, com uma seleção brasileira que nunca mais vi outra igual, e em tempo real. Enquanto as partidas ocorriam, nós poderíamos acompanhá-las ao vivo e a cores. Nada mais do que pão e circo, nada muda desde a Roma dos césares.

Repentina e sorrateiramente surge o aparelho de fax e a comunicação se torna quase que instantânea, necessitando que a mensagem fosse escrita e só então copiada e transmitida.

Quando achei que isso era uma invenção extraordinária, me apresentam um tal de computador. Primeiro aqueles cujo monitor era de fósforo verde, depois nas cores preta e branca e finalmente os monitores coloridos.

Achei espetacular, mas não parou aí. Veio a internet e com ela a comunicação em tempo real, e logo a transmissão de imagens em – ora vejam – também em tempo real.

Agora eu me conecto com qualquer outro ser de qualquer lugar do mundo em tempo real, posso entrar em um chat qualquer, sobre qualquer assunto que me interesse, e interagir com pessoas que nem sequer ouvi falar, quanto mais que as conheça.

Além disso, já editaram as redes sociais, onde eu entro em contato com pessoas cujo perfil me são agradáveis e, algumas delas, também não conheço.

É a era da globalização da informação e da comunicação em tempo real. Algo simplesmente fantástico.

Mas e eu? Onde eu estou nisso? Será que conheço meu vizinho? Meus filhos conseguem brincar na rua sem que eu viva em sobressalto?

**Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital Florianópolis, Professor da Universidade Federal de Santa Catarina e Conselheiro do Conselho Regional de Santa Catarina.*

Onde está o eu, o vizinho, o paciente, ou seja, onde está o próximo?

Será ele, o paciente, somente avaliado pelo que pode me pagar?

Também vivi a época em que desde que nasci, a idade média dos homens aumentou em 45 anos, independentemente dos agrotóxicos, do colesterol, do fumo, da falta de exercício, dos alimentos orgânicos (embora eu não conheça alimentos inorgânicos), dos produtos diets, dos zeros e todas essas porcarias que as pessoas simplesmente compram sem pensar.

O maior problema, que eu vejo, é que elas, as pessoas, se acostumaram a isso, a comprar sem pensar, e é assim que estão comprando o médico.

O importante não é ter o melhor médico, o mais preparado, o importante é ter o médico mais barato, seja por convênio ou não.

Infelizmente, o médico virou um produto de supermercado, disposto como está, numa gôndola de convênio.

Governo do Brasil tortura a Medicina

Brazilian government tortures local medicine

Emerson Wolaniuk*

Chega um determinado momento em que a indignação não pode ser contida. É possível fechar os olhos perante o problema uma vez, mas quando o incômodo cresce em ritmo exponencial, a gente explode. E o "incômodo" de que precisamos tratar é sobre o que estão fazendo conosco, com os estudantes de Medicina e com os médicos formados.

São projetos de lei que visam diminuir o salário dos médicos federais em 50% – ou aumentar sua carga horária para o dobro, o que é a mesma coisa – ou é o deputado Edson Pimenta propondo que o médico autônomo atenda pacientes por valores abaixo da tabela do SUS, a título de "caridade", gerando uma economia para o Estado. E sobre o ensino médico, temos hoje a meta da "Presidenta" Dilma de criar **4.500 novas vagas de Medicina** no país, por ano, em universidades que sequer têm hospital-escola ou são reconhecidas pelo MEC, ou mesmo enquanto as universidades que já existem sequer estão em atividade devido à greve, por falta de negociação com os professores, que também trabalham em regime de "caridade, gerando economia para o Estado".

O Ministério da Educação já autorizou, em junho, a abertura de nove cursos de Medicina particulares, num total de 800 novas vagas anuais, sendo a maior parte delas nas regiões Sul e Sudeste do país, regiões em que o número de

médicos é muito maior do que a demanda. Há a escassez de médicos em regiões sem infraestrutura, onde, enquanto o governo não investir seus impostos, nenhuma alma bondosa vai arriscar a sua vida e sua profissão trabalhando sem recursos, sem segurança e sem materiais.

O Provab – Projeto de Valorização da Atenção Básica – procura levar os médicos formados nos grandes centros para as regiões mais remotas e já está sendo um fracasso, simplesmente porque médicos não são curandeiros e não podem resolver os problemas de saúde apenas com um estetoscópio.

**Estudante do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná*

Enquanto isso, os médicos vão se formando e se acumulando nos grandes centros, submetendo-se a altas cargas de trabalho para receberem dignamente, ou digladiando-se para conquistarem uma vaga na residência médica. Afinal, nenhum profissional vai sair desbravando o Brasil sem garantia de retorno, de plano de carreira, de valorização.

Ainda assim, o MEC anunciou que irá criar mais 2.415 novas vagas de medicina em cursos já existentes até 2014. Parece não haver argumento que convença o Planalto de que essa manobra eleitoreira e demagógica vai ruir as bases do bom atendimento à saúde em nosso país. Médicos existem! Somos já o segundo país com o maior número de escolas de medicina (196) perdendo apenas para a Índia (202). Porém, a Índia tem mais de um bilhão de habitantes, enquanto nós estamos na casa dos 200 milhões. Em defesa da saúde dos cidadãos e da qualidade do exercício da Medicina do Brasil, a Associação Médica Brasileira, a Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, com apoio das sociedades de especialidade, repudiaram em nota oficial a intenção do Ministério.

Este é um apelo à população médica e também à população geral, que não compactuemos com essa medida política errônea que vai contaminar toda a medicina brasileira. Precisamos é de infra-estrutura, precisamos que nossos impostos retornem em hospitais, em políticas de saúde resolutivas, verbas para que o SUS funcione, educação de qualidade, com professores que sejam bem pagos e ensinem com vontade. As políticas de saúde têm sido tratadas com medidas simplistas e errôneas, guiadas pela demagogia. O câncer dessa gestão está enviando metástases para a medicina, e vamos sucumbir lentamente se nenhuma terapia for administrada.

Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária

Spirituality, depression and sexuality in patients with breast cancer

***Fernanda Aguiar Nunes*[1]**
***Anelysa Macedo de Almeida*[1]**
***Pedro Augusto Chéquer Freire Sampaio*[2]**
***Taylor Brandão Schnaider*[3]**

RESUMO

OBJETIVO: O câncer de mama e sua extirpação provocam alterações no universo biopsicossocial da mulher. O objetivo desta pesquisa foi avaliar espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária.

MÉTODOS: A população de estudo foi constituída de mulheres portadoras de neoplasia mamária, com idade entre 18 e 65 anos, submetidas a tratamento cirúrgico. Os critérios de exclusão se limitaram às eventuais recusas em participar do estudo e à incapacidade de comunicação verbal. Para avaliação da espiritualidade foi empregado o instrumento de Pinto & Pais-Ribeiro; para medida da depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck; para avaliação da sexualidade foi utilizado o *Female Sexual Function Index* (*FSFI*); Foram empregados testes não paramétricos: de Friedman para comparar os domínios do *FSFI* e de Wilcoxon para confrontar os escores de crença e esperança/otimismo; os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$. Utilizou-se a fórmula matemática do *FSFI* para avaliar a função sexual.

RESULTADOS: Participaram do estudo 30 pacientes, com idade média de 51 anos. No que se refere à espiritualidade, a dimensão crença apresentou média de 3,35 e esperança/otimismo média de 3,16; utilizando-se o teste de Wilcoxon, obteve-se $Z = -1,855$ e $p=0,064$, demonstrando que não ocorreu diferença estatística significante entre as dimensões crença e esperança/otimismo. No que tange à depressão, 17 participantes (56,66%) não apresentaram depressão, sete apresentaram depressão leve (23,33%), quatro apresentaram depressão moderada (13,33%) e dois apresentaram depressão severa (6,66%). Com relação aos domínios do FSFI, foi aplicado o teste de Friedman, que

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

1. Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre (MG).

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

3. Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre (MG), Brasil.

constatou diferença estatística significante x2=22,05 (p<0,001), verificando-se que satisfação e desconforto/dor apresentaram escores maiores que os demais domínios; com a utilização da fórmula matemática obteve-se um escore total de 7,82.

CONCLUSÃO: As pacientes apresentaram disfunção sexual, 43,33% apresentaram depressão, não ocorrendo diferença estatística significante entre crença e esperança/otimismo.

DESCRITORES: Neoplasias da Mama; Espiritualidade; Depressão; Sexualidade.

Nunes FA, Almeida AM, Sampaio PACF, Schnaider TB. Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 157-164, jul./set. 2012.

INTRODUÇÃO

As mamas além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino, que vão desde a puberdade à idade adulta, também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade. Ao considerar essas questões, o câncer de mama, ainda hoje, apesar dos progressos da Medicina em relação aos métodos de diagnóstico e tratamento, é visto como uma sentença de morte pela maior parte das mulheres acometidas por essa doença. Os efeitos deletérios dessa doença (o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia, incerteza quanto ao futuro e outros) têm preocupado os profissionais de saúde envolvidos com a qualidade de vida dessas pacientes. Sontag[1] afirma que as várias metáforas construídas e partilhadas socialmente ao longo da história a respeito do câncer contribuem para que essa doença ainda hoje seja vista como uma sentença de morte. As representações do câncer remetem a uma doença cruel, corrosiva, contagiosa, estigmatizada e degradante, que consome o indivíduo aos poucos, sendo considerada, muitas vezes, um castigo de Deus.

Paralelamente, uma proporção substancial das pacientes com câncer de mama experimenta ansiedade e depressão, desordens que podem aumentar a gravidade dos sintomas físicos associados à quimioterapia, podendo afetar a aderência ao tratamento e, ainda, gerar um aumento do uso dos recursos voltados aos cuidados da saúde[2].

A preocupação central da mulher e sua família após receber o diagnóstico do câncer de mama é a sobrevivência. Em seguida, surge a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo. Por fim, há a preocupação com mutilação e desfiguração e suas consequências para a vida sexual da mulher[3].

Religiosidade e espiritualidade constituem importante estratégia de enfrentamento pelos humanos ao se depararem com situações limítrofes, como o diagnóstico de neoplasia mamária, que acarretará forte impacto em sua vida e cujo tratamento é permeado de eventos estressores[4]. O objetivo desta pesquisa foi avaliar espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico, observacional e de centro único, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (Univas), sob o Protocolo CEP 1238/10.

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

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

Foram utilizados os instrumentos de: Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro)[5], Depressão (Inventário de Beck)[6] e Sexualidade (*Female Sexual Function Index*)[7].

A escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro[5] contém cinco itens que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas com a dimensão da espiritualidade. As respostas podem variar entre o "Não Concordo" (1), "Concordo um pouco" (2), "Concordo bastante" (3) e "Plenamente de acordo" (4). Da análise fatorial resultam duas subescalas, uma constituída por dois itens que se referem a uma dimensão vertical da espiritualidade, a que denominamos "Crenças"; e outra constituída por três itens, que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, tendo sido denominada "Esperança/Otimismo". A cotação de cada subescala é efetuada através da média dos itens da mesma. Exemplo: Crenças=(Esp 1 + Esp 2)/2; Esperança/otimismo=(Esp3 + Esp4 + Esp5)/3. Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada.

O Inventário de Depressão de Beck (IDB), traduzido para a língua portuguesa, adaptado para a cultura brasileira e validado para uso no Brasil por Gorenstein e Andrade[6], consta de 21 questões, configuradas no tempo presente e estabelecidas em uma escala de 4 pontos (0 a 3). O propósito do IDB é a evolução da medida de depressão. Cada pergunta se relaciona com uma palavra chave e particular de cada problema. O zero (0) representa um estado não depressivo. As pontuações podem flutuar de 0 até 63, indicando as pontuações altas uma maior severidade na depressão. A guia que serve para a interpretação do IDB é: 0-9 = pontuação mínima, não apresenta depressão; 10-16 = apresenta depressão leve; 17-29 = apresenta depressão moderada; 30-63 = apresenta depressão severa.

Para avaliação da sexualidade foi utilizado o *Female Sexual Function Index (FSFI)*, que foi traduzido, adaptado para a cultura brasileira e validado para uso no Brasil por Hentschel et al.[7]. O instrumento é constituído por 19 questões sobre a função sexual nas últimas quatro semanas. Para cada questão há um padrão de resposta, sendo que as opções de resposta recebem pontuação de 0 a 5, de forma crescente em relação à presença da função questionada, exceto nas questões sobre dor em que a pontuação é definida de forma invertida. As questões são reunidas em seis domínios: desejo (itens 1 e 2); excitação (itens 3, 4, 5 e 6); lubrificação (itens 7, 8, 9 e 10); orgasmo (itens 11, 12 e 13); satisfação (itens 14, 15 e 16); desconforto/dor (itens

17, 18 e 19). Ao final é apresentado um escore total que varia de 2 a 36, obtido pela soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total. Mulheres com escores menores ou iguais a 26 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual.

Para análise dos resultados foram aplicados testes não paramétricos: de Friedman para comparar os domínios do *FSFI* e de Wilcoxon para confrontar os escores de crença e esperança/otimismo, sendo fixado em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade. O escore de cada domínio do *FSFI* foi multiplicado por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total.

RESULTADOS

Participaram do estudo 30 pacientes, do gênero feminino, com idade média de 51 anos. No que se refere à espiritualidade, a dimensão crença apresentou média de 3,35 e esperança/otimismo média de 3,16; utilizando-se o teste de Wilcoxon, obteve-se Z =-1,855 e p=0,064, demonstrando que não ocorreu diferença estatística significante entre as dimensões crença e esperança/otimismo (**Tabela 1**). No que tange à depressão, 17 participantes (56,66%) não apresentaram depressão, sete apresentaram depressão leve (23,33%), quatro apresentaram depressão moderada (13,33%) e dois apresentaram depressão severa (6,66%). Com relação aos domínios do FSFI, foi aplicado o teste de Friedman, que constatou diferença estatística significante x^2=22,05 (p<0,001), verificando-se que satisfação e desconforto/dor apresentaram escores maiores que os demais domínios; com a utilização da fórmula matemática obteve-se um escore total de 7,82 (**Tabela 2**).

DISCUSSÃO

Pesquisa qualitativa investigando pacientes oncológicos, do gênero feminino, idade entre 25 e 55 anos, observou, nos relatos das participantes, conteúdos relacionados à morte e a um futuro no longo prazo, revelando que a doença as aproxima desse amanhã desconhecido, o qual só depende da vontade de um Ser Supremo, Deus. Este estudo fornece indícios que relacionam religiosidade/espiritualidade com a qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer, trazendo evidências sobre a possibilidade de que a fé possa influenciar positivamente na saúde e na qualidade de vida dessas mulheres[4].

Estudo de abordagem metodológica qualitativa, em pacientes de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, cientes de serem portadores de câncer, constatou que a espiritualidade pode ser uma forma de estratégia de enfrentamento do paciente perante a doença, já que o próprio paciente poderá atribuir significado ao seu processo saúde-doença, em busca da sobrevivência e com apego à fé, a fim de minimizar seu sofrimento ou de obter maior esperança de cura durante o tratamento[8].

Artigo de Revisão abordando coping religioso-espiritual e câncer revelam uma crescente preocupação em se compreender e avaliar o coping religioso-espiritual em circunstâncias potencialmente estressantes, como internações e tratamentos quimioterápicos, em serviços de oncologia hospitalar. Os estudos desta revisão da literatura possibilitam aprofundar conhecimentos a respeito da influência de crenças religiosas/espirituais na saúde dos indivíduos e fornecem subsídios para os cuidados espirituais de pacientes em situação de sofrimento no contexto hospitalar[9].

Pesquisa clínica, transversal, em pacientes portadoras de neoplasia mamária, utilizando a Escala de Coping Religioso-Espiritual e um questionário de dados sociodemográficos constatou a importância da espiritualidade para mulheres com câncer de mama, não havendo diferença estatística significante na utilização da espiritualidade quando comparada em relação à renda, à religião, ao grau de instrução e ao estado civil[10].

No presente estudo, tanto a dimensão vertical da espiritualidade denominada crenças quanto a dimensão horizontal esperança/otimismo apresentaram escores semelhantes e mais próximos do valor máximo, demonstrando ser a espiritualidade uma valiosa ferramenta que auxilia o humano a enfrentar uma doença que o expõe ao risco de morte, influenciando positivamente em sua saúde.

Pesquisa clínica, transversal, em pacientes com câncer de mama, com média de idade de 60,7 anos, empregando um questionário para obtenção de dados sociodemográficos e o Inventário de Depressão de Beck - *Short-Form*, verificou que sintomas depressivos são comuns em mulheres com câncer de mama e que os fatores que estiveram associados a esses sintomas foram: o tratamento quimioterápico, a dor, a limitação do movimento do membro superior e pobre percepção geral de sua saúde[11].

Estudo clínico em 472 mulheres, maiores de 18 anos, em tratamento de câncer mamário ou ginecológico, utilizando o *Patient Health Questionaire* (PHQ-9), constatou que 24% apresentam critérios de transtorno depressivo importante, existindo correlação da depressão com dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde[12].

Estudo clínico, de coorte observacional, em 222 mulheres portadoras de câncer de mama primário, empregando a forma abreviada do *Structured Clinical Interview* (SCID), focando os sintomas de depressão e ansiedade, verificou que aproximadamente 48% das mulheres apresentavam depressão ou ansiedade no primeiro ano após o diagnóstico, 25% no segundo, 23% no terceiro, 22% no quarto e 15% no quinto ano[13].

Nesta pesquisa, cujas pacientes foram abordadas após a alta hospitalar decorrente do procedimento cirúrgico, 43% apresentaram depressão, porcentagem semelhante à encontrada na literatura relacionada ao primeiro ano após o diagnóstico da doença.

Pesquisa qualitativa realizada com pacientes mastectomizadas, idade entre 37 e 55 anos, verificou que ocorrem dois momentos considerados marcantes relacionados à neoplasia da mama. O primeiro é caracterizado pela descoberta da doença, que envolve o diagnóstico e o tratamento, convivendo diariamente com a possibilidade de morte associada às representações presentes no imaginário social sobre o câncer de mama. No segundo momento, período pós-cirúrgico, ocorre uma retomada do cotidiano, após superarem o medo da morte. As alterações corporais implicam em transformações afetivas, refletidas no modo como as mulheres percebem a si mesmas e na forma de vivenciarem a vida; com relação aos relacionamentos amorosos, associam a sexualidade ao aspecto genital e, durante as relações sexuais sentem-se inibidas, tentando ocultar a mama extirpada[14].

Pesquisa qualitativa realizada em pacientes portadoras de neoplasia da mama, idade média de 40 anos, evidenciou que, além das dificuldades no exercício da função sexual como a falta

de desejo, dor durante as relações e dificuldades em se excitar e atingir o orgasmo, a constituição da auto-imagem (elemento fundamental para a vivência de uma relação sexual satisfatória) sofre grandes impactos, especialmente devido à extirpação da mama. Em decorrência da associação ao nível das representações sociais entre câncer e morte, a principal questão com que o paciente oncológico vem se confrontando é a possibilidade da morte prematura[15].

Estudo observacional, analítico, de coorte transversal, realizado em pacientes com câncer de mama, com média de idade de 56,4 anos, utilizando o *WHOQOL-bref* e um questionário para a obtenção de dados relativos ao status socioeconômico, constatou que o melhor nível socioeconômico e de escolaridade, relação conjugal estável e cirurgia com conservação mamária estão associados a melhores taxas de qualidade de vida, inclusive a sexual. Relacionado especificamente à sexualidade, exercê-la de forma plena e sentir-se atraente é mais importante que se sentir bem ao usar decotes, que o desejo sexual do parceiro e mesmo que sua própria aparência[16].

Neste estudo, na avaliação da sexualidade, verificou-se que as mulheres apresentaram um escore total final de 7,69 ao responderem o instrumento *FSFI* e, consequentemente, são portadoras de disfunção sexual. Os domínios satisfação e desconforto/dor apresentaram diferença significante em relação aos demais, semelhante aos relatos encontrados na literatura.

As cirurgias conservadoras, as reconstruções mamárias, a relação médico-paciente, o acompanhamento psicológico e a espiritualidade são fundamentais no tratamento das pacientes portadoras de neoplasia mamária, as quais devem ser vistas em suas múltiplas dimensões.

CONCLUSÃO

As pacientes de câncer de mama apresentaram escores das dimensões crenças e esperança/otimismo semelhantes e mais próximos do valor superior demonstrando ser a espiritualidade uma valiosa ferramenta que auxilia no enfrentamento de doença que expõe ao risco de morte, uma porcentagem de depressão de 43% e um escore total final do instrumento *FSFI* que indica serem portadoras de disfunção sexual.

Tabela 1. Escores de crença e esperança/otimismo.

Espiritualidade	Média	Mediana
Crença	3,35	3,5
Esperança /Otimismo	3,16	3

Teste de Wilcoxon
z= -1,855 (p=0,064)

Tabela 2. Escores total e dos 6 domínios do *Female Sexual Function Index.*

Domínios	Escores (média)	Fator	Escores (final)
Desejo	2,94	0,6	1,76
Excitação	2,72	0,3	0,81
Orgasmo	3,16	0,3	0,94
Lubrificação	3,15	0,4	1,26
Satisfação	3,66	0,4	1,46
Desconforto/Dor	3,66	0,4	1,46
Escore total			7,69

Análise de Variância de Friedman
X2=22,05 (p<0,001)
Satisfação e Desconforto/Dor > que os demais domínios

ABSTRACT

OBJECTIVE: Breast cancer and its removal causes changes in the woman biopsychosocial universe. The objective of this research was to evaluate spirituality, sexuality and depression in patients with breast cancer.

METHODS: The study population consisted of women with breast cancer, ages between 18 and 65 years old who underwent surgical treatment. Exclusion criteria were limited to any refusals to participate and inability to communicate verbally. For evaluation of spirituality it was used Pinto & Pais-Ribeiro instrument, to measure depression it was used Beck Depression Inventory, to assess sexuality, it was used the Female Sexual Function Index (FSFI). Nonparametric tests were used: Friedman test to compare the FSFI domains and Wilcoxon test to compare the scores of belief and hope / optimism, and results were considered statistically significant when $p < 0.05$. We used a mathematical formula to assess the FSFI sexual function.

RESULTS: The study included 30 patients with average age of 51 years old. Regarding spirituality, the belief scale presented 3.35 and hope / optimism average of 3.16, using the Wilcoxon test, we obtained $Z = -1.855$, $p = 0.064$, demonstrating that there was no difference statistically significant between dimensions belief and hope / optimism. Regarding depression, 17 participants (56.66%) showed no depression, 7 had mild depression (23.33%), 4 had moderate depression (13.33%) and 2 had severe depression (6.66%). Regarding the FSFI domains, we applied the Friedman test, which found no statistically significant difference $x^2 = 22.05$ ($p < 0.001$), verifying that satisfaction and discomfort / pain presented higher scores than other areas; using the mathematical formula we reached a total score of 7.82.

CONCLUSION: The patients reported sexual dysfunction, depression 43.33% showed no statistically significant difference occurring between belief and hope / optimism.

KEYWORDS: Breast Neoplasms; Spirituality; Depression; Sexuality.

REFERÊNCIAS

1. Sontag S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2002.
2. Clarke DM. Psychological factors in illness andrecovery. N Z Med J. 1998 Oct 23;111(1076):410-2.
3. Gimenes MGG, Queiroz E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MGG, Fávero MH. A mulher e o câncer. São Paulo: Editorial Psy; 1997. p.173-95.
4. Fornazari SA, Ferreira RER. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. Psicol Teor Pesq. 2010 Abr-Jun;26(2):265-72.
5. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. ArquiMed. 2007;21(2):47-53.
6. Gorestein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjets. Braz J Med Biol Res. 1996 Apr;29(4):453-7.
7. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, José Roberto Goldim JR, Passos EP. Validação do female sexual function index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Rev HCPA. 2007;27(1):10-4.
8. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. Rev Bras Enferm. 2011 Jan-Fev;64(1):53-9.
9. Gobatto CA, Araújo TCCF. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. Rev SBPH. 2010;13(1):52-63.
10. Macieira RC, Cury MCS, Mastese JC, Novo NF, Barros ACSD. Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama. Rev Bras Mastologia. 2007 Set;17(3):102-106.
11. Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – ShortForm. J Bras Psiquiatr. 2010;59(2):106-110.
12. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I, Muderspach L, Russel C. Depression, correlates of depression and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer. J Clin Oncol. 2005 May 1;23(13):3052-60.
13. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depresion and ansiety in women with early breast cancer: five years observational cohort study. BMJ. 2005 Mar 26;330(7493):702.
14. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estud Psicol. 2003 Jan-Apr;8(1):155-63.
15. Santos LN, Dias CA, Lacerda GL, Barreto WWP, Santos TR. Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. Psicol Hosp. (São Paulo). 2008 Jun;6(2):02-19.
16. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de Mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(2):61-7.

Recebido em: 27/06/2012
Aprovado em: 05/07/2012
Conflito de interesse (Resolução CFM nº 1595/2000): Nenhum
Fonte de financiamento: Bolsa de Iniciação Científica PROBIC-FAPEMIG da Universidade do Vale do Sapucaí (MG).

Correspondência:
Dr. Taylor Brandão Schnaider
Av. Francisca Ricardina de Paula, 289
37550-000 – Pouso Alegre / MG
sormanti@uai.com.br

Os autores agradecem ao Programa de Iniciação Científica PROBIC-FAPEMIG da Universidade do Vale do Sapucaí.

Sífilis, uma doença reemergente

Syphilis, a reemerging disease

***Laiza Tabisz*[1]**
***Camila Travensoli Bobato*[1]**
***Maria Fernanda Uady Carvalho*[1]**
***Marcos Takimura*[2]**
***Somaia Reda*[3]**
***Márcia Regina Zanello Pundek*[4]**

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sífilis persiste sendo um problema de saúde pública. No Brasil, cerca de 3% das gestantes apresentam a doença, ocorrendo transmissão vertical em 50% a 80% dos casos, com óbito perinatal em 40% dessas gestações.

MÉTODOS: Análise dos prontuários das gestantes notificadas com sífilis no serviço do Hospital do Trabalhador, em Curitiba (PR), no período de janeiro/2007 a junho/2011.

RESULTADOS: A amostra foi constituída de 48 gestantes, as quais foram distribuídas em semestres para melhor análise estatística. No 1º semestre de 2011 houve um aumento expressivo na taxa de notificação de sífilis em gestantes (1,41% de todas as gestantes) e uma queda na assistência pré-natal (<50%), o que, quando comparado com os semestres anteriores (2007 a 2010 – média 0,24% de todas as gestantes), foi relevante estatisticamente (p<0,0001).

DISCUSSÃO: Percebeu-se que qualidade do atendimento pré-natal é fator de risco para a infecção sifilítica durante a gestação. A literatura brasileira demonstra uma taxa de notificação parecida com a do hospital estudado, 2,2% na Maternidade/UFRJ e 1,7% em puérperas atendidas em 24 centros cadastrados pelo Programa Nacional DST/AIDS.

CONCLUSÃO: Os resultados são inquietantes, especialmente em se tratando da sífilis, por ser uma doença com tratamento de baixo custo e fácil acesso.

DESCRITORES: Sífilis Congênita; Gravidez.

Trabalho realizado no Hospital do Trabalhador (Curitiba-PR).

1. Acadêmicos do 6.º ano do curso de Medicina na Universidade Positivo.

2. Professor da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Positivo. Graduado em Medicina pela UFPR, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e Mestrado em Medicina Interna.

3. Professora da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Positivo. Graduação em Medicina pela UFPR, com especialidade médica em Ginecologia, Obstetrícia e Acupuntura e especialização em Perícia Médica e Auditoria Médica.

4. Professora da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Positivo. Graduada em Medicina pela UFPR, residência médica em Ginecologia e Obstetrícia e Mestrado em Clínica Cirúrgica.

Tabisz L, Bobato CT, Carvalho MFU, Takimura M, Reda S, Pundek MRZ. Sífilis, uma doença reemergente. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 165-172, jul./set. 2012.

INTRODUÇÃO

A sífilis persiste sendo um problema de saúde pública, no grupo materno-infantil, prioritário na política do Ministério da Saúde do Brasil. A partir da década de 60 observou-se uma tendência mundial de aumento dos casos dessa enfermidade entre a população em geral e, de forma particular, dos casos de sífilis congênita[1](B3).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 10% a 15% das gestantes em países subdesenvolvidos apresentam sífilis durante a gravidez. No Brasil cerca de 3% das gestantes apresentam a doença, ocorrendo transmissão vertical em 50% a 80% dos casos, com óbito perinatal em 40% dessas gestações[2](B3) .

A sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS n.º 33, assinada em 14 de julho de 2005. Em nosso país, mais de 70% dos casos de sífilis congênita foram acompanhados pelo serviço de pré-natal, no entanto, por variados motivos, diagnóstico e tratamento adequado das mães foram perdidos[3].

Durante a gestação, a sífilis pode levar a uma série de complicações tanto para o concepto quanto para mãe, tendo como maiores destaques: abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido (RN). Calcula-se que metade dos RNs que nascem de mães portadoras de sífilis não tratadas durante a gestação não apresentam sintomas ao nascimento. Porém, apresentarão complicações sérias no futuro, como sequelas neurológicas, surdez e até deformidades ósseas[4](B1). Apenas o tratamento materno durante a gestação pode impedir os acontecimentos catastróficos durante a gravidez[3].

Trata-se de doença sexualmente transmissível, cujo agente é o *Treponema pallidum*, com inúmeras manifestações clinicas e sérias complicações, que acomete milhares de pacientes a cada ano, mas que possui tratamento de baixo custo e fácil acesso[5](B3). Este agente foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905, em Berlim. Por não ser facilmente corado pelas técnicas em uso na época, a espiroqueta foi denominada *Spirochaeta pallida*. O achado foi confirmado por Karl Landsteiner, que visualizou o microrganismo pela técnica de microscopia de campo escuro, por ele desenvolvida em 1906[6](B3).

O diagnóstico da sífilis na ausência de manifestações clínicas é feito por exames sorológicos. Quanto à triagem, esta é feita por métodos ditos não treponêmicos, por utilizarem antígenos não derivados do agente causal[7]. O mais utilizado no nosso meio é o teste do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), que tem como antígeno a cardiolipina, com métodos qualitativos (positivo ou negativo) e quantitativos (titulação). A sensibilidade do VDRL é de 70% na sífilis primária, 99% na sífilis secundária e cerca de 75% na terciária[8](B3). E possui 98% de especificidade para o diagnóstico da sífilis congênita[9](B1).

O VDRL é um exame de baixo custo, de fácil execução, mas suscetível a resultados

falso-positivos, principalmente nos casos de idade avançada, uso de drogas ilícitas, neoplasias, desordens autoimunes e doenças causadas por vírus (como as causadas pelo *Epstein-Baar* e as hepatites virais), por protozoários e ainda por *Mycoplasma spp*.

Para a confirmação do diagnóstico, utilizam-se testes treponêmicos, como o FTA-Abs (*Fluorescent treponemal antibody absorption*), o MHA-TP (microhemaglutinação de anticorpos para *T.pallidum*), o TPHA (hemaglutinação de anticorpos para *T.pallidum*), o teste imunoenzimático (ELISA) e o teste rápido Determine TP®, todos com resultados qualitativos. Esses exames tornam-se positivos antes dos seus equivalentes não-treponêmicos[10](A1).

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a triagem sorológica pré-natal para a sífilis, com realização do VDRL na primeira consulta e, sendo a mulher negativa no primeiro teste, a repetição do mesmo é feita no início do terceiro trimestre[11]. Para as gestantes positivas, o controle do tratamento e da cura deve ser realizado através de exames mensais até o parto[12].

O tratamento da gestante infectada pelo *T.pallidum* deve ser realizado com penicilina G benzatina 2.400.000UI. A penicilina é a única droga capaz de atingir níveis séricos bactericidas no feto. Qualquer outro tratamento ou o tratamento instituído nos trinta dias que antecedem o parto são considerados inadequados para a prevenção da sífilis congênita[13](A3).

O tratamento durante o pré-natal pode resultar em falha em até 14% dos casos. Além disso, uma gestante, identificada como portadora de sífilis e tratada durante o pré-natal, pode sofrer uma reinfecção por contágio sexual com seu parceiro no curso da gravidez, se o parceiro não for tratado também[14]. Daí a importância de um seguimento correto para as gestantes durante todo o pré-natal.

Diante da relevância da sífilis durante a gestação no campo da saúde pública e da necessidade de se conhecer a realidade de cada local, o presente estudo tem por objetivo determinar a prevalência de sífilis na gestação e os principais fatores de risco associados no Hospital do Trabalhador, em Curitiba (PR).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, no qual foram analisados todos os prontuários das gestantes notificadas com sífilis no serviço do Hospital do Trabalhador, em Curitiba (PR), no período de janeiro de 2007 a junho de 2011, após aprovação no Comitê de Ética do Hospital (Protocolo número 302/2011).

Fatores de exclusão foram as fichas de notificação de sífilis na gestação incompletas.

Foram analisadas variáveis como: idade; ocupação; escolaridade; realização de pré-natal; classificação clínica da doença; realização e titulação do VDRL; realização do FTA-Abs; drogadição associada; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida associada; tratamento realizado; parceiro tratado; sífilis congênita associada.

Os resultados obtidos no estudo foram alocados no programa Excel e expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Para a comparação entre períodos em relação à taxa de notificação de sífilis foi considerado o teste de Qui-quadrado. Para avaliação da evolução da taxa de notificação nos períodos avaliados, foi ajustado um modelo de Regressão Linear. Valores de $p<0,05$ indicaram significância estatística.

RESULTADOS

A amostra é constituída de um total de 48 gestantes, as quais foram distribuídas em semestres para melhor análise estatística.

A idade variou de 15-42 anos, com uma idade média de 25,7 anos. Das gestantes, 93% não tinham ocupação, 6% trabalhavam fora de casa e 1% estudava.

Quanto à escolaridade, 36,7% das gestantes no período estudado concluíram o ensino fundamental, 16,7% concluíram o ensino médio, 3,3% eram analfabetas e o mesmo percentual correspondia àquelas que tinham ensino superior.

A cor branca predominou em 72,3% das gestantes, seguida pela cor parda em 28.6%.

Considerando todo o período do estudo, 65,9% das gestantes realizaram pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, ao analisar apenas o primeiro semestre de 2011, apenas 50% das gestantes o realizaram.

Dos 45 casos notificados, 35 foram ignorados na variável da classificação clínica. Dos 10 casos classificados, 90% foram considerados como sífilis primária e 10% como cicatriz sorológica.

Através do gráfico abaixo (**Figura 1**), observa-se que no primeiro semestre de 2011 houve um aumento expressivo na taxa de notificação de sífilis em gestantes.

Com isso, considerando-se os semestres anteriores (2007 a 2010), foi ajustado um modelo linear para a taxa de notificação nos semestres. Testou-se a hipótese nula de que a inclinação da reta é igual a zero, versus a hipótese alternativa de que a inclinação é diferente de zero. O resultado do teste indicou a não rejeição da hipótese nula (p=0,237), ou seja, nos períodos de 2007 a 2010 a taxa de notificação não cresceu ou decresceu significativamente (**Figura 2**).

Considerando-se o resultado acima, a taxa de notificação em todo o período de 2007 a 2010 foi comparada com a taxa de notificação no primeiro semestre de 2011. Para tanto, testou-se a hipótese nula de que as taxas são iguais nos dois períodos avaliados, versus a hipótese alternativa de taxas diferentes. O resultado do teste indicou a rejeição da hipótese nula (p<0,0001).

Considerando-se os semestres anteriores (2007 a 2010), a taxa de notificação de sífilis em

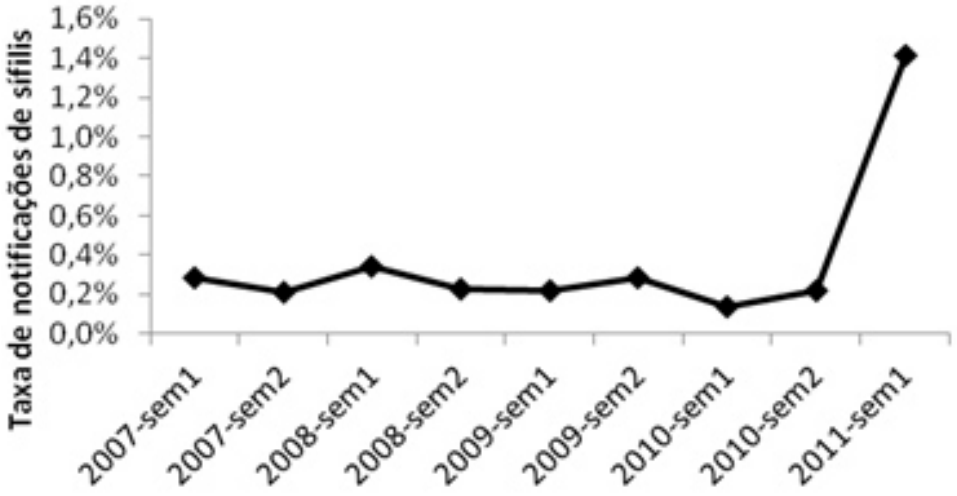


Figura 1. Distribuição das taxas de notificação de Jan/2007 à Junho/2011.

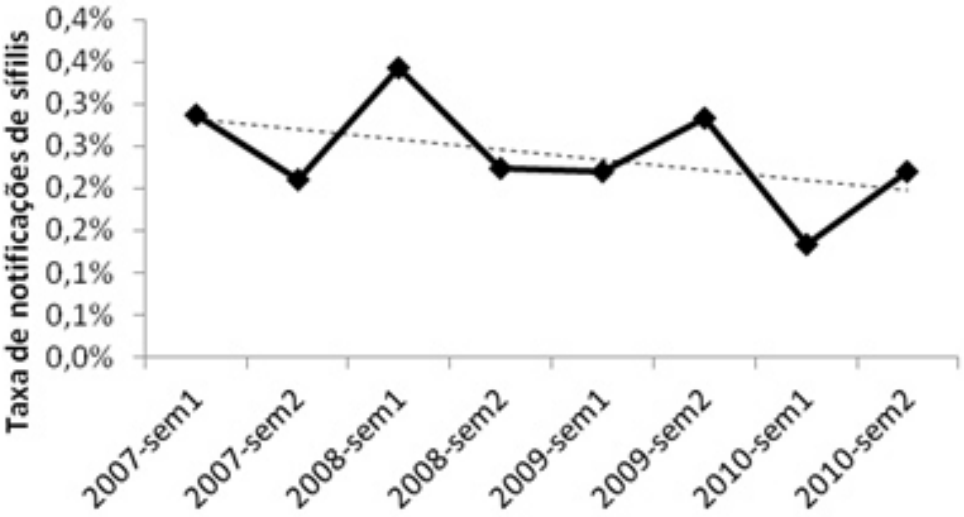


Figura 2. Distribuição da taxa de notificações de sífilis de Jan/2007 até Dez/2010.

todo o período foi igual a 0,24%. No 1º semestre de 2011 a taxa foi de 1,41%, sendo igual a 5,9 vezes a taxa observada no período de 2007 a 2010.

No período total estudado, a drogadição esteve associada em 27,1% das gestantes, predominando a cocaína. Enquanto que a associação com Vírus da Imunodeficiência Humana esteve presente em 4,3% das gestantes estudadas, representando apenas dois casos.

O tratamento foi realizado em 77,1% das gestantes estudadas, sendo o esquema utilizado o de Penicilina G benzatina 2.400.000UI dose única.

Nos 48 casos de gestantes diagnosticadas com sífilis, o parceiro foi tratado em apenas nove casos (18,8%). No restante da amostra, ou seja, os casos de parceiros não tratados, 23 mulheres (cerca de 48%), eram solteiras.

A evolução das 48 gestações com diagnóstico de sífilis teve basicamente cinco cursos: natimortos (4), abortos (3), óbito fetal (1), RN's com títulos elevados de VDRL e tratados com Penicilina Cristalina por 10 dias (33) e RN's com títulos não reagentes de VDRL (7).

DISCUSSÃO

A sífilis congênita é uma patologia grave, já que pode provocar mortes e sequelas importantes nos infantes. Por outro lado, se insere no quadro de patologia perinatal evitável. Mostra-se então como um problema de saúde pública que merece maior atenção em nosso meio, pois vem apresentando um aumento da sua frequência. Apesar de os meios de rastreamento ser de fácil acesso e execução, e o tratamento acessível e economicamente viável, não há controle adequado da doença. Desde que a patologia seja tratada em diagnóstico inicial, pode-se controlar a doença com tratamento efetivo o mais precoce possível na gestação.

Entre os fatores de risco que contribuem para que a prevalência de sífilis congênita

estão: o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, promiscuidade sexual e, sobretudo, a falta de adequada assistência pré-natal.

A baixa taxa de pré-natal é um importante indicador de risco, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido. Os riscos de óbitos perinatais e transmissão vertical de doenças só terão seu número reduzido quando a atenção ao pré-natal for melhorada.

Sabendo como se comporta a doença, quais são os fatores de risco e os meios de transmissão, qual o tratamento efetivo no período pré-concepcional e/ou pré-natal precoce, têm-se as ferramentas para alterar a alta taxa de casos ainda existentes e evitáveis, através da educação em saúde pela conscientização da população com divulgação de informações pertinentes, pré-natal precoce e bem monitorado e tratamento adequado e precoce de casais com diagnóstico de sífilis.

Os resultados obtidos no trabalho corroboram com resultados obtidos em outros estudos. Foi possível observar que 3,3% das gestantes tinham ensino superior, valor bem próximo ao encontrado no estudo realizado na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que chegou à taxa de 3,5% de gestantes com ensino superior. Ainda nesse estudo, abordando a adesão ao pré-natal, 18,8% tiveram entre nenhuma e três consultas de pré-natal, com frequência de VDRL positivo muito maior entre essas gestantes quando comparadas às gestantes com mais de quatro consultas. Outro estudo realizado em puérperas atendidas em 24 centros cadastrados pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS encontrou taxa de 16% das pacientes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Já no presente estudo 65,9% das pacientes realizaram o pré-natal, sem especificação ao número de consultas(B1,B3)[4,15].

Porém, ao se estratificar por semestres a taxa de realização de pré-natal em UBS, o valor de adesão das gestantes cai para 50% quando se observa isoladamente o primeiro semestre de 2011. Justamente o mesmo período no qual a taxa de notificação de sífilis encontrada foi 5,9 vezes o valor da taxa observada no período de 2007 a 2010.

Dessa forma, observou-se que o grau de instrução materno e o número de consultas de pré-natal eram inversamente proporcionais à taxa de gestantes notificadas com sífilis. Sendo, portanto, correto dizer que a escolaridade da mãe e a qualidade do atendimento pré-natal são fatores de risco para a infecção sifilítica durante a gestação (B3)[15].

Para explicar essa relação causal, basta dizer que o número de consultas de pré-natal é um dos critérios de qualidade da assistência pré-natal, e que o grau de instrução funciona como indicador de qualidade de vida e isto, por sua vez, permite que a gestante compreenda melhor eventos que deve considerar normais ou não, auxiliando na identificação e tratamento precoce de eventos deletérios que podem intercorrer na gestação.

Quanto à prevalência de sífilis, valores encontrados em outros estudos (2,2% na Maternidade da UFRJ, 1,7% em puérperas atendidas em 24 centros cadastrados pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS) se assemelham àqueles encontrados no presente estudo (1,4%)(B1,B3)[4,15].

Ao analisar a abordagem ao parceiro, este foi tratado em apenas 18,8% dos casos. Não sob esse mesmo foco, mas sob a mesma perspectiva, o estudo do Grupo Nacional de Estudo

sobre Sífilis Congênita encontrou que apenas 4% dos parceiros fizeram exame para sífilis durante a gravidez em curso durante o estudo(B1) [4].

São resultados inquietantes, principalmente considerando todos os esforços de prevenção que vêm sendo desenvolvidos ao longo das duas últimas décadas para controlar a epidemia das DST/AIDS. Especialmente em se tratando da sífilis, por ser uma doença com tratamento de baixo custo e fácil acesso, é evidente que é necessário que os serviços de saúde repensem o desenvolvimento de ações de educação e prevenção e, mais que isso, é preciso também melhorar o acompanhamento pré-natal.

CONCLUSÃO

Observando o aumento significativo da taxa de notificação de sífilis durante a gestação, percebe-se que o problema da sífilis congênita ainda está longe de ser equacionado no Brasil. São necessárias ações de orientação sexual e de planejamento familiar para adolescentes. Também é preciso melhorar o acompanhamento pré-natal e investigar a história pregressa de doenças sexualmente transmissíveis na gestante e em seu parceiro sexual.

ABSTRACT

BACKGROUND: Syphilis continues to be a public health problem. In Brazil about 3% of pregnant women have the disease, vertical transmission occurring in 50% to 80% of cases with perinatal death in 40% of these pregnancies.

METHODS: Review of medical records of pregnant women with syphilis reported in the Hospital do Trabalhador in Curitiba (PR) between January/2007 and June/2011.

RESULTS: The sample consisted of 48 pregnant women, who were divided into semesters for better statistical analysis. In the 1st half of 2011 there was a significant increase in the notification rate of syphilis in pregnant women (1.41% of all pregnant women) and a drop in prenatal care (<50%), which, when compared to previous semesters (2007 to 2010 - average 0.24% of all pregnant women) was statistically significant ($p < 0.0001$).

DISCUSSION: It was felt that the quality of prenatal care is a risk factor for syphilis infection during pregnancy. The Brazilian literature demonstrates a notification rate similar to that of the hospital, 2.2% in the Maternity / UFRJ and 1.7% in postpartum women in 24 centers accredited by the National STD/AIDS.

CONCLUSION: The results are troubling, especially because syphilis is an easy and low cost disease to be treated.

KEYWORDS: Syphilis, Congenital; Pregnancy.

REFERÊNCIAS

1. Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001 Nov-Dec;23(10):647-52.
2. Pires O, Pimentel ZNS, Santos MVS, Santos WA. Vigiancia Epidemiologica da Sifilis na Gravidez no Centro de Saúde do Bairro Uruara – Área Verde. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19:162-5.
3. Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAB, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. Epidemiol Serv Saúde. 2007 Abr-Jun;16(2):103-111.
4. Rodrigues CS, Guimarães MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(3):168–75.
5. Brandão JEC, Nina MPSN, Cervelli IK, Obrar AM, Terra AS, Sion F, et al. Soroprevalencia da Sifilis em Gestantes HIV-negativas, Obtida de Três Testes Diagnosticos: VDRL, ELISA, TPHA. DST – J Bras Doenças Sex Transm. 2002;14(4):28-31.
6. Geraldes Neto B, Soler ZASG, Braile DM, Daher W. A sífilis no século XVI - o impacto de uma nova doença. Arq Ciênc Saúde. 2009 Jul-Set;16(3):127-129.
7. Azulay DR, Manela-Azulay M. Doenças sexualmente transmissíveis. In: Schechter M, Marangoni DV. Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1998.
8. Camargo ME. A sífilis avança. Progride o diagnóstico? Rev Assoc Med Bras. 1988 Jan-Fev; 34(1):19-23.
9. Pickering LK. Diagnosis and therapy of patients with congenital and primary syphilis. Pediatr Infect Dis. 1985 Sep-Oct;4(5):602-5.
10. Hook EW 3rd, Marra CM. Acquired syphilis in adults. N Engl J Med. 1992 Apr 16;326(16):1060-9.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Assistência pré-natal: Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
12. Ministério da Saúde (Brasil); Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
13. Sheffield JS, Sanchez PJ, Morris G, Maberry M, Zeray F, Mcintire DD, et al. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2002 Mar;186(3):569-73.
14. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 2002 May 10;51(RR-6):1-78.
15. Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e Gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola - UFRJ. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2001;13(4):6-8.

Recebido em: 06/06/2012
Aprovado em: 18/07/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Laiza Tabisz
Universidade Positivo (UnicenP)
Rua Professor Viriato Partigot de Souza, 5300
81280-330 – Cidade Industrial – Curitiba / PR
laizatabisz@gmail.com

Prevalência de Hipovitaminose D em população de consultório médico

Prevalence of hypovitaminosis D in population of physician's office

***Fernanda Carneiro Ronchi*[1]**
***Marina Sonagli*[1]**
***Maria da Graça Carneiro Ronchi*[2]**

RESUMO

INTRODUÇÄO: A hipovitaminose D tem sido considerada um problema de saúde pública, pois causa retardo no crescimento e raquitismo nas crianças e osteomalácia e osteoporose nos adultos. Estima-se que a insuficiência de vitamina D acomete 1 bilhão de pessoas no mundo.
OBJETIVO: Avaliar a prevalência desta doença na rotina de um consultório médico.
MÉTODO: Estudo retrospectivo de 210 prontuários de pacientes que estiveram em consulta no período de janeiro a junho de 2011, que continham dosagem sérica de vitamina D.
RESULTADO: Foi possível demonstrar uma alta prevalência de hipovitaminose D na população estudada (70% dos pacientes). Não houve diferença significativa entre os sexos e os grupos etários, nem quanto à sazonalidade (entre os meses de verão e de inverno). Não foi detectado nenhum fator de risco.
CONCLUSÃO: Encontramos uma alta prevalência da hipovitaminose D uniformemente distribuída na população estudada. Possíveis perspectivas são a suplementação de vitamina D em alimentos e o desenvolvimento de medidas para triagem desta doença em âmbito de saúde pública.
DESCRITORES: Vitamina D; Deficiência de Vitaminas.

Ronchi FC, Sonagli M, Ronchi MGC. Prevalência de Hipovitaminose D em população de consultório médico. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 173-180, jul./set. 2012.

Trabalho realizado em consultório particular de Endocrinologia da Dra. Maria da Graça Ronchi, em Curitiba (PR).
1. Acadêmicas de Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná – UFPR, Curitiba (PR).
2. Médica Endocrinologista.

INTRODUÇÃO

Vitaminas são compostos orgânicos não sintetizados em quantidades suficientes pelos mamíferos e que, portanto, devem ser consumidos pela dieta[1].

A vitamina D é encontrada sob duas formas nutricionais: o ergocaciferol ou vitamina D_2 e o colecalciferol ou vitamina D_3[3,4]. Essas duas formas são produzidas na camada de Malpighi da epiderme através da ação da radiação ultravioleta da luz solar[4]. A pró-vitamina D_3 é convertida em pré-vitamina D_3 através da absorção de energia dos raios UVB. Estes compostos são produzido em uma forma inativa e, para serem ativados, devem ser transportados para o fígado e os rins, onde são transformadas em 25-hidroxicolecalciferol e 25-hidroxiergocalciferol (fígado) e 1,25-dihidroxicolecalciferol e 1,25-dihidroxiergocalciferol (rins)[1,4].

A vitamina D pode ser encontrada em alimentos comumente consumidos na dieta, tais como: manteiga, creme de leite, gema de ovos e fígado[2].

Há receptores da vitamina D em diversos tecidos, entre eles: linfócitos, monócitos, adipócitos, hipófise, ovários, testículos, mamas, próstata, timo e músculo estriado[9,10,11].

Entre as ações mais relevantes da vitamina D estão a regulação e a manutenção dos níveis plasmáticos de cálcio e fósforo[4]. Quando há redução da calcemia ocorre estímulo para a secreção do Hormônio Paratireoideano (PTH), que estimula a formação de calcitriol. A vitamina D estimula a absorção de cálcio e de fósforo no intestino e a reabsorção do fósforo no rim (túbulo contornado proximal)[9], elevando assim os níveis de cálcio plasmático.

No sistema neuromuscular, o calcitriol participa no transporte ativo do cálcio[8,12,13], na síntese de proteínas musculares[8,14] e na cinética da contração (reduz a fase de relaxamento muscular)[8,15] promovendo melhora da força e da velocidade de contração[8].

No sistema autoimune, sugere-se que o calcitriol iniba as células Th1 (Linfócitos *T helper*) promovendo uma melhora de doenças autoimunes mediadas pela intensa proliferação destes linfócitos, como o Diabetes Mellitus tipo 1[1,16].

Em adição, estudos em modelos animais e em humanos evidenciaram uma relação entre a vitamina D e a patogênese do Diabetes Mellitus tipo 2[17].

É considerado que a quantidade adequada do calcidiol é a necessária para manter o PTH em níveis regulares, pois o deficit desta vitamina acarreta redução do cálcio sérico e consequente aumento da produção do PTH, o qual estimula a reabsorção renal e óssea do cálcio[4,17].

A classificação proposta por Grant e Holick (2005)[20] propôs indicadores de saúde de acordo com as diferentes concentrações plasmáticas da vitamina D_3 [$25(OH)D_3$]: a) intoxicação: acima de 150 ng/mL; b) excesso: acima de 100 ng/m/L; c) normal em países ensolarados: entre 54-92 ng/mL; d) suficiência: entre 32-100 ng/mL; e) insuficiência: entre 20-32 ng/mL; f) deficiência: abaixo de 20 ng/mL e g) deficiência severa: abaixo de 10 ng/mL[6,17].

Segundo revisão de Premaor e Furlanetto (2005), os fatores de risco para a hipovitaminose D compreendem: pouca exposição à irradiação UVB (uso excessivo de roupas, locais com pouca insolação e pouca penetração da luz UVB na atmosfera, uso de bloqueadores solares), capacidade reduzida de síntese de vitamina D pela pele (envelhecimento, raça amarela), menor biodisponibilidade da vitamina D (obesidade) e alteração do metabolismo da 25(OH)D e da

1,25(OH)2D (fibrose cística, doenças gastrointestinais, hematológicas, renais, insuficiência cardíaca e imobilização)[6]. Em revisão de Mechica (1999), é destacado como fatores de risco, além dos já citados, o consumo insuficiente da vitamina D na dieta, hepatopatias crônicas, acidose sistêmica e uso de anticonvulsivantes[9].

Em trabalho realizado na Turquia constatou-se que as mulheres que se vestiam como as ocidentais, deixando partes do corpo expostas ao sol, apresentaram níveis séricos de 25(OH) D aproximadamente duas vezes maior que as mulheres que expunham somente a face e as mãos e aproximadamente cinco vezes maior que as mulheres que não expunham nenhuma parte da pele ao sol[6,22]. Além disso, em estudo realizado na cidade de São Paulo, foi observada elevada prevalência de deficiência e insuficiência da vitamina D na população geriátrica, principalmente entre os idosos institucionalizados[23]. A sociedade brasileira de osteoporose reconhece que exposição solar através de vidros reduz a síntese epidérmica da produção desse hormônio, assim como o uso de bloqueador solar, altas altitudes, em indivíduos de pele pigmentada, e em idosos[24].

A hipovitaminose D tem sido considerada um problema de saúde pública, haja vista as suas repercussões no desenvolvimento de diversas doenças, entre elas o retardo no crescimento e o raquitismo nas crianças e a osteomalácia e a osteoporose nos adultos[6]. Ainda, estima-se que a insuficiência de vitamina D atinge 1 bilhão de pessoas no mundo[17,29].

O presente trabalho tem como o objetivo demonstrar a alta prevalência desta hipovitaminose, não só em idosos e desnutridos, como também em uma população jovem e hígida, assintomática e sem fatores de risco. Os objetivos secundários são desenho do perfil epidemiológico aproximado dos pacientes portadores de hipovitaminose, e a demonstração da necessidade de screening para detectar esta deficiência, uma vez que o quadro é oligossintomático, e ocorre em uma parcela significativa da população que não está no grupo de risco.

MÉTODOS

Foi feito um estudo retrospectivo através de revisão de prontuários de 212 pacientes que estiveram em consulta no período de janeiro a julho de 2011, e que tiveram a vitamina D dosada em algum momento anterior à revisão. O laboratório de análises clínicas foi de escolha de cada paciente, portanto, não foi padronizado. A grande maioria dos pacientes é proveniente de um consultório particular de endocrinologia, e uma parcela menor é composta de pacientes de um consultório particular de hemato-oncologia, o que explica a distribuição não-randomizada das comorbidades. A dosagem de vitamina D havia sido realizada como screening, não levando em conta a presença de fatores de risco ou de sintomas. Além disto, foram incluídos no trabalho pacientes com fatores de risco para hipovitaminose, como idosos, pacientes pós-cirurgia bariátrica e pacientes portadores de osteoporose. Foram excluídos os pacientes com alteração da função renal ou hepática e aqueles em uso de medicações que, sabidamente, interferem no metabolismo da vitamina D. Todos os pacientes eram procedentes da cidade de Curitiba (PR). Os valores de referência utilizados são de Grant e Holick (2005) [20], que considera suficiência de vitamina D: entre 32-100 ng/mL; insuficiência: entre 20-32 ng/mL; deficiência: abaixo de 20 ng/mL. A análise estatística dos dados foi desenvolvida utilizando técnicas descritivas e exploratórias: tabelas

de freqüências, gráficos, teste de proporções e teste do qui-quadrado.

Este trabalho atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde (MS). Por tratar-se de um estudo descritivo e não intervencionista, o Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná/ Hospital do Trabalhador, dispensou o termo de consentimento livre e esclarecido e aprovou o presente trabalho sob o número 430/2012.

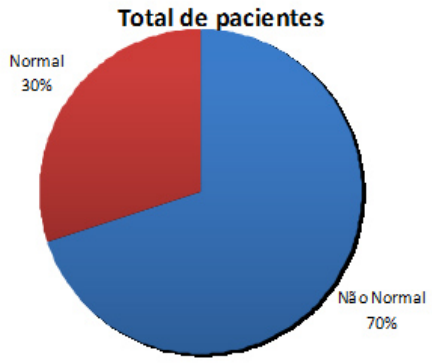
RESULTADOS

Foi avaliado um grupo de 210 pacientes, sendo este total subdividido em grupos para análise separada. Destes, 88,57% eram do sexo feminino e 11,43% eram do sexo masculino. Quando divididos por faixa etária, 7,62 % dos pacientes tinham menos de 35 anos, 47,62% estava na faixa etária entre 35 e 65 anos e 44,76% apresentavam mais de 65 anos. Do total de pacientes, 142 mulheres estavam na pós-menopausa, assim, este grupo foi avaliado separadamente. Entre as dosagens de vitamina D, 144 foram realizadas nos meses de verão (de outubro a abril) e 65 nos meses de inverno (de maio a setembro).

Valores de vitamina D acima de 32ng/ml foram considerados normais. Valores abaixo de 32 ng/ml foram considerados hipovitaminose (insuficiência de 20-32 ng/mL; deficiência: abaixo de 20 ng/mL).

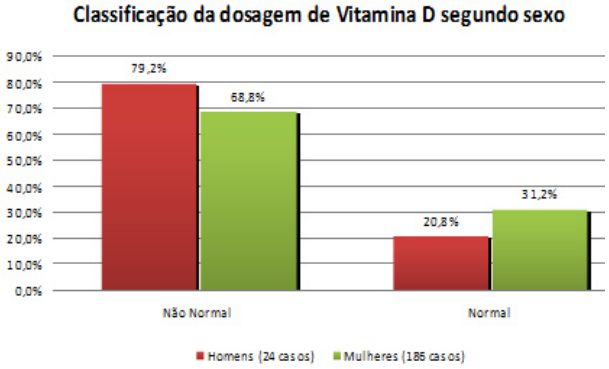
O grupo considerado com hipovitaminose D (deficiência ou insuficiência) correspondeu a 70% (147 pacientes) do total estudado enquanto que apenas 30% (63 pacientes) apresentaram valores normais de vitamina D. O valor de p = 0,0325, demonstrando portanto que houve diferença estatística (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Porcentagem dos pacientes com dosagens de vitamina D na faixa de normalidade ou abaixo dela (Teste de proporções; p= 0,0325).



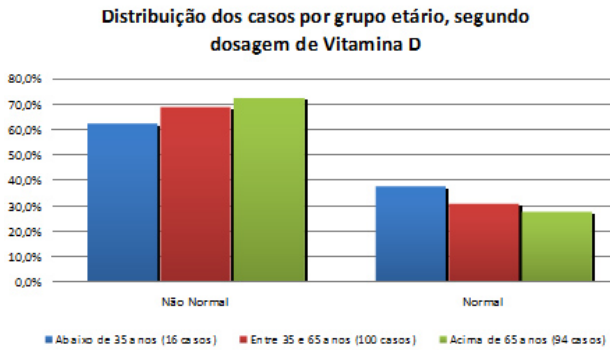
Quanto à classificação por sexo, não houve diferença significativa entre homens e mulheres, visto que a prevalência de hipovitaminose entre os homens foi de 79,2% e entre as mulheres, de 68,8% , (p = 0,2989) (**Gráfico 2**).

Gráfico 2. Prevalência de dosagens de vitamina D abaixo da faixa de normalidade de acordo com o sexo do paciente. (Teste qui-quadrado; p= 0,2989).



Em relação à idade, os resultados indicam que 62,5% dos pacientes abaixo de 35 anos, 69% dos pacientes entre 35 e 65 anos e 72,3% dos pacientes acima de 65 anos apresentaram dosagem de vitamina D abaixo da normalidade. Essas diferenças não foram estatisticamente relevantes (p = 0,6919) (**Gráfico 3**).

Gráfico 3. Prevalência de dosagens de vitamina D abaixo da faixa de normalidade em três grupos distintos de idade (abaixo de 35 anos, entre 35 e 65 anos e acima de 65 anos). (Teste qui-quadrado; p=0,6919).



Os resultados da taxa de hipovitaminose D em cada mês mostraram que as curvas de hipovitaminose e de vitamina D normal variaram juntas durante o ano, de acordo com o número de casos, mas mantendo as proporções (**Gráfico 4**). A comparação entre os meses de verão e de inverno também não indicam diferença significativa (69,2% de hipovitaminose no inverno e 70,1% no verão p = 0,9758) (**Gráfico 5**).

Gráfico 4. Prevalência de hipovitaminose D e de dosagens normais de vitamina D em cada mês estudado.

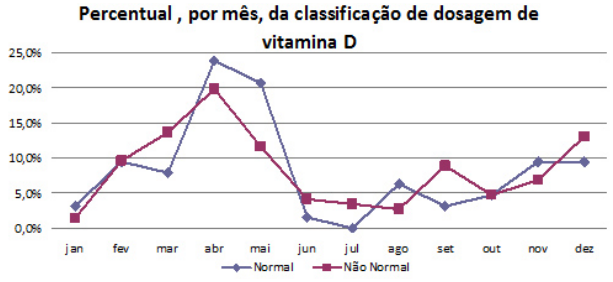
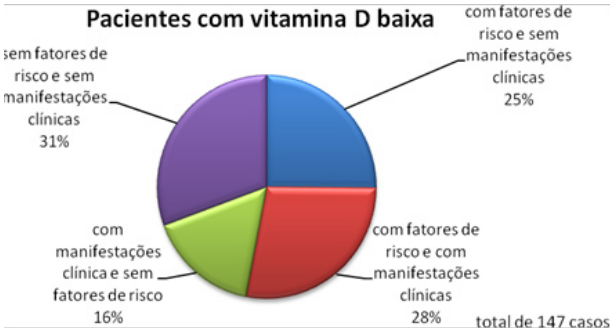


Gráfico 5. Prevalência de hipovitaminose D e de dosagens normais de vitamina D nos meses de verão e de inverno. (p= 0,9758).

Grupo	Normal	Não Normal	Total
Inverno	30,8%	69,2%	65
Verão	29,9%	70,1%	144
Total	63	209	209

O grupo considerado com vitamina D baixa (147 pacientes) foi estudado a parte e separado em quatro subgrupos: pacientes assintomáticos sem fator de risco corresponderam a 31% (45 pessoas), pacientes sintomáticos sem fator de risco a 16% (24 pessoas), pacientes sintomáticos com fator de risco a 28% (41 pessoas) e pacientes assintomáticos com fator de risco a 25% (37 pessoas). No entanto, não houve diferença significativa entre os grupos (p = 0,9252) (**Gráfico 6**). Foram considerados sintomáticos os pacientes que apresentaram câimbra, astenia. Foram incluídos no mesmo grupo pacientes com diagnóstico de osteopenia/osteoporose ou hipocalcemia, por se tratarem de possíveis consequências de hipovitaminose D. Foram considerados fatores de risco idade maior que 65 anos, obesidade, doença gastrointestinal, doença hematológica, síndrome de má absorção, insuficiência cardíaca e hepatopatias.

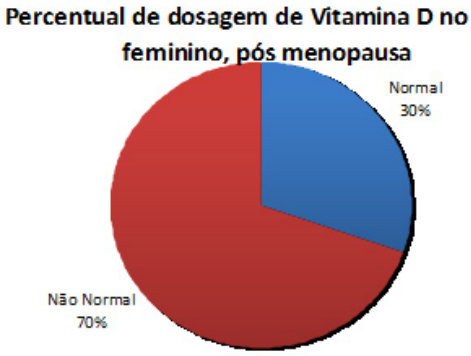
Gráfico 6. Prevalência de fatores de risco e de sintomas nos pacientes com hipovitaminose D (Teste de proporções; p=0,9252).



A análise do grupo de mulheres pós-menopausa (142 pacientes) mostra que 70% (99 pacientes) apresentaram hipovitaminose e 30% (43 pacientes) apresentaram vitamina D normal (**Gráfico 7**). Entretanto, apesar de a prevalência de hipovitaminose ser estatisticamente significante nesta população (p = 0,0487), quando

comparamos com a prevalência na população total (70%), não há diferença significativa.

Gráfico 7. Dosagem de vitamina D dentro ou abaixo da normalidade em mulheres pós-menopausa (Teste de proporções; p= 0,0487).



DISCUSSÃO

A importância da vitamina D, principalmente na etiologia da osteoporose nos adultos, e a alta prevalência desta doença em nossa sociedade torna a insuficiência e a deficiência dessa vitamina um problema de saúde.

Nosso estudo, apesar de abranger uma população de consultório médico não sendo possível, portanto, extrapolar seus resultados para a população geral, é consoante com os resultados de outros estudos, que mostram uma alta prevalência de hipovitaminose D.

É ponto de interesse em nosso estudo, especificamente, a falta de diferença estatística significativa entre os diferentes grupos avaliados, sejam separados por faixa etária e sexo, seja em mulheres na pós-menopausa e também entre as diferentes épocas do ano (quando era esperado que houvesse uma maior incidência durante os meses de outono e inverno).

Foi tentado identificar fatores de risco e sintomas que se correlacionariam positivamente com a taxa de hipovitaminose sem, entretanto, obter diferença estatisticamente significante, visto que a prevalência de hipovitaminose permaneceu uniformemente elevada em todos os grupos, mesmo naqueles pacientes com baixa suspeita clínica (assintomáticos e sem fatores de risco).

Dessa maneira, nossos dados são consoantes com outros dois estudos realizados na cidade de São Paulo pela USP e Fumesp, que, na tentativa de identificar grupos de risco encontraram uma alta incidência de deficiência de vitamina D na população praticamente durante o ano inteiro, tanto em crianças, quanto em idosos[34].

São necessárias novas pesquisas, de modo randomizado, com um número maior de pacientes para corroborar nossos resultados, pois, a confirmação da alta prevalência de hipovitaminose D suscita a importância do desenvolvimento de medidas de diagnóstico precoce para possibilitar o tratamento adequado. Possíveis perspectivas futuras incluem dosagens de vitamina D para triagem sistemática em populações onde as condições climáticas são desfavoráveis a uma exposição solar satisfatória, inclusão de uma dose de vitamina D em alimentos de uso regular da população com alta prevalência de hipovitaminose e melhor avaliação e instrução quanto ao uso de protetores ou bloqueadores solares para permitir uma exposição solar adequada e segura.

CONCLUSÃO

Concluímos que existe uma alta prevalência de hipovitaminose D na população estudada, corroborando dados de estudos realizados em outras localidades brasileiras. Não foi possível evidenciar diferenças entre os sexos, a faixa etária e a sazonalidade quanto à prevalência

da deficiência e insuficiência de vitamina D. Também não foi possível identificar um grupo de risco, visto que não houve diferença entre os pacientes sintomáticos e com fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Possíveis fatores locais como a baixa insolação relacionada às características climáticas e geográficas e o uso de bloqueadores solares pela população podem estar ligados a esta carência. Assim, são necessários novos estudos para corroborar nossos dados e planejar novas ações em âmbito da saúde pública da população.

ABSTRACT

BACKGROUND: Hypovitaminosis D has been considered a public health problem because it causes growth retardation and rickets in children and osteomalacia and osteoporosis in adults. It is estimated that vitamin D deficiency affects 1 billion people worldwide.
OBJECTIVE: To evaluate the prevalence of this disease in the routine of a doctor's office.
METHODS: Retrospective study of 210 medical records of patients who had been in consultation from January to June 2011, who contained serum dosage of vitamin D.
RESULTS: It was possible to demonstrate a high prevalence of hypovitaminosis D in this population (70% of patients). There was no significant difference between genders and age groups, or concerning the seasonality (between the months of summer and winter).It was not detected any risk factor.
CONCLUSION: We found a high prevalence of hypovitaminosis D uniformly distributed in the population studied. Possible perspectives are supplemental vitamin D in foods and the development of screening measures for this disease in the context of public health.
KEYWORDS: Vitamin D; Avitaminosis.

REFERÊNCIAS

1. Pereira F, Almeida MDV. Vitamina D: uma verdadeira hormonal. Nutrícias. 2008;8:42-7.
2. Bricarello LP, Goulart RMM. O papel das vitaminas em lactentes e crianças. Rev Med Mod. 1999;35(10):797-807.
3. Meija LA, Arroyave G. Las Vitaminas. In: Carraza FR, Marcondes E. Nutrição Clínica em Pediatria. São Paulo: Sarvier; 1991. p.108-122.
4. Barral D, Barros AC, Araújo RPC. Vitamina D: Uma Abordagem Molecular. Pesq. Bras. Odontoped Clin Integr. 2007;7(3):309-15.
5. Campbell MK. Bioquímica. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.751.
6. Preamor MO, Furlanetto TW. Hipovitaminose D em Adultos: Entendendo Melhor a Apresentação de Uma Velha Doença. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006 Fev;50(1):25-37.
7. Norman AW, Nemere I, Zhou LX, Bishop JE, Lowe KE, Maiyar AC, et al. 1,25(OH)2-vitamin D3, a steroid hormone thatproduces biologic effects via both genomic and nongenomic pathways. J Steroid Biochem Mol Biol. 1992 Mar;41(3-8):231-40.
8. Pedrosa MAC, Castro ML. Papel da Vitamina D na Função Neuro-Muscular. Arq Bras Endocrinol Metab. 2005 Ago;49(4):495-502.
9. Mechica JB. Raquitismo e Osteomalácia. Arq Bras Endocrinol Metab. 1999 Dez;43(6):457-66.

10. Bouillon R, Okamura WH, Norman AW. Structure-function relationships in the vitamin D endocrine system. Endocr Rev. 1995 Apr;16(2):200-57.
11. Berger U, Wilson P, Mcclelland RA, Colston K, Haussler MR, Pike JW, et al. Immunocytochemical detection of 1,25 dihydroxyvitamin D receptors in normal human tissues. J Clin Endocrinol Metab. 1988 Sep;67(3):607-13.
12. Bolland R, de Boland AR, Ritz E, Hasselbach W. Effect of 1,25-dihydroxicholecalciferol on sarcoplasmatic reticulum calcium transport in strontium fed chicks. Calcif Tissue Int .1983;35(2):190-4.
13. Bolland R. Role of vitamin D in skeletal muscle function. Endocr Rev. 1986 Nov;7(4):434-48.
14. Pointon JJ, Francis MJ, Smith R. Effect of vitamin D deficiency on sarcoplasmatic reticulum function and troponin C concentration of rabbit skeletal muscle. Clin Sci. 1979 Sep;57(3):257-63.
15. Rodman JS, Baker T. Changes in the kinetics of muscle contraction in vitamin D-depleted rats. Kidney Int. 1978 Mar;13(3):189-93.
16. Marques CD, Dantas AT, Fragosos TS, Duarte AL. The importance of vitamin D levels in autoimmune diseases. Rev Bras J Rheumatol. 2010 Jan-Feb;50(1):67-80.
17. Schuch NJ, Garcia VC, Martini LA. Vitamina D e doenças endocrinometabólicas. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009 Jul;53(5):625-33.
18. Mosekilde L. Vitamin D and the elderly. Clin Endocrinol (Oxf). 2005 Mar;62(3):265-81.
19. McKenna M, Freaney R. Secondary hyperparathyroidism in the elderly: means to defining hypovitaminosis D. Osteoporos Int. 1998;8 Suppl 2:S3-6.
20. Grant WB, Holick MF. Benefits and requirements of vitamin D for optimal health: a review. Altern Med Rev. 2005 Jun;10(2):94-111.
21. Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. Endocr Rev. Aug;22(4):477-501.
22. Alagol F, Shihadeh Y, Boztepe H, Tanakol L, Yarman S, Azizlerli H, et al. Sunlight exposure and vitamin D deficiency in Turkish women. J Endocrinol Invest. 2000 Mar;23(3):173-7.
23. Saraiva GL, Cendoroglo MS, Ramos LR, Araújo LM, Vieira JG, Maeda SS, et al. Prevalência da Deficiência, Insuficiência de Vitamina De Hiperparatireodismo Secundário em Idosos Institucionalizados e Moradores na Comunidade da Cidade de São Paulo, Brasil. Arq Bras Endocrinol Metab. 2007 Abr;51(3): 437-42.
24. Pinto Neto AM, Soares A, Urbanetz AA, Souza ACA, Ferrari AEM, Amaral B, et al. Consenso Brasileiro de Osteoporose 2002. Rev Bras Reumatol. 2002 Nov-Dez;42(6):343 54.
25. Kirchhoff VWJH, Echer E, Leme NP, Silva AA. A Variação Sazonal da Radiação Ultravioleta Solar Biologicamente Ativa. Rev Bras Geof. 2000;18(1):63-74.
26. Komatsu RS, Simões MFJ, Ramos LR, Szejnfeld VL. Incidência de fraturas de fêmur proximal em Marília, São Paulo, Brasil, 1994 e 1995. Rev Bras Reumatol. 1999; 39(6):325-31.
27. Rocha FAC, Ribeiro AR. Low incidence of hip fractures in an equatorial area. Osteoporos Int. 2003 Jul;14(6):496-9.
28. Silveira VAL, Medeiros MMC, Coelho-Filho JM, Mota RS, Noleto JCS, Costa FS, et. al. Incidência de fratura do quadril em área urbana do Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública. 2005 Maio-Jun;21(3):907-12.
29. James WP. 22nd Marabou Symposium: the changing faces of vitamin D. Nutr Rev. 2008 May;66(5):286-90.
30. McKenna MJ. Differences in vitamin D status between countries in young adults and the elderly. Am J Med. 1992 Jul;93(1):69-77.
31. Kauppinen-Makelin R, Tahtela R, Loyttyniemi E, Karkkainen J, Valimaki MJ. A high prevalence of hypovitaminosis D in Finnish medical in- and outpatients. J Intern Med. 2001 Jun;249(6):559-63.
32. Feleke Y, Abdulkadir J, Mshana R, Mekbib TA, Brunvand L, Berg JP, et at. Low levels of serum calcidiol in an African population compared to a North European population. Eur J Endocrinol. 1999 Oct;141(4):358-60.
33. Fradinger EE, Zanchetta JR. Vitamin D status in women living in Buenos Aires. Medicina (B Aires). 1999;59(5 Pt 1):449-52.
34. Pinheiro MM, Ciconelli RM, Martini LA, Ferraz MB. Clinical risk factors for osteoporotic fractures in Brazilian women and men: the Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). Osteoporos Int. 2009 Mar;20(3):399-408.

Recebido em: 18/05/2012
Aprovado em: 30/06/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhum

Correspondência:
Fernanda Carneiro Ronchi
Rua Comendador Macedo, 515, AP 702
CEP 80060-030 – Curitiba / PR
fernanda.c.ronchi@gmail.com

Determinação do estado nutricional de recém-nascidos admitidos em uma UTI neonatal

Determination of the nutritional status of newborns admitted to a neonatal ICU

***Marcos Antonio da Silva Cristovam*[1]**
***João Pedro Pontes Câmara*[2]**
***Fernando Alves Konrad*[2]**
***Ana Cláudia Lopes Plewka*[3]**
***Lara Franken Ciupak*[3]**
***Henrique Seki*[4]**
***Deisi Vanessa Franciscato*[5]**
***Ingrid Sheila Zavaleta Obregón*[5]**
***Juliana Pavesi*[5]**
***Giselle Lustosa de Mello*[5]**
***Sílvia Karakida Bertin*[6]**

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o estado nutricional de todos os recém-nascidos admitidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal de hospital do interior do estado do Paraná.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo observacional de base hospitalar com neonatos admitidos de abril/2000 a agosto/2010 na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Bom Jesus, de Toledo, Paraná. Foram analisados peso de nascimento, idade gestacional pelo método de Capurro e os recém-nascidos foram classificados em adequado para idade gestacional (AIG), pequeno para idade gestacional (PIG) e grande para idade gestacional (GIG).

RESULTADOS: Foram admitidos 1.542 recém-nascidos no período do estudo. Deste total, 1.302 neonatos foram classificados como AIG, 150 como PIG e 90 foram GIG. A idade gestacional variou de 25 a 42 semanas (média: 36,92 semanas) e o peso de nascimento variou de 590g a 4.800g (média: 2.696g).

CONCLUSÃO: A maioria dos neonatos foi AIG. A maior parte dos recém-nascidos PIGs teve como fator materno relacionado a doença hipertensiva; já nos recém-nascidos GIGs, a doença materna prevalente foi a diabetes mellitus gestacional.

DESCRITORES: Recém-nascido; Estado Nutricional; Idade gestacional.

Trabalho realizado no Hospital Bom Jesus, de Toledo, Paraná.

1. Professor assistente do internato médico de pediatria do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), de Cascavel (PR).

2. Médicos Intensivistas Pediátricos pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

3. Médicas Neonatologistas pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

4. Médico pediatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

5. Médicas residentes de Pediatria do 2.º ano do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (Unioeste), de Cascavel (PR).

6. Acadêmica do 6.º ano do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de Cascavel (PR).

Cristovam MAS, Câmara JPP, Konrad FA, Plewka ACL, Ciupak LF, Seki H, Franciscato DV, Obregón ISZ, Pavesi J, Mello GL, Bertin SK. Determinação do estado nutricional de recém-nascidos admitidos em uma UTI neonatal. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 181-185, jul./set. 2012.

INTRODUÇÃO

O peso de nascimento é o fator isolado mais importante na mortalidade neonatal, além de determinante significativo na mortalidade pós-natal e na morbidade infantil em países desenvolvidos e em desenvolvimento[1].

O mecanismo exato do crescimento fetal ainda não está totalmente definido, sendo dependente de uma série de fatores. A gravidez pode ser comprometida por diversas condições que prejudicam ou exacerbam o crescimento fetal, elevando a incidência de complicações perinatais. Nestas, a restrição do crescimento intrauterino(RCIU) é a segunda principal causa de morbidade perinatal, superado apenas pela prematuridade[2]. Os termos recém-nascido de baixo peso, pequeno para a idade gestacional ou RCIU não são conceitualmente intercambiáveis, mas frequentemente são usados como se fossem. Para a maioria dos autores, um recém-nascido (RN) com crescimento restrito é definido como aquele que não alcançou seu potencial genético de crescimento no útero, o que pressupõe que se possa determinar acuradamente o potencial de crescimento intrauterino, o que, na realidade, ainda não é possível[1].

O crescimento fetal insuficiente não é uma doença específica, mas a manifestação de várias possíveis anormalidades presentes na mãe ou no feto, como: doenças crônicas maternas, principalmente as vasculares que afetam a perfusão placentária, o tabagismo, a má nutrição materna, as infecções pré-natais, as malformações, as cromossomopatias fetais e outras[1].

O crescimento fetal é regido por vários fatores, refletindo numa espantosa velocidade de crescimento, pois em poucas semanas de vida intrauterina ele chega a aumentar o peso em até sete vezes[3].

O crescimento intrauterino é um conjunto de eventos do qual depende o futuro desenvolvimento do organismo. Resulta do acréscimo de substâncias e do aumento do número e do tamanho das células. Em condições normais, existe uma relação harmoniosa entre o ambiente externo, a homeostase e fisiologia maternas, a integridade da placenta (incluindo seu metabolismo, a síntese de hormônios e a transferência de nutrientes) e a fisiologia fetal. O fluxo sanguíneo através da placenta é determinante do suprimento de nutrientes ao feto, sendo que o crescimento fetal é dependente também da sua capacidade de utilizar estes nutrientes[4].

A macrossomia fetal tem interesse clínico, por representar risco elevado de morbimortalidade materna e perinatal. É uma característica comum entre mulheres multíparas, com idade mínima de 30 anos, maior estatura e índice elevado de massa corporal (IMC), além da presença de antecedentes familiares de diabetes e obstétricos de macrossomia fetal, de intolerância à glicose ou diabete gestacional, presença de pós-datismo e fetos do sexo masculino[5].

Este trabalho teve como objetivo avaliar o estado nutricional de RNs admitidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital do interior do estado do Paraná, a prevalência de recém-nascidos PIGs, AIGs e GIGs e verificar os fatores maternos associados a estas condições.

MÉTODOS

Foram analisados retrospectivamente 1.542 prontuários de todos os RNs entre um e 28 dias de vida, admitidos na unidade de terapia intensiva neonatal(UTIN) do Hospital Bom Jesus, de Toledo (PR), no período de abril/2000 a agosto/2010. O número total de RNs no período estudado foi obtido a partir dos livros de registros de admissão da UTIN. Este trabalho teve a aprovação do Comitê de Ética do Hospital Bom Jesus. A classificação em AIG, PIG e GIG foi feita pela curva de crescimento de Bataglia & Lubchenco(1967) após avaliação do peso de nascimento por balança digital da marca Filizola baby^{R} e avaliação da idade gestacional pelo método de Capurro. A avaliação da idade gestacional foi feita pelo médico pediatra plantonista da UTIN no momento da admissão nesta unidade. Foi também avaliada a presença de fatores de risco maternos como hipertensão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, alcoolismo, tabagismo e diabetes pré-gestacional ou gestacional.

RESULTADOS

Foram admitidos 1.542 recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Bom Jesus, de Toledo, entre abril/2000 e agosto/2010. Observou-se que 150 (9,7%) recém-nascidos foram PIGs, 90 (5,8%) foram GIGs e 1.302 (84,5%) foram AIGs (**Figura 1**). Com relação aos recém-nascidos PIGs, fatores maternos como hipertensão, pré-eclâmpsia e eclâmpsia estiveram associados em 14 RNs (9%), apenas um (0,6%) era filho de mãe etilista. Infecção materna ocorreu em cinco (3,3%) RNs. Dos recém-nascidos GIGs, o diabetes gestacional foi o mais prevalente fator de risco materno, ocorrendo em 16 (17,7%) neonatos. Hipertensão, pré-eclâmpsia e eclâmpsia estiveram presentes em quatro (4,4%) RNs GIGs.

DISCUSSÃO

Determinar ao nascimento se o RN é PIG, GIG ou AIG, ajuda a definir o prognóstico imediato, mas também a prever doenças que podem se desenvolver a longo prazo neste grupo[5].

A curva de crescimento intrauterino ainda mais utilizada até hoje foi desenvolvida por Battaglia & Lubchenco, em 1963, a partir de dados de 5.635 rescém-nascidos brancos, caucasianos e latinos, habitando a mais de 3000 metros de altitude em Denver, no Colorado. Por esta curva, são considerados AIGs os recém-nascidos entre os percentis 10 e 90, PIGs os recém-nascidos com peso abaixo do percentil 10 e GIGs os recém-nascidos acima do percentil 90[4]. A má nutrição fetal está associada à asfixia, hipotermia, hipoglicemia, hipocalcemia e policitemia. Parece também existir associação entre RN PIG e aumento do risco de resistência à insulina, diabetes tipo 2 e dislipidemia a longo prazo. Nascer GIG aumenta também a susceptibilidade a diabetes tipo 2, doença metabólica e cardiovascular[6]. Foram analisados os prontuários de 1.542 RNs admitidos na UTIN do Hospital Bom Jesus, de Toledo (PR), entre abril/2000 e agosto/2010. Em estudos populacionais, a prevalência de macrossomia foi confirmada em 5,3% da população geral. Especificamente associadas ao diabetes, as cifras variam de 28,5% até 48,8%[5]. No presente estudo, o total de RNs GIG foi de 5,8%, bem próximo ao descrito na literatura. Um estudo realizado em Joinville (SC), com 157 gestantes portadoras de diabetes melittus gestacional, de janeiro 2004 a julho de 2006, demonstrou que 13,4% dos RNs dessas mães eram GIGs[6], porcentagem aquém do encontrado em nosso estudo(17,7%) de neonatos GIGs filhos de mães portadoras de diabetes gestacional. As diferenças populacionais, bem como os aspectos metodológicos, podem

justificar tal diferença. Um estudo realizado na cidade de Dourados (MS), de janeiro/2005 a dezembro/2005, em um hospital privado credenciado pelo Sistema Único de Saúde, analisou 2.535 RNs, destes, 3,11% foram classificados como PIG[7], valor este bem abaixo dos 9,7% encontrados em nosso estudo. Em um estudo realizado na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (MG) foram avaliados resultados perinatais de 202 gestantes com hipertensão, sendo a taxa de RNs PIG de 20,3%[8]. Outro estudo realizado no Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, pertencente ao Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo, foram analisados 113 recém-nascido de mães hipertensas, sendo 10,6% classificados como PIG[9], o resultado do atual estudo encontra-se abaixo da média se comparado com estes dois estudos, ficando a nossa população estudada de RNs PIG filhos de mães hipertensas em 9%.

CONCLUSÃO

A melhora na assistência pré, peri e pós-natal são fundamentais para RNs classificados como PIG e GIG, uma vez que estes têm maiores chances de complicações ao nascimento e até mesmo a longo prazo, com possibilidades de desenvolverem síndrome metabólica.

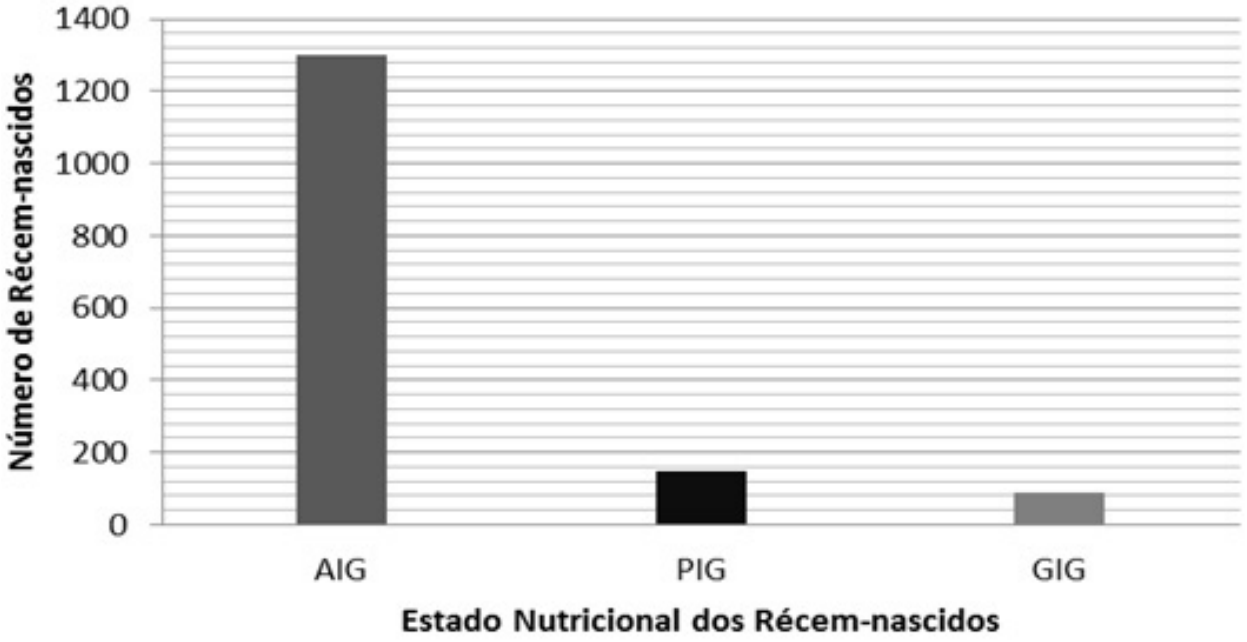


Figura 1. Distribuição dos recém-nascidos avaliados de acordo com o estado nutricional.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Assessing the nutritional status of all newborns admitted to a neonatal intensive care unit of a hospital in the state of Paraná.

METHODS: A retrospective observational study of neonates admitted to the hospital from Abril/2000 to August/2010 in the neonatal intensive care unit of the Hospital Bom Jesus, Toledo (PR). We analyzed birth weight, gestational age by the Capurro method and newborns were classified as appropriate for gestational age (AGA), small for gestational age (SGA) and large for gestational age (LGA).

RESULTS: There were 1,542 newly born babies admitted during the study period. Of this total, 1,302 were classified as AGA neonates, 150 were SGA and 90 LGA. Gestational age ranged from 25 to 42 weeks (average: 36,92 weeks) and birth weight ranged from 590g to 4,800g (average: 2,696g).

CONCLUSION: Most neonates were AGA, most SGA newborns had as a maternal factor related to hypertensive disease, in newborns GIG the prevalent maternal disease was gestational diabetes mellitus.

KEYWORDS: Infant, Newborn; Nutritional Status; Gestational Age.

REFERÊNCIAS

1. Oppermann MLR. Predição Clínica Pré-Natal de Recém-Nascidos Pequenos para a Idade Gestacional [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
2. Bittar RE, Ramos JLA, Leone CR. Crescimento fetal. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay, Y. Pediatria Básica: Pediatria Geral e Neonatal. São Paulo: Sarvier; 2003. p.255-265.
3. Falcão MC. Avaliação nutricional do recém-nascido. Pediatria (São Paulo). 2000;22(3):233-39.
4. Mussi-Pinhata MM, Bissan C. Departamento de Puericultura e Pediatria. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Recém nascido de baixo peso [monografia na Internet]. [Acesso em 10 Nov. 2011]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/rpp/downloads/rotinas/rn_baixo_peso.pdf.
5. Kerche LTRL, Abbade JF, Costa RAA, Rudge MVC, Calderon IMP. Fatores de risco para macrossomia fetal em gestações complicadas por diabete ou por hiperglicemia diária. Rev Bras Ginecol Osbstet. 2005;27(10):580-7.
6. Silva JC, Bertini AM, Ribeiro TE, Carvalho LS, Melo MM, Barreto Neto L. Fatores relacionados à presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(1):5-9.
7. Ribeiro R, Joici AAB, Felice TD. Prevalência de recém nascidos pequenos para a idade gestacional em hospital privado credenciado ao sistema único de saúde de Dourados – MS. Interbio. 2008;2(2):35:44.
8. Carvalho MAB, Melo VH, Zimmermmann JB. Resultados perinatais de gestantes com Síndrome Hipertensiva da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, MG. Rev Med Minas Gerais. 2008;18(4):260-6.

Recebido em: 16/05/2012
Aprovado em: 30/06/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Marco Antônio da Silva Cristovam
Rua João de Matos, 1145
Bloco B, apto. 09, Coqueiral
CEP 85.807-530 – Cascavel / PR
Fone: (45) 9974-2386
me.cristovam@uol.com.br

Doenças renais na infância

Kidney disease in childhood

***Luis Alberto Batista Peres*[1]**
***Marina Fabíola Rodoy Bertol*[2]**

RESUMO

OBJETIVO: Nefrologia Pediátrica é uma especialidade da Pediatria que trata as doenças do trato urinário de crianças e adolescentes. O objetivo foi descrever as principais características dos pacientes pediátricos com doenças do trato urinário admitidos no ambulatório Nefrológico Geral de um Hospital Universitário.

MÉTODOS: Este é um estudo epidemiológico retrospectivo de dados demográficos e principais diagnósticos registrados em prontuários de pacientes pediátricos com doença renal que foram admitidos entre 1998 e 2010. Os dados foram armazenados em banco de dados do Microsoft Excel. As variáveis contínuas foram expressas como média e desvio padrão e a frequência relativa foi calculada.

RESULTADOS: Os prontuários de 476 pacientes foram revistos. A idade média foi de 8.5 + 10.6 anos e 204 (42,8%) eram do sexo masculino. As principais síndromes encontradas foram nefrolitíase em 33,1%, infecção do trato urinário em 21,2%, glomerulonefrite aguda em 14,0%, síndrome nefrótica em 10,7% e outras em 22.5% dos pacientes.

CONCLUSÃO: Nefrolitíase, infecção do trato urinário, glomerulonefrite aguda e síndrome nefrótica foram as principais síndromes pediátricas encontrados neste estudo.

DESCRITORES: Síndrome Nefrótica; Nefrolitíase; Doenças da Bexiga Urinária; Hematúria.

Peres LAB, Bertol MFR. Doenças renais na infância. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 186-192, jul./set. 2012.

Trabalho realizado no Serviço de Nefrologia do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), de Cascavel (PR).

1. Professor Adjunto de Nefrologia do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e do Curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil.

2. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

INTRODUÇÃO

A Nefrologia Pediátrica é uma especialidade da Pediatria que trata as doenças do trato urinário de crianças e adolescentes. As principais doenças que afetam o trato urinário na faixa etária pediátrica incluem as desordens glomerulares primárias ou secundárias, anomalias congênitas, infecção urinária, doenças tubulares, doenças císticas hereditárias e a nefrolitíase[1,2].

As doenças glomerulares geralmente cursam com uma das cinco síndromes: hematúria assintomática, glomerulonefrite aguda, glomerulonefrite rapidamente progressiva, síndrome nefrótica ou glomerulonefrite crônica. Menos comumente podem ocorrer sobreposições nos quadros sindrômicos de apresentação clínica. Constituem uma das causas mais comuns de perda crônica da função renal, podendo evoluir para doença renal em estádio avançado e necessidade dialítica[3].

A síndrome nefrótica (SN) cursa classicamente com proteinúria maior que 40 mg/m²/h, hipoalbuminemia menor que 2,5g/dL, edema e hiperlipidemia. É essencialmente uma doença pediátrica, sendo 15 vezes mais comum em crianças que em adultos. A incidência é de dois a sete casos em 100.000 crianças por ano[4] e a prevalência de 16 casos por 100.000 crianças[5]. Pode ser primária ou secundária a doenças sistêmicas, uso de drogas, infecções e neoplasias. A maioria das crianças apresenta uma forma idiopática, com padrão histológico de doença por lesões mínimas, glomeruloesclerose segmentar e focal ou proliferação mesangial. Lesões mínimas sensível à corticoterapia é a forma mais comum, mas recidivas ocorrem em até 70% dos casos[6]. A maioria dos casos de lesões mínimas ocorre antes dos cinco anos de idade[7]. Crianças corticodependentes e corticoresistentes estão mais frequentemente relacionados aos outros tipos histológicos. A raça branca é mais responsiva à corticoterapia do que a raça negra[8].

A litíase urinária ocorre em crianças de todas as idades, não havendo predileção por sexo[9,10]. A taxa de recorrência em crianças tem sido reportada em até 54% dos casos, com média de intervalo de três a seis anos para que a mesma ocorra[11,12]. Crianças com distúrbio metabólico identificado apresentam cinco vezes mais recorrência de cálculos do que aqueles que não tiveram diagnóstico metabólico[13].

Infecção do trato urinário é uma causa comum de atendimento na faixa etária pediátrica. Apresenta prognóstico mais reservado em crianças e adolescentes. Nos primeiros seis meses de vida acomete mais o gênero masculino e, após um ano de idade, o feminino. Complicações que podem ocorrer em decorrência de pielonefrite aguda são cicatrizes renais, insuficiência renal e hipertensão arterial[14].

Hematúria assintomática não é incomum na faixa etária pediátrica, na maioria das vezes apresentando um prognóstico favorável. A avaliação deve procurar afastar causas mais frequentes, como infecção do trato urinário, hipercalciúria, nefrolitíase, doenças císticas, tumores e malformações do trato urinário[15].

As tubulopatias renais podem ser adquiridas ou hereditárias e causam manifestações do equilíbrio interno, como acidose tubular renal, desequilíbrios hidroeletrolíticos, dentre outras. A acidose tubular renal é uma inabilidade dos rins em excretar adequadamente uma carga ácida e em manter o equilíbrio ácido-básico, ocorrendo basicamente três tipos: a proximal, distal e a secundária à hipoaldosteronismo real ou aparente[16]. Outras tubulopatias menos comuns incluem a síndrome de Liddle, pseudohipoaldosteronismo tipo I, síndrome de Bartter e a síndrome de Gitelman[17].

Os objetivos deste estudo foram avaliar as principais síndromes nefrológicas em Pediatria atendidas em um ambulatório Nefrológico Geral de um Hospital Universitário.

MÉTODOS

Foram revisados os prontuários de todos os pacientes na faixa etária pediátrica (< 18 anos) atendidos no Ambulatório de Nefrologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), no período de fevereiro de 1998 a fevereiro de 2010. Foram registrados os seguintes dados: idade, gênero e diagnósticos sindrômicos. Para os portadores de nefrolitíase, infecção do trato urinário e síndrome nefrótica foram coletados dados laboratoriais e de tratamento. No grupo nefrolitíase os pacientes foram divididos em dois subgrupos conforme a idade, com ponto de corte de 10 anos, sendo que 49 pacientes apresentavam idade inferior a 10 anos e 60 superior a 10 anos. Para o grupo síndrome nefrótica, os pacientes foram divididos quanto à idade em dois subgrupos: < 5 anos e > 5 anos para avaliação da resposta terapêutica. Os dados foram armazenados em banco de dados do programa Microsoft Excel e analisados por meio das estatísticas descritivas: média aritmética, desvio padrão, valores mínimo e máximo, frequência bruta e percentual. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme o tamanho da amostra. $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. 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

Foram atendidos 476 pacientes, sendo 204 (42,8%) do gênero masculino. A idade média foi de 8,5 + 10,6 anos (variando de um mês a 17 anos). Os principais diagnósticos encontrados foram: infecção do trato urinário em 101 (21,2%), nefrolitíase em 158 (33,1%), glomerulonefrite aguda em 67 (14,0%), síndrome nefrótica primária em 51 (10,7%), hematúria em 22 (4,6%), hipertensão arterial em 21 (4,4%), estenose de junção ureteropélvica em 14 (2,9%), acidose tubular renal em 13 (2,7%), enurese em 13 (2,7%), transplante renal em quatro (0,8%) e, em 21 (4,4%) pacientes, foram diagnosticadas outras alterações. A **Tabela 1** apresenta os principais quadros sindrômicos encontrados e algumas características demográficas referentes aos pacientes.

Tabela 1. Principais quadros sindrômicos Nefropediátricos e algumas características demográficas encontrados em Ambulatório Nefrológico Geral.

Síndromes	Total	%	% masculinos	Média idade
Nefrolitíase	158	33,1	56	10,2
Infecção do Trato Urinário	101	21,2	22	10,1
Glomerulonefrite	67	14,0	54	10,1
Síndrome Nefrótica Primária	51	10,7	65	5,2
Hematúria	22	4,6	72	10,2
Hipertensão arterial	21	4,4	57	13,1
Estenose de JUP*	14	2,9	57	10,3
Acidose Tubular Renal	13	2,7	31	9,9
Enurese	13	2,7	46	9,8
Transplante renal	4	0,8	100	6,5
Outras	21	4,4		
Total de Alterações	476	100		

*JUP: junção ureteropélvica

Entre os 158 pacientes com nefrolitíase, 109 concluíram o estudo metabólico. Em 96,3% pelo menos uma alteração foi encontrada. A idade média dos pacientes foi de 11,4 ± 4,7 anos (variando de quatro meses a 18 anos) e 54,1% eram do sexo masculino. As apresentações clínicas mais

frequentes foram a cólica renal (65,2%) e a hematúria (24,8%). Nos pacientes com idade inferior a 10 anos a apresentação clínica mais comum foi hematúria e no grupo com mais de 10 anos foi a cólica renal (P < 0,05). As principais alterações metabólicas encontradas foram: hipercalciúria (73,4%), hipocitratúria (32,1%) e hiperexcreção de ácido úrico (21,1%). Não foram estatisticamente significativas as diferenças encontradas entre as distribuições de idade e sexo (P>0,05). Houve diferença significativa no número de pacientes com baixo volume urinário e de não investigados, sendo superiores no grupo acima de 10 anos (P<0,05). Estes dados foram apresentados em estudo anterior de nosso grupo[18].

Foram atendidos 101 pacientes com diagnóstico de infecção do trato urinário, sendo 22 (21,8%) do gênero masculino e 79 (78,21%) do feminino. A idade média foi de 5,8 + 5,5 anos. Dentre os 101 pacientes, a urocultura esteve disponível como positiva em 44 (43,6%). Dentre estes, o principal agente etiológico isolado foi a Escherichia coli em 43,2% dos casos. Foram realizados 115 exames de imagem em 72 pacientes, sendo que 53 (43%) mostraram alterações anatômicas, sendo as principais: refluxo vesicoureteral em 27 (23,4%), estenose de junção ureteropélvica em 14 (13,9%) e duplicação pieloureteral em quatro (3,4%) pacientes.

Foram avaliados 51 pacientes com síndrome nefrótica com idade média de 4,7 + 2,9 anos (variando de 1 a 13 anos), sendo 68 % do gênero masculino. Quanto à raça, 84,4% eram da raça branca, 11,1% eram da raça negra e 4,4% da raça amarela. Os pacientes tiveram tempo de seguimento médio de 49 + 7,8 meses. Dentre os 51 pacientes estudados os mesmos foram classificados conforme a resposta ao corticóide, em corticosensíveis (50,9%), corticoresistentes (21,5%) corticodependentes (11,7%), sendo que em 11,7% deles ocorreram períodos variáveis de resposta. Quanto ao tratamento realizado, além do corticoide, um paciente fez uso de azatioprina, oito pacientes de ciclofosfamida, seis de ciclosporina e dois de micofenolato mofetil. A situação atual dos pacientes quanto à resposta terapêutica é: 50% em remissão, destes 49% sem prednisona e 51% com prednisona associada ou não à ciclofosfamida, ciclosporina ou micofenolato mofetil. O tempo médio de seguimento foi de 39,6 + 31,5 meses (variando de 3 a 108 meses). Houve perda de seguimento em duas crianças. Em quatro crianças houve evolução para doença renal crônica em estádio terminal. Quando dividimos os pacientes quanto à idade em dois grupos: < 5 anos e > 5 anos observamos melhor resposta no grupo < 5 anos, que teve menor necessidade de utilização de imunossupressores (P < 0,05). Dentre os 51 pacientes estudados 12 foram submetidas à biópsia renal, que foi analisada à microscopia óptica de luz. A análise histológica revelou lesões mínimas em sete crianças, glomerulonefrite proliferativa mesangial em duas, glomeruloesclerose segmentar e focal em duas e glomerulonefrite crescentérica em uma. Estes dados foram apresentados em estudo anterior de nosso grupo[19].

Tabela 2. Resposta terapêutica das crianças de acordo com a idade de apresentação dos sintomas, utilizando cinco anos como ponto de corte*[1]

	≤ 5 anos	> 5 anos	p
N	30 (61,2%)	19 (38,8%)	
Sexo masculino	19 (63,3%)	13 (68,4%)	
Necessidade de imunossupressor	6 (20%)	10 (52,6%)	0,0284*[2]
Uso de ciclofosfamida	2 (6,6%)	6 (31,6%)	0,0427*[3]
Uso de ciclosporina	4 (13,3%)	2 (10,5%)	1,000
Uso de micofenolato mofetil	0 (0%)	2 (10,5%)	0,1454
Evolução para doença renal crônica	1 (3,3%)	3 (15,7%)	0,2848

*[1] tabela apresentada anteriormente em outro estudo.
*[2] estatisticamente significativo (Teste do quiquadrado).
*[3] estatisticamente significativo (Teste Exato de Fisher).

Quanto à hipertensão arterial foram atendidos 21 pacientes, sendo 12 (57%) do sexo masculino com idade média de 13,1 + 2,1 anos (variando de quatro meses a 17 anos).

DISCUSSÃO

Avaliamos uma coorte retrospectiva de pacientes em idade pediátrica admitido com doenças renais em ambulatório nefrológico geral. Infecção do trato urinário, nefrolitíase e glomerulonefrites foram os principais quadros sindrômicos observados neste estudo, compreendendo quase 70% do total de casos atendidos.

Infecção do trato urinário é uma causa comum de atendimento na faixa etária pediátrica. Apresenta prognóstico mais reservado em crianças e adolescentes. Nos primeiros seis meses de vida acomete mais o gênero masculino e após um ano de idade o feminino. Complicações que podem ocorrer em decorrência de pielonefrite aguda são cicatrizes renais, insuficiência renal e hipertensão arterial[20,21]. Em nosso estudo foi mais comum no gênero feminino. O principal agente etiológico isolado foi a *Escherichia coli* em 43,2% dos casos. Dentre as alterações anatômicas, o refluxo vesicoureteral foi a mais comum. O sulfametoxazol/trimetroprim foi o antibiótico mais utilizado em nosso meio para o tratamento e profilaxia de infecção do trato urinário na faixa etária pediátrica.

A hidronefrose pré-natal é uma entidade diagnosticada mais frequentemente com a disponibilidade mais ampla da ultrassonografia em gestantes. Engel e colaboradores avaliaram 141 meninos com válvula de uretra posterior diagnosticados após o nascimento cuja apresentação clínica mais comum foi a ITU em 28% deles. Doença renal crônica ocorreu em 9% desta população após 23 anos em média da apresentação inicial[22]. Em nosso ambulatório não atendemos crianças portadoras de doença renal crônica, por não dispormos de nefropediatria.

Dentre os pacientes com nefrolitíase, anormalidades metabólicas foram encontradas em 96,3% dos pacientes estudados, sendo hipercalciúria, hipocitratúria e hiperuricosúria os três mais comuns fatores de risco metabólicos urinários. Esses dados são similares aos de outros estudos[11,13,18,23]. A distribuição quanto ao sexo entre os pacientes pediátricos que completaram a investigação metabólica é semelhante. Quando comparadas as alterações metabólicas entre os sexos não há diferenças estatisticamente significativas. A epidemiologia da litíase renal na população pediátrica não é tão bem definida quanto na população adulta. Na primeira década de vida, a litíase renal foi mais prevalente no sexo masculino, o que se inverteu na segunda década de vida, sendo mais prevalente no sexo feminino[24].

A síndrome nefrótica idiopática é uma doença glomerular comum em crianças, sendo, a forma mais comum em crianças, a doença por lesões mínimas (DLM), que corresponde a 80% dos casos e apresenta uma prevalência em meninos duas vezes maior do que em meninas[25]. São características desta forma de lesão a quase inexistência de hematúria macroscópica, a perda seletiva de albumina, a boa resposta a corticoides e o excelente prognóstico renal. É extremamente rara a progressão para insuficiência renal e 80% dos pacientes afetados evoluirão com remissão espontânea até o final da infância[26]. A resposta aos corticóides é altamente sugestiva de DLM, de forma que, à apresentação inicial, a biópsia renal não é realizada caso não haja fatores de risco sugerindo outras formas de SN. Todavia alguns pacientes com glomerulosclerose segmentar e focal e glomerulopatia membranoproliferativa também apresentarão resposta ao corticoide[27].

Em nossa série houve predomínio do sexo masculino e aproximadamente 50% responderam ao corticoide por tempo prolongado e 21,5% foram corticoresistentes. Aproximadamente 1/3 dos pacientes necessitaram de citotóxicos e metade da série está em uso de alguma droga após um tempo médio de seguimento de aproximadamente quatro anos. Estes dados mostram a dificuldade de manuseio destes casos.

Quando dividimos os pacientes de acordo com a idade quando da apresentação inicial utilizando cinco anos como ponto de corte, observamos melhor resposta no grupo com idade inferior a cinco anos. Provavelmente esta diferença de resposta se explica pela maior incidência de lesões mínimas em crianças com menos de cinco anos[4,7,19].

Observamos em nosso ambulatório 14% dos atendimentos devido à glomerulonefrite aguda, cuja principal apresentação é a síndrome nefrítica, sendo 54% masculinos com idade média de 10,1 anos. Devido à indisponibilidade de nefropediatra, estes casos foram atendidos em sua maioria na fase aguda durante internamento pela pediatria e nefrologia e aqueles com progressão para glomerulonefrite crônica encaminhados para outros serviços com disponibilidade de nefropediatria e serviço de diálise em crianças. Portanto, não temos mais informações evolutivas sobre este grupo. A principal causa de síndrome nefrítica é a GN pós-estreptocócica, nefropatia por IgA e a nefrite lúpica. A GN crônica ocorre com evolução lenta e é associada com hipertensão arterial e perda gradual da função renal[28].

Outros quadros sindrômicos observados neste estudo foram a hematúria, hipertensão arterial, estenose de junção ureteropélvica, acidose tubular renal e enurese, dentre outros.

CONCLUSÃO

Concluímos que infecção do trato urinário, nefrolitíase e glomerulonefrites foram os principais quadros sindrômicos atendidos em nossa região pela Nefrologia Geral em pacientes da faixa etária pediátrica.

ABSTRACT

BACKGROUND: Pediatric Nephrology is a specialty that treats diseases of the urinary tract in children and adolescents. The objective was to describe the main characteristics of pediatric patients with urinary tract diseases admitted to the General Nephrology Ambulatory of a University Hospital.

METHODS: This is a retrospective epidemiological study of demographic data and main diagnoses recorded in medical records of pediatric patients with kidney disease who were admitted between 1998 and 2010. Data were stored in a database in Microsoft Excel. Continuous variables were expressed as mean and standard deviation and relative frequency was calculated.

RESULTS: The charts of 476 patients were reviewed. The average age was between 8.5 and 10.6 years old and 204 (42.8%) were male. The main syndromes found were nephrolithiasis in 33.1% , urinary tract infection in 21.2%, severe glomerulonephritis in14.0% ,nephrotic syndrome in 10.7% and others in 22.5% of the patients.

CONCLUSION: Nephrolithiasis, urinary tract infection, acute glomerulonephritis and nephrotic syndrome were the main primary pediatric syndromes found in this study.

KEYWORDS: Nephrotic Syndrome; Nephrolithiasis; Urinary Bladder Diseases; Hematuria.

REFERÊNCIAS

1. Chan JC. Lessons from 20 years of leading a pediatric nephrology program. Nephron. 1998;78(4):378-88.
2. Hricik DE, Chung-Park M, Sedor JR. Glomerulonephritis. N Engl J Med. 1998 Sep 24;339(13):888-99.
3. Eddy A, Symons JM. Nephrotic syndrome in childhood. Lancet. 2003 Aug 23;362(9384):629-39.
4. McEnery PT, Strife CE. Nephrotic syndrome in childhood. Management and treatment in patients with minimal change disease, mesangial proliferation or focal glomerulosclerosis. Pediatr Clin North Am. 1982Aug;29(4):875-94.
5. ISKDC. Nephritic syndrome in children: prediction of histopathology from clinical and laboratory characteristics at time of diagnosis. A report of the International Study of Kidney Disease in Children. Kidney Int. 1978 Feb;13(2):159-65.
6. Baqi N, Singh A, Balachandra S, Ahmad H, Nicastri A, Kytinski S, et al. The paucity of minimal change disease in adolescents with primary nephrotic syndrome. Pediatr Nephrol. 1998 Feb;12(2):105-7.
7. Ingulli E, Tejani A. Racial differences in the incidence and renal outcome of idiophatic focal segmental glomeruloesclerosis in children. Pediatr Nephrol. 1991 Jul;5(4):393-7.
8. Pietrow PK, Pope JC, Adams MC, Shyr Y, Brock JW. Clinical outcome of pediatric stone disease. J Urol. 2002 Feb;167(2 Pt 1):670-3.
9. Miliner DS, Muphy ME. Urolithiasis in pediatric patients. Mayo Clin Proc. 1993 Mar;68(3):241-8.
10. Gearhart JR, Herzberg gz, Jeffs RD. Childhood urolithiasis: experiences and advances. Pediatrics. 1991 Apr;87(4):445-50.
11. Polinski MS, Kaiser BA, Baluarte HJ. Urolithiasis in childhood. Pediatr Clin North Am. 1987 Jun;34(3):683-710.
12. Levy FL, Adams-Huet B, Pak CY. Ambulatory evaluation of nephrolithiasis: an update of a 1980 protocol. Am J Med 1995 Jan;98(1):50-9.
13. Price E, Pallett A, Gilbert RD, Williams C. Microbiological aspects of the UK National Institute for health and clinical excellence (NICE) guidance on urinary tract infection in children. J Antimicrob Chemother. 2010 May;65(5):836-41.
14. Kim CM, Hhn HW, Lee BS, Park YS. Analysis of isolated proteinuria on school urinary mass screening. J Korean Soc Pediatr Nephrol. 2002 Apr;6(1):61-67.
15. Unwin RJ, Capasso G. The renal tubular acidosis. J R Soc Med. 2001 May;94(5):221-5.
16. Epstein FH. Mechanisms of disease. N Eng J Med. 1999; 340(2):1177-87.
17. Peres LA, Langer SS, Schmidt RC, Nacke RA, Francescon PV, Almeida RC, et al. Nefrolitíase em pacientes pediátricos: investigação metabólica e anatômica. J Bras Nefrol. 2011 Mar;33(1):50-4.
18. Peres LAB, Assumpção RAB. Síndrome nefrótica em crianças. Rev Med Res. 2010;12(3):124-9.
19. Storm DW, Patel AS, Koff SA, Justice SS. Novel management of urinary tract infections. Curr Opin Urol. 2011 Jul;21(4):328-33.
20. Schlager TA. Urinary tract infections in children younger than 5 years of age: epidemiology, diagnosis, treatment, outcomes and prevention. Paediatr Drugs. 2011;3(3):219-27.
21. Engel DL, Pope JC, Adams MC, Brock JW, Thomas JC, Tanaka ST. Risk factors associated with chronic kidney disease in patients with posterior urethral valves without prenatal hydronephrosis. J Urol. 2011 Jun;185(6 Suppl):2502-6.
22. Spivacow FR, Negri AL, del Valle EE, Calviño I, Fradinger E, Zanchetta JR. Metabolic risk factors in children with kidney stone disease. Pediatr Nephrol. 2008 Jul;23(7):1129-33.
23. Edvardsson V, Elidottir H, Indrıdason OS, Palsson R. High incidence of kidney stones in Icelandic children. Pediatr Nephrol 2005 Jul;20(7):940-4.
24. Ozokutan BH, Kucukaydın M, Gunduz Z, Kabaklioglu M, Okur H, Turan C. Urolithiasis in childhood. Pediatr Surg Int 2000;16(1-2):60-3.
25. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Tratamento das Glomerulopatias Primárias. J Bras Nefrol. 2005 Jun;27(2):10-18.
26. Abeyagunawardena AS. Treatment of Steroid Sensitive Nephrotic Syndrome. Indian J Pediatr. 2005 Sep;72(9):763-9.
27. Khanna R. Clinical presentation & management of glomerular diseases: hematuria, nephritic & nephrotic syndrome. Mo Med 2011 Jan-Feb;108(1):33-6.

Enviado em: 02/05/2012
Aprovado em: 30/06/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Luis Alberto Batista Peres
Rua São Paulo, 769, apart. 901- Centro
CEP 85801-020 – Cascavel / PR
peres@certto.com.br

Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil

Critical reflection of the physician labor market in Brazil

***Angela Lacerda*[1]**
***Angeline G. Massignan*[1]**
***Antonella Vinholi*[1]**
***João Carlos Simões*[2]**

RESUMO

A classe médica vem crescendo de maneira exponencial nas últimas décadas. Diante disso, torna-se necessária uma análise sobre as diversas possibilidades de inserção desses médicos no mercado de trabalho. Possibilidades essas que permeiam o trabalho liberal e assalariado, no âmbito privado e público. Em comparação com os séculos passados, é possível perceber que o mercado de trabalho do médico no Brasil sofreu alterações, ganhando flexibilidade, mas deixou de lado certa autonomia. Esses impasses e mudanças deram impulso à realização desse artigo, o qual se baseia na análise de diversos trabalhos outrora publicados.

DESCRITORES: Mercado de trabalho; Mudanças.

Lacerda A, Massignan AG, Vinholi A, Simões JC. Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p.193-199, jul./set. 2012.

Trabalho realizado na disciplina de História e Humanização da Medicina do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba, Paraná.

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

2. Professor Titular do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970, o número de médicos no Brasil vem ascendendo exponencialmente. Enquanto que, de 1970 a 2011, a população brasileira aumentou 104,8%, a classe médica teve um salto de 530% no mesmo período. Em 1970, havia 58.994 médicos no País; já em 2011, de acordo com o CRM, esse número já era 371.788[1].

Diante desse grande incremento profissional, torna-se necessária uma análise mais detalhada sobre as diversas possibilidades de inserção desses médicos no mercado de trabalho atual.

Congresso nacional dos práticos: um marco histórico

Até o final do século XIX e início do século XX, a atuação do médico se pautava num modelo estritamente liberal, em que o próprio médico estipulava não só o valor como também o tempo de duração de suas consultas. Além disso, a relação médico-paciente era mais individualizada: a intermediação de terceiros tais como outros profissionais da área da saúde, de aparatos tecnológicos e de instituições, como por exemplo o Estado, eram praticamente inexistentes.

No início do século XX, marcado pela crescente urbanização, industrialização e expansão da classe operária, foi sendo introduzido na economia um modelo cada vez mais assalariado. A gradativa influência estatal também tocou o âmbito da saúde, atenuando o modelo liberal até então vigente. Nesse contexto surgiu, em 1922, o Congresso Nacional dos Práticos, realizado no Rio de Janeiro, que visava a um debate sobre a reestruturação do campo de trabalho do médico no Brasil[2].

De um lado, essa reestruturação era bem-vinda, uma vez que os médicos poderiam ter uma renda fixa. Além disso, a grande parcela populacional, antes excluída do modelo liberal de saúde, passaria a ter acesso ao novo sistema. Por outro lado, acreditava-se que o assalariamento prejudicaria a autonomia, independência e autoridade médica, dados os tabelamentos de preços das consultas. Acreditava-se também que estabelecimentos públicos de saúde poderiam captar a clientela privilegiada que até então se consultava com os médicos liberais, restringindo o mercado de trabalho.

O relator do Congresso Nacional dos Práticos, o Dr. Felício Torres, afirmou que: "A profissão médica atravessa no momento atual uma crise. (...) A medicina perde aos poucos o seu caráter de profissão liberal. O velho médico vivendo exclusivamente e isoladamente da sua atividade clínica vai desaparecendo diante da burocratização profissional, promovida pelo Estado e do assalariamento pelas grandes empresas e pelos sindicatos operários[3]. Estaria mesmo a profissão médica em crise? O que mudou desde então?

O mercado de trabalho médico do século XXI: análise numérica atual

Na década de 1990, o número de médicos ativos no Brasil era de 92,6%. Em 2004, de acordo com o CFM[4], esse número já correspondia a 98,3% da classe médica, revelando o quase inexistente desemprego que vem permeando a profissão.

Outra característica desse mercado é a má distribuição dos médicos em âmbito nacional. De um modo geral, o que se observa é uma grande disparidade quantitativa a patamares interestadual – com uma maior concentração na região Sudeste (55%)[5] – e intraestadual, com uma maior densidade médica nos grandes centros em relação às periferias. Estima-se, por exemplo, que cerca de 20% da população

brasileira habita as capitais, e que 60% dos médicos trabalham nelas[1].

Sob a justificativa de atenuar tal heterogeneidade, vem sendo realizada nos últimos anos a ampliação de novas vagas para o curso de Medicina, bem como o aumento do número de instituições de ensino. Enquanto que, na década de 90, havia 103 instituições médicas no país, hoje contamos com pelo menos 188 cursos de Medicina[6]. Além disso, em junho de 2012, o Governo anunciou a abertura de 2.415 novas vagas em escolas médicas no País até o ano de 2014[7].

Como consequência disso – baixo índice de desemprego, má distribuição médica e expansão do número de vagas para o ensino superior –, o mercado de trabalho médico no País tende a gradativamente insuflar, dificultando o ingresso de novos profissionais.

Categorias de inserção do médico no mercado de trabalho

Segundo estudo de Campos (1988), a partir das definições originais de Donnangelo (1975), existem três principais formas de inserção dos médicos no mercado de trabalho contemporâneo: o médico liberal, o assalariado e o proprietário[8,9].

- O trabalho liberal: é uma tipologia de mercado que abrange quase 80% dos médicos[10], sendo caracterizado principalmente pela atuação em consultórios. Estes, que representam o segundo setor mais importante onde os médicos exercem sua profissão no Brasil, perdem apenas para o setor público. Sabe-se ainda que cerca de 70% dos médicos que trabalham em consultórios já possuem uma carreira consolidada[1]. A prática liberal pode apresentar dois tipos de médicos: os que possuem vínculos com convênio e os que não possuem.

No primeiro caso, o médico recebe um valor predeterminado pela empresa, na medida em que presta atendimento aos pacientes credenciados a ela. A maior vantagem é a garantia ao médico de uma clientela, evitando possíveis prejuízos pela falta de rotatividade de pacientes. De acordo com o CFM, 75% dos médicos trabalhavam com algum tipo de convênio, e cerca de 80% das consultas mensais são realizadas por meio de planos de saúde.

As maiores desvantagens dessa associação médico-convênio residem no fato de que o profissional fica passivo aos interesses da empresa, tais como tabelamentos dos valores de consulta e exigências burocráticas. Como consequência, há um nivelamento dos profissionais e diminuição da autonomia médica. Nota-se, portanto, que apesar da nomenclatura "trabalho liberal" ainda ser utilizada, neste caso seu uso é contraditório, já que há uma efetiva intermediação entre médico e paciente.

Já o não conveniamento pode ser fruto de um conflito existente entre a especialidade médica e o convênio. Especialidades podem ser excluídas por questões econômicas, uma vez que, por demandarem alta tecnologia, consultas frequentes e tratamentos a longo prazo, poderiam representar possíveis custos adicionais às empresas. A não adesão pode advir também como uma opção do próprio médico, que resguarda o direito de não se submeter aos planos de saúde, preservando sua autonomia.

- O trabalho assalariado: trata-se do principal empregador de serviços médicos no Brasil, caracterizado por haver um vínculo entre a instituição contratante, como hospitais e ambulatórios, e a força de trabalho médico. Essa relação, que nem sempre obedece às normas trabalhistas, também pode ser subdividida em duas categorias: pública e particular.

O setor público é caracterizado por abranger

hospitais (56,6%), ambulatórios (9,2%), postos de saúde (14,3%) e unidades de postos do Programa Saúde na Família (4,9%)[4]. A força de trabalho é predominantemente jovem, formada principalmente por residentes e médicos em fase de consolidação profissional. De modo geral, o setor público atua nas especialidades básicas de saúde, como clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia e cirurgia geral.

A grande procura dos médicos por este setor é sustentada pela oferta de salários fixos e pela garantia de direitos trabalhistas, uma vez que a relação é formal. É nessa categoria que se encontra o principal empregador público: o Sistema Único de Saúde (SUS).

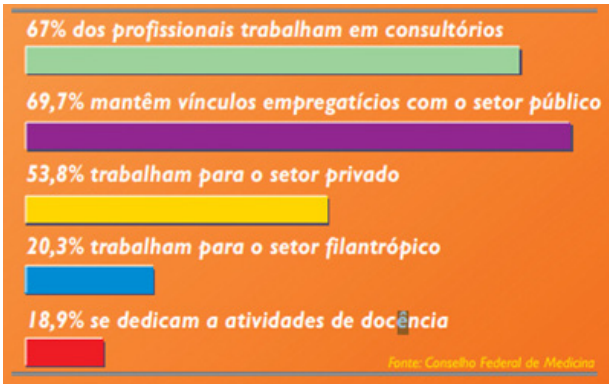
Já o setor privado adota um modelo hospitalar de médio e pequeno porte. Por ser um ambiente com médicos mais experientes, a faixa etária médica é mais elevada. O bom aparato tecnológico e a assistência hospitalar mais sofisticada e melhor estruturada acabam por captar profissionais mais especializados, como por exemplo cirurgiões e anestesistas. Os vínculos empregatícios tendem a ser mais informais e mais flexíveis. Nesse setor, observa-se que o trabalho dos médicos é realizado principalmente em instituições com convênios exclusivos com planos privados de saúde (48,2%) e na conjunção de convênio com o SUS e com os planos privados de saúde (28,7%). As instituições exclusivamente particulares continuam sendo a terceira modalidade mais mencionada pelos médicos (12,2%)[4].

- O médico-proprietário: segmento reduzido e privilegiado da profissão, o médico-proprietário, ou médico-empresário, é aquele que exerce tanto a função de empregador como a de trabalhador. Assim, pode ser considerada a forma de inserção no mercado de trabalho médico que mais se aproxima do liberalismo profissional vigente até o início do século XX.

O fato de quase 80% dos médicos-empresários terem menos de 50 anos permite concluir que se trata de um fenômeno relativamente atual. Também é notável observar que se busca dar continuidade ao empreendimento familiar, uma vez que 50% desses empresários possuem pais ou parentes médicos[10].

Perfil do médico brasileiro

Ainda de acordo com a pesquisa "Perfil do Médico Brasileiro",,realizada pelo CFM, de 2001 a 2003, com cerca de 14.500 médicos[4]:



Fonte: Conselho Federal de Medicina, 2004.

Multiemprego

A crise que o Dr. Felício Torres previa em 1922 só não se agravou até os dias atuais porque a classe médica vem atuando de forma multiempregatícia. O medo que os profissionais liberais do século XX tinham de perder sua clientela para o Estado foi solucionado com o angariamento de vários postos de trabalho.

Observa-se que o médico tende a possuir – cada vez mais – diversos vínculos empregatícios. De 1996 a 2004, especificamente, os que indicaram realizar quatro atividades passaram de 15,9% para 16,7%; aqueles com cinco atividades eram 6,1% e agora são 7,4%; e, finalmente, os que mencionaram seis ou mais atividades praticamente duplicaram, de 2,4% para 4,1%[4].

Ou seja, dificilmente o médico pertence a um único posto de trabalho, o que comprova a dinamicidade e flexibilidade que o decorrer dos anos trouxe a essa profissão.

A atividade de docência é um dos setores compreendidos nesse vínculo multiempregatício. Isso porque apenas 14,1% dos médicos indicam ser exclusivamente docentes; os demais 85,9% que têm atividades deste tipo a dividem com o exercício da profissão médica[4].

Especialidades e residência

Após a conclusão do curso de graduação, os egressos podem optar por diferentes caminhos. O mais requisitado deles é a residência médica, que teve sua origem nos Estados Unidos, no John's Hopkins Hospital, em 1889. Atualmente, sabe-se que, de acordo com a especialidade escolhida, a dificuldade de ingressar no programa de residência é variável. Isso acaba por modelar o mercado de trabalho médico,

Médicos especialistas, segundo especialidade e média de idade – Brasil, 2011

	Especialidade	Média (anos)	Nº
1	Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial	57,09	1.122
2	Medicina Legal e Perícia Médica	56,63	310
3	Angiologia	56,00	275
4	Homeopatia	55,53	1.754
5	Medicina de Tráfego	54,25	1.836
6	Medicina do Trabalho	53,97	8.898
7	Medicina Física e Reabilitação	53,35	562
8	Cirurgia Pediátrica	50,40	898
9	Nutrologia	50,19	683
10	Acupuntura	50,16	1.790
11	Medicina Esportiva	50,00	403
12	Medicina Preventiva e Social	49,89	932
13	Pneumologia	49,34	1.974
14	Gastroenterologia	49,15	2.105
15	Coloproctologia	48,85	860
16	Psiquiatria	48,56	6.972
17	Urologia	48,47	3.220
18	Neurologia	48,28	2.610
19	Alergia e Imunologia	48,11	759
20	Cirurgia Cardiovascular	48,00	1.091
21	Cardiologia	47,99	8.617
22	Ginecologia e Obstetrícia	47,78	22.525
23	Cirurgia Plástica	47,77	3.989
24	Cirurgia Torácica	47,65	486
25	Anestesiologia	47,56	14.621
26	Endoscopia	47,56	1.044
27	Reumatologia	47,55	1.230
28	Hematologia e Hemoterapia	46,95	1.408
29	Nefrologia	46,90	2.196
30	Radioterapia	46,76	437
31	Neurocirurgia	46,60	2.051
32	Pediatria	46,46	26.897
33	Patologia	46,15	1.704
34	Medicina Intensiva	45,82	2.438
35	Geriatria	45,54	709
36	Otorrinolaringologia	45,46	4.588
37	Endocrinologia e Metabologia	45,24	2.527
38	Ortopedia e Traumatologia	45,14	9.421
39	Mastologia	44,93	664
40	Radiologia e Diagnóstico por Imagem	44,91	7.136
41	Medicina Nuclear	44,88	495
42	Oftalmologia	44,79	9.170
43	Cirurgia Vascular	44,68	1.859
44	Dermatologia	44,58	5.058
45	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	44,13	378
46	Cirurgia do Aparelho Digestivo	44,08	1.050
47	Cancerologia	43,87	1.441
48	Cirurgia Geral	42,78	13.423
49	Genética Médica	42,68	153
50	Cirurgia da Mão	42,20	201
51	Infectologia	41,72	2.017
52	Medicina de Família e Comunidade	39,51	2.604
53	Clínica Médica	37,55	10.485

Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2011.

uma vez que há poucas vagas e muitos candidatos. Consequentemente, a parcela excludente desse grupo será absorvida em outros âmbitos do mercado de trabalho, tais como em cursos de especialização e em estágios.

Dentre as especialidades mais procuradas, destacam-se a Pediatria (13,31%), Ginecologia e Obstetrícia (11,15%), Anestesiologia (7,25%) e Cirurgia Geral (6,65%)[1], como pode ser observado na tabela na página anterior.

O "estado invisível"

A intromissão do Estado pode ser percebida em todas as esferas da profissão médica, inclusive nas restritas ao setor privado, como em clínicas, hospitais e consultórios particulares. Entretanto, essa intromissão é invisível, na medida em que a relação econômica do Estado com o setor privado é indireta. Ocorre que, por meio da renúncia fiscal das despesas médico-hospitalares do Imposto de Renda, o próprio setor privado acaba sendo financiado pelo Estado, e assim, atrela-se a ele.

CONCLUSÃO

Desde a década de 1920, alterações na realidade médica puderam ser mais facilmente observadas. Previa-se uma crise pautada em mudanças econômicas e de autonomia. Ou seja, o médico, até então liberal, poderia perder parte de sua clientela para o Estado, ter o valor de suas consultas tabelado e submeter-se a uma série de exigências burocráticas.

Hoje percebemos que o assalariamento da profissão realmente ocorreu, assegurando o proferimento do Dr. Felício Torres. Entretanto, não acarretou em perdas salariais efetivas para essa elite profissional, pois os multiempregos compensaram, de certa forma, o tabelamento dos preços estipulado pelo Estado e, a partir da década de 60, pelos convênios.

Além do assalariamento, observa-se atualmente um mercado de trabalho médico inchado e sobrecarregado, fruto de uma má distribuição de profissionais resultado das diferentes possibilidades de pós-graduação , de altos índices empregatícios e de uma grande quantidade de recém-formados. Pode ser dividido em três principais categorias: assalariada, liberal e empresarial, sendo a primeira delas a principal forma de inserção profissional do médico.

As tipologias do mercado de trabalho médico, juntamente com a possibilidade dos multiempregos, são responsáveis pela dinamicidade e complexidade da profissão, fazendo com que o exercício laboral possa sofrer inúmeras configurações. Percebe-se assim a importância do delineamento histórico para a posterior compreensão das áreas de atuação do médico no País.

ABSTRACT

The medical profession has grown exponentially in recent decades. Therefore, it becomes necessary to analyze the different possibilities of inserting these doctors in the market. Possibilities in which permeate the liberal and waged work, both in public and in private. Compared to the past centuries, one can see that the doctor's job market in Brazil has changed, gaining flexibility, but leaving aside certain autonomy. These impasses and changes gave impetus to the realization of this article, which is based on the analysis of several previously published studies.

KEYWORDS: Labor Market; Changes.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. Demografia médica no Brasil: Dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo; 2011.
2. Pereira Neto AF. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro; 1995.
3. Pereira Neto AF. Palavras, intenções e gestos: os interesses profissionais da elite médica : Congresso nacional dos práticos (1922). Clio Edições Eletrônicas: Juiz de Fora; 2002.
4. Conselho Federal de Medicina. O Médico e o seu rabalho: Aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília; 2004.
5. AMB – Associação Médica Brasileira. CFM divulga dados sobre a concentração de médicos no Brasil [acesso em 3 agosto 2012]. Disponível em: www.amb.org.br
6. Instituto Salus. Número de cursos de Medicina no Brasil cresce 82% em duas décadas [acesso em 03 agosto 2012]. Disponível em: www.institutosalus.com
7. CFM – Conselho Federal de Medicina. CFM condena decisão do Governo de abrir mais vagas em cursos de Medicina [acesso em 6 agosto 2012]. Disponível em: www.portal.cfm.org.br
8. Campos CWS. Os médicos e a política de saúde. Hucitec: São Paulo; 1988.
9. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: O Médico e o seu mercado de trabalho. Pioneira: São Paulo; 1975.
10. Machado MH. Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade. Fiocruz: Rio de Janeiro; 1996.

Recebido em: 20/05/2012
Aprovado em: 31/07/2012
Conflito de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
João Carlos Simões
Rua Nicolau J. Gravina, 65
82010-020 – Curitiba / PR
drjcs@uol.com.br

Divertículo de Meckel, enterorragia severa: relato de caso

Meckel diverticulum, massive gastrointestinal bleeding: a case report

***Karla Rocha Penteado*[1]**
***Fernanda Bizinelli*[2]**
***Júlio César Souza Lobo*[3]**
***Sérgio Ossamu Ioshii*[4]**
***Fabrício Machado Marques*[5]**
***Fernando Issamu Tabushi*[6]**
***Benur Polonio*[7]**

RESUMO

Relatamos o caso de paciente adulto com hemorragia digestiva severa causada ulceração em divertículo de Meckel. Este paciente foi atendido no serviço de urgência e emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Relato do caso: Paciente masculino, adulto, apresentou enterorragia com instabilidade hemodinâmica. Após reposição volêmica e estabilização, realizou-se esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia e arteriografia sem se conseguir identificar a etiologia do sangramento. O diagnóstico foi feito com a laparotomia e enteroscopia intraoperatória (vaso sangrante em ulceração no interior do divertículo com mucosa gástrica). Realizou-se ressecção de um segmento de íleo terminal contendo o divertículo e anastomose término-terminal com boa evolução. Apresenta-se uma revisão da literatura sobre o tema. Concluímos que os casos de hemorragia digestiva baixa severa, sem dor, em adultos, o diagnóstico de divertículo de Meckel deve ser considerado.

DESCRITORES: Divertículo Ileal; Hemorragia Gastrointestinal.

Penteado KR, Bizinelli F, Lobo JCS, Ioshii SO, Tabushi FI, Polonio B. Divertículo de Meckel, enterorragia severa: relato de caso. Rev Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p.200-204, jul./set. 2012.

Trabalho realizado no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba. Paraná.

1. Médico Residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.
2. Médico Residente de Gastroenterologia do HC-UFPR.
3. Médico Gastroenterologista do HC-UFPR.
4. Professor Adjunto de Patologia da UFPR.
5. Médico Residente de Patologia da UFPR.
6. Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo do Hospital Vita Curitiba.
7. Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, SUE, HC-UFPR.

INTRODUÇÃO

O divertículo de Meckel acomete aproximadamente em 2% da população geral, em uma proporção de dois homens para cada mulher, sendo considerada a malformação congênita mais comum do trato gastrointestinal[8]. Essa anomalia foi descrita pela primeira vez em 1598 por Wilhelm Fabricius Hildanus, mas só recebeu a nomenclatura de Divertículo de Meckel em 1809, quando Johann Friedrich Meckel descreveu sua anatomia e embriologia[5]. É considerado um divertículo verdadeiro por apresentar todas as camadas da parede intestinal e tem sua origem nas cinco a sete primeiras semanas fetais devido a uma obliteração incompleta do ducto vitelínico ou onfalomesentérico. Em geral se apresenta como uma evaginação pequena, de boca larga na borda antimesentérica do íleo terminal localizando-se a 40-60 cm da válvula ileocecal.

O divertículo contém mucosa, submucosa e muscular própria, sendo que o revestimento mucoso pode ser semelhante ao do íleo terminal ou, como ocorre em 50% dos casos, pode apresentar tecido ectópico, como mucosa gástrica, colônica, jejunal, duodenal ou tecido pancreático. Seu suprimento sanguíneo se dá por ramos terminais da artéria mesentérica superior.

A maioria dos pacientes que apresentam divertículo de Meckel é assintomático e os demais geralmente apresentam sintomas na infância (<2 anos). A manifestação clinica mais comum é o sangramento gastrointestinal que ocorre normalmente por ulceração péptica na margem da mucosa gástrica ectópica. Outros sintomas reportados são diverticulite, obstrução intestinal por volvo, intussucepção ou hérnia de Littré[3,5,7,8,9,10].

O diagnóstico desta patologia é dificilmente estabelecido no pré-operatório, sendo na maioria das vezes um achado intraoperatório em laparotomia realizada por outro motivo. O exame contrastado do intestino delgado pode evidenciar o divertículo e os exames de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome podem identificar massa na topografia de íleo distal, que corresponde ao divertículo com mucosa ectópica. O exame com melhor acurácia para identificação do divertículo de Meckel é a cintilografia com tecnécio-pertecnetato de sódio, que apresenta captação pela mucosa gástrica ectópica. Em pacientes que se apresentam na emergência com hemorragia digestiva baixa, é importante a realização de exames para identificação do foco de sangramento, investigação de outras patologias mais comuns que a apresentada. Neste contexto pode ser realizada a esofagogastroduodenoscopia (EDA), colonoscopia, arteriografia, cintolografia e enteroscopia com duplo-balão ou intraoperatória[2,4,5,6].

RELATO DE CASO

Paciente, masculino, de 21 anos de idade, sem comorbidades prévias, foi admitido no Pronto Atendimento com quadro de enterorragia volumosa com 12 horas de evolução, associado a fraqueza, sonolência e taquicardia, sem dor abdominal. O mesmo referia histórico de episódio de melena em pequena quantidade há quatro anos, que havia cessado espontaneamente, não tendo sido realizada investigação criteriosa para elucidação diagnóstica. Após se realizar a reposição volêmica com transfusão de concentrados de hemácias e soluções cristaloides, ocorreu estabilização hemodinâmica. Realizou-se EDA (normal) e colonoscopia (mostrou grande quantidade de coágulos intraluminar, não sendo possível realizar a ileoscopia), não se identificando o foco do sangramento.

Foi realizada a arteriografia, porém, apesar do paciente ter apresentado enterorragia volumosa, o exame foi normal.

O paciente foi levado a laparotomia exploradora (sendo previsto enteroscopia trans-operatória). O mesmo persistia com instabilidade hemodinâmica e manutenção de enterorragia. Na laparotomia foi identificado sangue em todo colon e intestino delgado até 40 cm do ângulo de Treitz. Encontrou-se um divertículo de Meckel na borda antimesentérica do íleo terminal a 60 cm da válvula ileoccecal. Realizou-se uma enterotomia a 50 cm da válvula ileocecal e, ao adentrar o divertículo com o colonoscópio, foi identificada na porção distal do mesmo, área ulcerada de 1 cm de diâmetro e vaso com sangramento ativo no seu interior (**Figura 1** e **Figura 2**).

Figura 1. Divertículo de Merkel -peça operatória.

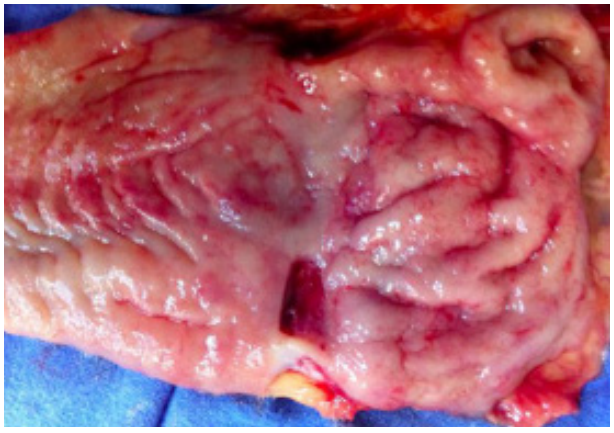


Figura 2. Divertículo de Meckel, peça aberta, local úlcera/vaso sangrante, transição mucosa ileal e mucosa ectópica.

Foi realizada enterectomia segmentar de aproxidamente 10 cm, englobando um segmento de intestino delgado com a área do divertículo e anastomose término-terminal manual. Desde a admissão até o final do procedimento cirúrgico, o paciente foi politransfundido, recebendo no total 11 concentrados de hamácias, 2.200ml de plasma fresco, cinco unidades de plaquetas e quatro unidades de crioprecipitado. O paciente apresentou boa recuperação, obtendo alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório em bom estado geral.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou: enterectomia com foco de metaplasia gástrica na margem distal, compatível com divertículo de Meckel, além de área focal de extravasamento hemático e solução de continuidade da mucosa (**Figura 3** e **Figura 4**).

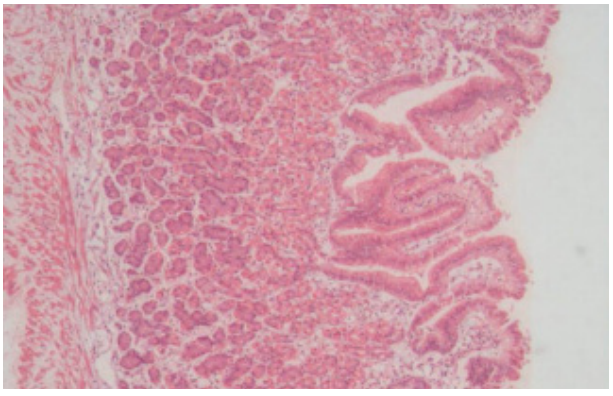


Figura 3. Imagem microscópica, corada em H.E x 100, mostrando mucosa gástrica ectópica.

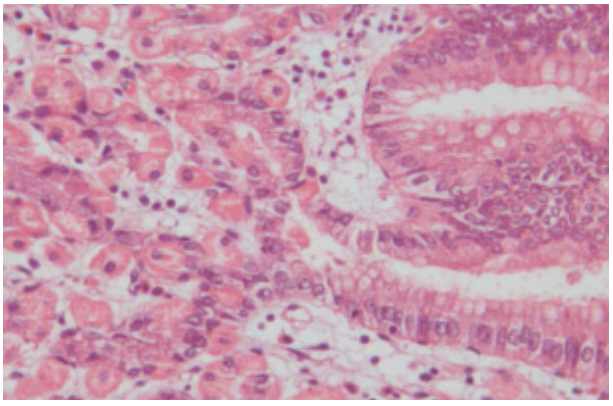


Figura 4. Imagem microscópica, corada em H.E.X400, mostrando mucosa gástrica ectópica.

DISCUSSÃO

Até o momento, mais de 3.500 artigos foram publicados na literatura sobre o assunto, com destaque para o artigo publicado pela Mayo Clinic, que identificou 1.476 casos de divertículo de Meckel encontrados durante cirurgias abdominais de 1950 a 2002. Neste artigo, a maioria dos pacientes permaneceu assintomática durante toda a vida, sendo somente 16% sintomáticos e, dentre eles, o sintoma mais comum foi hemorragia (38%), seguido de obstrução (34%) e diverticulite (28%)[5,9]. A principal causa de sangramento é a produção de ácido pela mucosa gástrica ectópica, gerando ulceração e sangramento, fisiopatologia esta que foi observada no caso relatado. Sabe-se que as complicações dos portadores de divertículo de Meckel são mais comuns na infância e a incidência decresce com o aumento da idade, sendo incomum a ocorrência de sangramento em pacientes adultos.

No caso relatado foi realizada investigação da enterorragia com esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia e arteriografia, que se mostraram normais. O diagnóstico foi feito somente no ato cirúrgico com auxílio de laparotomia e enteroscopia intraoperatória, que identificou sangramento proveniente de um vaso sangrante em área ulcerada no interior do divertículo de Meckel.

O divertículo de Meckel, apesar de ser causa incomum de sangramento digestivo baixo em adultos jovens, deve ser suspeitada principalmente em casos de sangramento digestivo baixo sem dor abdominal[1,5,9].

ABSTRACT

We report the case of an adult patient with severe gastrointestinal bleeding caused ulceration in Meckel's diverticulum. This patient was treated in the emergency and rescue HC-UFPR. Case report: Male patient, adult, rectal bleeding presented with hemodynamic instability. After volume resuscitation and stabilization, an esophagogastroduodenoscopy was performed, colonoscopy and arteriography without succeeding in identifying the etiology of the bleeding. The diagnosis was made with laparotomy and intraoperative enteroscopy (bleeding vessel in ulceration within the diverticulum with gastric mucosa). A resection of a segment of ileum containing the diverticulum and end to end anastomosis was performed with good outcome. There is a review of literature on this subject. We concluded that in cases of severe lower gastrointestinal bleeding in adults, presenting no pain, the diagnosis of Meckel's diverticulum should be considered.

KEYWORDS: Meckel diverticulum; hemorrhage.

REFERÊNCIAS

1. Baumgartner FJ, White GH, Colman PD, Marcus C, Salahi W. Bleeding Meckel´s diverticulum in an adult. J Natl Med Assoc. 1990 Aug;82(8);585-8.
2. Ferro SM, Correia JM, Pereira AD, Chaves P, Casaca R, Leitao CN. Divertículo de Meckel: diagnóstico por enteroscopia de duplo balão. J Port Gastrenterol. 2010 Mar-Abr;17(2);65-8.
3. Kopácová M, Vykouril L, Vacek Z, Tycová V, Bártová J, Rejchrt S, Bures J. Inverted Meckel's Diverticulum with ectopic pancreatic tissue as a source of severe gastrointestinal bleeding. J Gastrointest Surg. 2010 Mar;14(3);578-81.
4. Martins MVDC, Duarte JGC, Martin HS. Tratamento Videolaparoscópico da Hemorragia Digestiva por Divertículo de Meckel. Rev Bras Videocir. 2004 Jan-Mar;2(1);28-30.
5. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel Diverticulum: The Mayo Clinic Experience With 1476 Patients (1950–2002). Ann Surg. 2005 Mar;241(3);529–33.
6. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med. 2006 Oct;99(10);501-5.
7. Sharma RK, Jain VK. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. World J Emerg Surg. 2008 Aug 13;3:27.
8. Tang S, Zaidi A. The trouble with investigating anaemia in young adults: bleeding from a giant Meckel's diverticulum without ectopic gastric mucosa. Ann R Coll Surg Engl. 2009 Mar;91(2):W15-7.
9. Vallicelli C, Coccolini F, Catena F, Ansaloni L, Montori G, Di Saverio S, et al. Small bowel emergency surgery: literature´ s review. World J Emerg Surg. 2011 Jan 7;6(1):1.
10. Yang JF, Sun LM, Wang XF, Dai N. Massive gastrointestinal bleeding from Meckel diverticulum with ectopic pancreatic tissue. Chin Med J (Engl). 2011 Feb;124(4):631-3.

Recebido em: 25/07/2012
Aprovado em: 12/08/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Benur Polonio
Rua dos Araças, 200
CEP 83327-118 – Pinhais / PR
benurpolonio7@gmail.com

Síndrome de Eagle: relato de caso

Eagle's syndrome: a case report

***Ricardo Auricchio*[1]**
***William A. Casteleins*[1]**
***Alan Motter*[1]**
***Diogo F. Dias*[1]**
***João Carlos Simões*[2]**
***Ana Driessen*[3]**

RESUMO

A síndrome de Eagle caracteriza-se por dor craniofacial e cervical provocada pelo alongamento do processo estilóide ou calcificação do ligamento estilo-hioide. Apresentamos o caso de um homem de 56 anos de idade com cervicalgia há 42 anos e diagnóstico de Síndrome de Eagle. A tomografia computadorizada confirmou a suspeita clínica e o paciente foi encaminhado para cirurgia de ressecção obtendo melhora completa dos sintomas.

DESCRITORES: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Dor Facial; Sintomas.

Auricchio R, Casteleins WA, Motter A, Dias DF, Simões JC, Driessen A. Síndrome de Eagle: relato de caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p.205-209, jul./set. 2012.

Trabalho realizado no Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e na disciplina de Oncologia do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná – Curitiba, Paraná.

1. Médicos residentes do programa de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Evangélico de Curitiba.

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

3. Acadêmica de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná e estagiária do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Eagle foi descrito em 1937(1). Caracteriza-se por dor craniofacial e cervical provocada pelo alongamento do processo estilóide ou calcificação do ligamento estilo-hioide[2].

A apófise estilóide é uma projeção do osso temporal, alongada, cilíndrica e pontiaguda que se origina ântero-medialmente ao processo mastóide. Localiza-se posteriormente a faringe, entre as artérias carótidas externa e interna[3]. Em condições normais, seu comprimento varia de 2 a 3 cm, a partir dos 4 cm é considerado alongado com uma maior propensão de provocar sintomas[3].

Sua etiologia permanece desconhecida[2] com uma incidência maior no sexo feminino, em idade superior a 30 anos e sem predisposição para uni ou bilateralidade[3]. Quando ocorre ossificação bilateral não necessariamente os dois processos são simétricos[11].

Cerca de 4% da população apresenta o processo estiloide alongado, entretanto, somente de 4-10% destes são sintomáticos[2]. Entre os principais sintomas destacam-se dor referida para garganta, língua, olhos, terço médio da face, articulação temporomandibular e ouvido. Os sintomas parafaríngeos incluem sensação de corpo estranho, disfagia, dificuldade de abertura bucal, dificuldade de fonação, sensação de queimação, parestesia, sialorreia, odontalgia e restrição de movimento da cabeça. Sintomas auditivos como surdez e zumbido e distúrbios visuais podem estar presentes[4,5].

O diagnóstico é baseado no exame clínico e radiológico. A palpação da fossa tonsilar pode indicar um alongamento da apófise estiloide, uma vez que é impalpável no seu tamanho normal. A utilização de provas de imagem, como a radiografia de crânio e a Tomografia Computadorizada, são importantes na confirmação do diagnóstico da síndrome de Eagle[9]. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico e ocorre na dependência da intensidade dos sintomas. Para dor leve é recomendado tratamento com analgésicos, anti-inflamatórios não hormonais e infiltração local com corticoide ou anestésico. Nos casos de dor intensa ou refratária a cirurgia com ressecção da apófise estiloide tem sido a melhor opção[10,12].

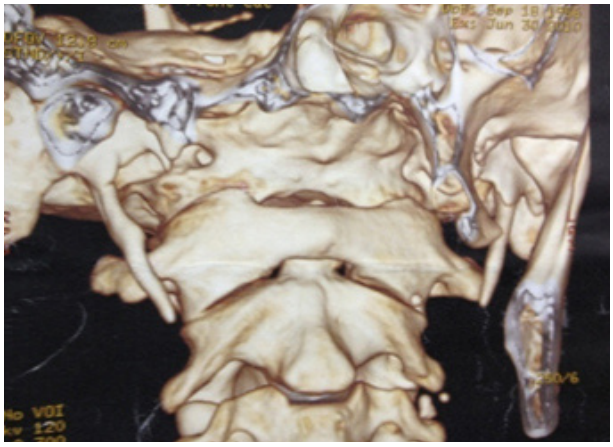
RELATO DE CASO

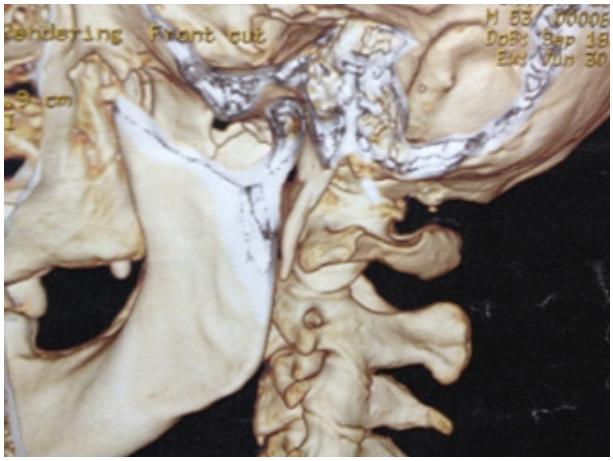
Paciente masculino de 56 anos de idade, trabalhador rural, procurou atendimento médico, em maio de 2012, no serviço de Oncologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, com queixa de cefaleia holocraneana e cervicalgia acentuada. Refere início da dor há 42 anos e histórico de tratamento prévio com analgésicos e anti-inflamatórios sem alívio. Relata piora clínica gradativa da cervicalgia há um ano associada ao quadro de hipoacusia bilateral.

Ao exame físico o paciente mantinha pescoço ereto como posição antiálgica e apresentava dor difusa à palpação dos processos estiloides bilateralmente. Quando procedia a manobra de abrir a boca, conforme a posição, podia se ouvir um ruído de osso contra o ramo horizontal da mandíbula. A audiometria demonstrou perda auditiva neurossensorial, com queda em rampa em ambos os ouvidos.

Como prova diagnóstica foi solicitado ressonância magnética, que sugeriu uma tomografia multislice com reconstrução 3D pela melhor visualização de estruturas da base do crânio. Foi evidenciado um alongamento dos processos estiloides bilateralmente, à direita medindo 4,8 cm e à esquerda 4,1 cm, caracterizando síndrome de Eagle (**Figura 1**).

O paciente foi encaminhado para cirurgia. Foi realizada cervicotomia longitudinal, na borda do músculo esternocleidomastoideo de aproximadamente 5 cm. Diérese da pele, tela subcutânea e músculo Platisma. Dissecção dos planos musculares profundos com afastamento do músculo digástrico e identificação da artéria carótida externa e interna. Após o acesso à apófise estiloide ela foi fraturada na sua base e retirada (**Figura 2**). A evolução no pós-operatório foi normal com alta hospitalar em 24 horas. Na avaliação, após um mês de acompanhamento, refere ausência de cervicalgia ou cefaleia e maior mobilidade de rotação e flexão da cabeça.





Figuras 1a-1b. Estudo de Tomografia Computadorizada evidencia processo estiloide alongado caracterizando síndrome de Eagle.

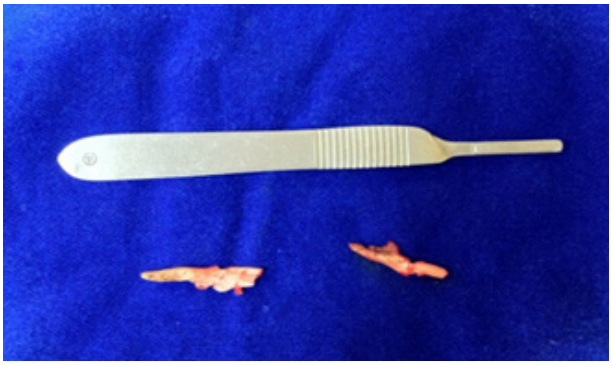


Figura 2. Aspecto da peça operatória retirada.

DISCUSSÃO

A síndrome de Eagle, pode ser alocada em duas categorias clínicas: síndrome de Eagle clássica e síndrome da artéria carótida-apófise estiloide. A síndrome de Eagle clássica apresenta-se com dor contínua na faringe que piora durante a deglutição e irradia frequentemente para o ouvido ipsilateral. Apresenta salivação intensa, desconforto e engasgo à deglutição e impressão de corpo estranho na garganta. A dor foi atribuída ao processo de cicatrização presente após amigdalectomia ou trauma cervical e pode ocorrer em qualquer idade[1]. Acredita-se que a dor seja devido à distorção e compressão das terminações nervosas sensitivas e motoras dos pares cranianos V, VII, IX e X[3,8].

A síndrome da artéria carótida-apófise não tem relação com amigdalectomia e ocorre devido à compressão da artéria carótida interna e externa, resultando na estimulação da cadeia simpática presente na parede destes vasos. Os sintomas resultantes são cefaleia temporal ou frontal, otalgia, tontura, zumbido, podendo também ocorrer síncope e perda visual. Os sintomas estão relacionados com a inervação dos músculos que se inserem no processo estiloide: estilofaringeo, inervado pelo IX par craniano, o estilo-hioide, inervado pelo VII e o estiloglosso, inervado pelo XII par[3,6].

O alongamento da apófise estiloide pode ser classificada radiograficamente em três tipos:

Tipo I: alongada, com contínua e integra mineralização do complexo;

Tipo II: pseudoarticulada, o processo estiloide se articula com os ligamentos estilomandibular e estilo-hioide, por uma única pseudoarticulação; e

Tipo III: segmentada, caracterizado pela falta de contiguidade de mineralização do processo ou do ligamento estilohioide[13,14](**Figura 3**).

Esta classificação proposta por Langlais et al. em 1986, é importante devido ao variável grau de calcificação e apresentação do complexo estilohioideo e do seu potencial para causar sintomas clínicos. Além disso, as variações anormais do processo estiloide e do ligamento estilohioideo podem apresentar obstáculos anatômicos nos procedimentos cirúrgicos locais, como também nas tonsilectomias[15,16].

O diagnóstico diferencial deve incluir as possíveis causas de dor na região de cabeça e pescoço, com destaque para disfunções da articulação temporomandibular, artrite cervical, otite, mastoidite, arterite temporal, dor miofascial, faringoamigdalite crônica, enxaqueca, tumores faringeanos ou da base da língua e neuralgias do trigêmeo, do glossofaríngeo, do laringeo superior e do esfenopalatino[7]. O tratamento cirúrgico é mais efetivo e pode ser realizado intra ou extraoral. O acesso extraoral tem sido o mais utilizado classicamente pela melhor visualização de estruturas vasculares e reduzida possibilidade de iatrogenia, infecção ou hemorragia[12].

CONCLUSÃO

A suspeita clínica da Síndrome de Eagle deve fazer parte do diagnóstico diferencial das cervicalgias, principalmente se houver dor a palpação da fossa tonsilar ou retromandibular. A prova diagnóstica por exame de imagem confirma a suspeita e evita o retardo do tratamento adequado. Neste caso, o tratamento cirúrgico promoveu melhora completa dos sintomas.

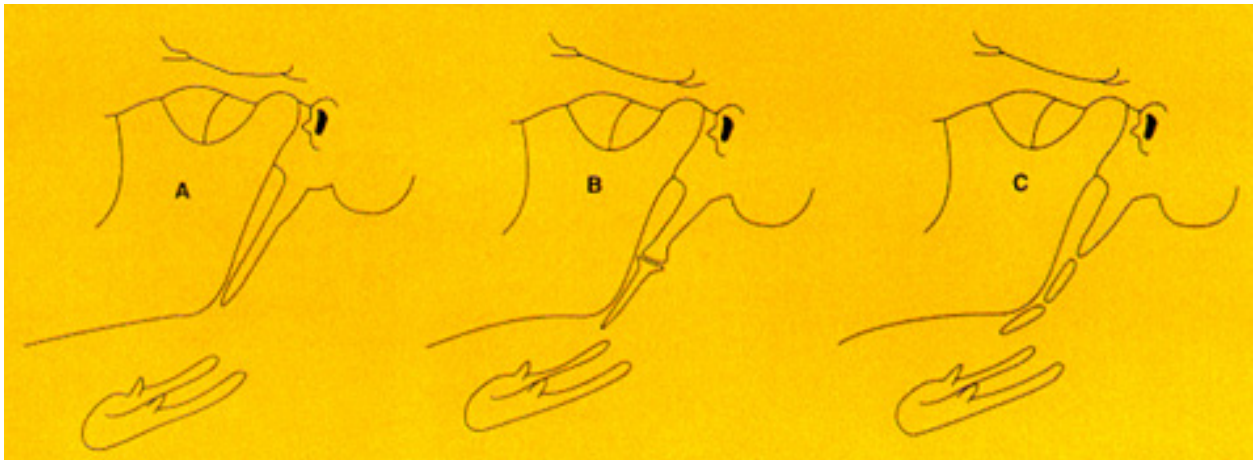


Figura 3. Classificação dos tipos de processos estiloides alongados.

Fonte: LANGLAIS et al.

ABSTRACT

The Eagle's syndrome is characterized by craniofacial and cervical pain caused by elongation of the styloid process or calcification of the stylohyoid ligament. We present the case of a 56 year old man who had been suffering from cervical pain for 42 years and has a diagnosis of Eagle's syndrome. Computed tomography confirmed the clinical suspicion and the patient was submitted to surgical resection achieving complete resolution of the symptoms.

KEYWORDS: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Facial Pain; Cervical Pain; Symptoms.

REFERÊNCIAS

1. Eagle WW. Elongated styloid process: report of two cases. Arch otolaryngol. 1937;25(5):584-7.
2. Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. AJNR Am J Neuroradiol. 2001 Aug;22(7):1401-2.
3. Rosa RR, Kohatsu LI, Moraes LC, Medici Filho E, Moraes MEL, Castilho JCM. Síndrome de Eagle: revisão da literatura sobre variações, diagnóstico e tratamento. Rev Odontol Univ Cid S Paulo. 2008 Set-Dez;20(3):288-94.
4. Monti LM , França DCC, Trento CL, Tian GC, Castro AL. Eagle's syndrome: clinical case report. Rev Odontol de Araçatuba. 2005 Jan-Jun;26(1):32-5.
5. Montalbetti L, Ferrandi D, Pergami P, Savoldi F. Elongated styloid process and Eagle's syndrome. Cephalalgia. 1995 Apr;15(2):80-93.
6. Balasubramanian S. The ossification of the stylohyoid ligament and its relation to the facial pain. Br Dent J. 1964;116:108-111.
7. Guzzo FAV, Macedo JAGC, Barros RS, Almeida DC. Síndrome de eagle: relato de caso. Rev Para Med. 2006 Out-Dez;20(4):47-51.
8. Lages LPD, Monte TL, Freitas SAP, Falcão CAM. Elongated styloid process and Eagle's syndrome: anatomic and clinical considerations, diagnostic and prevalence. Odontol Clin-Cientif. 2006 Jul-Set;5(3):183-8.
9. Nakamaru Y, Fukuda S, Miyashita S, Ohashi M. Diagnosis of the elongated styloid process by three-dimensional computed tomography. Auris Nasus Larynx. 2002 Jan;29(1):55-7.
10. Tiago RSL, Marques Filho MF, Maia CAS, Santos OFS. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002 Mar-Abr;68(2):196-201.
11. Guo B, Jaovisidha S, Sartoris DJ, Ryu KN, Berthiaume MJ, Clopton P, et al. Correlation between ossification of the stylohyoid ligament and osteophytes of the cervical spine. J Rheumatol. 1997 Aug;24(8):1575-81.
12. Politi M, Toro C, Tenani G. A Rare Cause for Cervical Pain: Eagle's Syndrome. Int J Dent. 2009;2009:781297.
13. Almog DM, Horev T, Illig KA, Green RM, Carter LC. Correlating carotid artery stenosis detected by panoramic radiography whit clinically relevant carotid artery stenosis determined by duplex ultrasound. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Dec;94(6):768-73.
14. Langlais RP, Miles DA, Van Dis Ml. Elongated and mineralized stylohyoid ligament complex: A proposed classification and report of a case of Eagle's syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986 May;61(5):527-32.
15. Monsour PA, Young WG. Variability of the styloid process and stylohyoid ligament in panoramic radiographs. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1986 May;61(5):522-6.
16. Braun TW, Sotereanos GC. The styloid process as an anatomic hindrance in orthognatic surgery. J Oral Maxillofac Surg. 1983 Oct;41(10):676-9.

Recebido em: 03/06/2012
Aprovado em 30/07/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
João Carlos Simões
Rua Nicolau J. Gravina, 65 – Cascatinha
CEP 82025-265 – Curitiba / PR
Fone: (41) 9973-0043
drjcs@uol.com.br

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar,[1]
Carmem Cecília Galvão,[2]
Elaine Alves[3]
Paulo Tubino[4]

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p.210-214, jul./set. 2012.

Micróbio – micro-organismo. Micróbio significa "vida curta", não exatamente organismo pequeno. Nesta concepção, melhor termo é micro-organismo que, de fato, é nome mais usado em medicina (também se escreve microrganismo). Do grego microbios, vida curta, oposto de macrobios, vida longa (Basílio, 1904). De bios, vida, e micros, pequeno. O termo micróbio foi criado em 1878 por Charles-Emmanuel Sédillot, da Faculdade de Medicina de Estrasburgo, França, para designar um ser tão pequeno que só poderia ser visto com o auxílio do microscópio Esse neologismo foi adotado por Pasteur e, daí, foi aceito em outros idiomas. Pelo exposto, embora o uso de micróbio seja legítimo e correto por sua consagração, micro-organismo constitui melhor escolha..

Microfotografia – fotomicrografia. Não são sinônimos. É um equívoco dizer microfotografia em lugar de fotomicrografia. Esta última significa fotografia do aspecto microscópico de uma estrutura, habitualmente obtida de máquina fotográfica ligada ao microscópio, e a primeira significa uma diminuta fotografia (micro) de qualquer objeto, como se registra em autorizados dicionários como o Aurélio e o Houaiss. O dicionário Stedman (1996) dá: microfotografia, fotografia diminuta de qualquer objeto, diferente de fotomicrografia. Essa definição tem registro semelhante em outros dicionários da língua portuguesa. Na linguagem médica, podem ser observadas disposições como "Microfotografia mostrando avançado processo de fotoenvelhecimento cutâneo", "Microfotografia de corte da peça ressecada, demonstrando sarcoma teno-sinovial do tipo bifásico com comprometimento da parede arterial", "O exame microscópico por sistema de microfotografia, entretanto, revelou

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.

sujidade residual em 84,3% (27) das peças". Contudo, o termo técnico apropriado é fotomicrografia, como em fotomicrografia da peça operatória, fotomicrografia do corte intestino delgado, fotomicrografia do foco de fratura. Também se diz fotomicroscopia. O VOLP traz também fotomicrograma. Cognatos: fotomicrógrafo, fotomicrográfico.

ml – mL – cc. Capacidade e volume são grandezas diferentes. O uso de ml (capacidade) por cm3 (volume), embora errôneo, é de uso espalhado na linguagem médica e tornou-se um fato linguístico que, assim, não mais se pode extinguir. Mas convém conhecer esse desalinho e, para os que fogem a críticas e em nome da qualidade, pode-se evitá-lo em relatos científicos formais. Litro é medida de capacidade, cujo símbolo é l ou L (padrão INMETRO): garrafa de um litro, caixa d'água de mil litros, seringa de 5 ml, frasco de 20 ml. Em rigor, referir, por exemplo, "testículo de 4 ml de volume" é criticável. Volume é valor medido em metros cúbicos, cujo símbolo é m3, ou em subdivisões decimais (cm3, mm3 etc.). Exs.: 10 cm3 de água, 1,3 cm3 de dipirona, 0,08 cm3 de atropina, volume ovárico de 4,3 cm3. Assim, é irregular referir-se a seringa de 10 cm3, frasco de 20 cm3, tubos de 2 cm3, quando se indicar a capacidade desses vasos. É de bom estilo escrever por extenso: 500 centímetros cúbicos, em lugar de 500 cm3. "Usar ml por cc é erro trivial que urge ser retificado", observa o Prof. Carlos Souza-Dias, da Escola Paulista de Medicina. Acrescenta que "antigamente só se dizia centímetro cúbico (cc) quando se queria referir ao volume de líquidos. De certo tempo para cá, não sei por que, trocou-se o certo pelo errado, e passou-se a dizer mililitro (ml)". (Souza-Dias C. Erros vernáculos mais freqüentemente cometidos no meio médico acadêmico. Arq Bras Oftal 1999;62(3):229-33. Mas convém frisar que o símbolo oficial de centímetro cúbico é cm3, não cc. Todavia, o Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO) oficializa por suas normas que litro ou mililitro são medidas de capacidade ou de volume. Esta é disposição cientificamente discutível, pois importa notar que 1 mL equivale a 1,000 027 cm3 (L. Rey, Como redigir trabalhos científicos, 1976, p. 51), o que importará em grande diferença em medições de grandes quantidades. É oportuno observar um detalhe: o INMETRO em sua regulamentação metrológica, capítulo VIII, instrução n. 45, Quadro Geral de Unidades de Medidas, tabela III, de acordo com o Sistema Internacional de Unidades, determina que seja l (ele minúsculo) o símbolo de litro, e L (ele maiúsculo) "será empregado sempre que as máquinas de impressão não apresentem distinção entre o algarismo 1 e a letra l minúscula e que tal coincidência acarrete probabilidade de confusão". De fato, 1l (um litro) parece o número onze, 100l confunde-se com mil e um e similares. Afora casos assim, parece exagero usar mL, pois 1 ml ou 11 ml e casos semelhantes não poderiam causar confusões. Contudo, muitos autores escrevem mL, dL, hL em textos impressos e a escrita mL está em muitos bons livros de Química e de Física. Para fugir a críticas, pode-se usar mL, mas o símbolo regular de litro é ele (l) minúsculo e de mililitro é ml. Por serem elementos diferentes, aconselha-se a deixar espaço entre o número e o símbolo: 10 ml, 12 cm3..

ml. Não é adequado dizer ou escrever "dez mls de soro", "400 mls de sangue". De regra, os símbolos científicos não têm flexão de número (plural). Assim, escrevem-se 1 ml, 10 ml, 100 ml.

Monitoração – monitorização. Melhor monitoração, mas ambos monitoração ou monitorização são nomes que podem ser usados. Ambos constam no VOLP (Academia, 2004). Também constam aí os verbos monitorar e monitorizar, que são termos sinônimos (Ferreira, 2004). Do latim monitor, aquele que lembra, que aconselha, que guia, que vigia, escravo que vigia o trabalho dos outros (Houaiss, 2001); de monere, fazer pensar, lembrar, advertir, castigar, fazer observar que, ensinar, instruir (Ferreira, 1996), da raiz men-, pensar. Em português, monitor tem o mesmo sentido básico de indivíduo encarregado de do ensino e da orientação de certas disciplinas, estudante adiantado que auxilia o professor, tomando lições, esclarecendo dúvidas. Em eletrônica, por extensão designa aparelho que controla o funcionamento de um sistema ou de um equipamento. Daí, em informática, passou a indicar aparelhos automáticos dotados de um visor que exibe dados produzidos em um computador, também usados em medicina, cujo funcionamento guarda o sentido latino original de por meio da exibição de dados sobre o paciente, exerce papel de vigilância, de aviso à equipe que cuida do doente. Daí, monitorar também quer dizer acompanhar ou supervisionar por meio de monitor, aparelho dotado de tela e microcomputador. Há outros derivados como sinônimos: monitoragem, monitoramento, monitorizar, monitorização. Como sugestão para selecionar o melhor termo, pode-se lembrar que, de monitor, deriva-se monitorar e deste formou-se monitoração, ato ou efeito de monitorar, melhor nominação, por sua derivação mais simples e direta do verbo original, e é termo mais curto, mais fácil de ler e ocupa menor espaço impresso. Além disso, o Aurélio, o Houaiss e outros proeminentes léxicos dão monitorizar com remissão para monitorar, que indica o primeiro não ser forma preferencial. Na literatura médica, monitorar é verbo mais comumente usado que monitorizar, como se vê nas páginas de busca da Internet. Pelo exposto, monitoração e monitorização são nomes existentes na linguagem médica e, assim, podem ambos ser usados. Contudo, monitoração é melhor opção por ser o mais utilizado, por ser nome mais curto, por ser verbete preferencial em bons dicionários, por ter derivação mais simples e mais próxima do étimo latino, monitor, pelo verbo monitorar.

Necropsia – necrópsia. Só necropsia está no VOLP (Academia, 2004), mas ambos aparecem na literatura médica, o que lhe dá legitimidade por constituir fato da língua. Necropsia é o nome erudito e a única forma registrada em dicionários qualificados como o Houaiss, o Aurélio, o Michaelis, o Larousse, o Aulete e muitos outros, incluindo-se dicionários de termos médicos como o de R. Paciornik e o de H. Fortes & G. Pacheco. Equivalentes: necroscopia, exame necroscópico. Pedro Pinto (Pinto, 1962) dá apenas necropse. Tanatoscopia é termo precioso. No Manual de Redação da Folha de São Paulo (2001) registra-se em letras vermelhas que "É errado escrever "necrópsia". É digno notar que o sufixo -ia é tônico em grego; daí, filosofia, geografia, democracia, necropsia. O sufixo -ia átono tem procedência latina, como em Itália, Gália, glória. A existência de autópsia e autopsia em registro no VOLP, ao lado do amplo uso de necrópsia, particularmente na linguagem médica, pode ser estímulo para que essa forma venha a ser dicionarizada. Ambos são termos que podem ser usados. Contudo, em relatos científicos formais, convém usar necropsia forma menos questionável, especialmente por especialistas em letras.

Necrotizante – necrosante – necrótico. Todos são termos ortografados no VOLP (Vocab. Ortog., da Acad. Bras. de Letras, 2004), no novo dicionário UNESP (2004), no Houaiss (2001) e em outros bons dicionários, o que lhes dá legitimidade. O Aurélio (2004) dá apenas necrosante e necrótico. Do grego nékrosis, morte, de nekrós, cadáver. Em português, de necrose, parecem mais adequadas a derivações diretas necrosar e necrosante, também nomes mais curtos. necrosante é termo mais curto e registrado em maior número de dicionários que necrotizante. Em geral e por via da lógica e da praxe, os adjetivos e verbos procedem do substantivo, o que aponta necrosante como termo de melhor formação vocabular em comparação com necrotizante, que não decorre dessa linha metódica e disciplinar. Procede de um adjetivo, necrótico e, daí, necrotizar e deste, necrotizante. No VOLP e no Houaiss, também se registra necrotizar, que é um neologismo, mas pode justificar a forma necrotizante, como ocorre com alfabetizar > alfabetizante; aromatizar > aromatizante, batizar > batizante, magnetizar > magnetizante, dogmatizar > dogmatizante, politizar > politizante, simpatizar > simpatizante, sistematizar > sistematizante. O Houaiss, dá necrotizante como formação tomada de necrotizar + -nte, não como nome procedente do inglês necrotizing, embora freqüentemente esse fato ocorra em textos traduzidos do idioma inglês e, por isso, há críticas referentes ao seu uso. A maior parte das adjetivações dos substantivos terminados em ose tem a terminação -tico: adipótico, amaurótico, antracnótico, artrótico, acidótico, cifótico, cirrótico, diagnóstico, escoliótico, fibrótico, lordótico, meiótico, micótico, miótico, nefrótico, oncótico. Por essa razão, pode-se também dizer enterite necrótica. Contudo, a terminação -nte indica melhor uma ação, o que parece mais adequado a lesões evolutivas como em casos de necrose em expansão. Na ortografia oficial (VOLP, 2004), há necrosação, necrosar, necrosado, necrosável, necrosamento; mas também há necrotização, necrotizado e necrotizável. Na literatura médica, encontram-se expressões como: periodontite necrotizante, pneumonia necrotizante, fascite necrotizante, forma necrotizante da hanseníase, pancreatite necrotizante, granulomatose necrotizante de vasos sangüíneos, arterite necrotizante, assim como as mesmas expressões com uso de necrosante, freqüentemente em proporções aproximadas. Em conclusão, por serem amplamente usados, ambos os nomes necrosante e necrotizante constituem fatos da língua e, assim, não seria errôneo usá-los. Contudo, o uso de necrotizante tem trazido muitas críticas por este ser considerado neologismo e simples tradução do inglês necrotizing. Em outro aspecto, não se critica o uso de necrosante e, por vezes, isso é até mesmo elogiado. Pelos motivos expostos, é aconselhável utilizar este último nome em relatos médicos formais. Pode-se também afirmar que necrotizante constitui neologismo desnecessário, ainda que existente no VOLP e no Houaiss. Podemos dizer: enterite necrosante, fascite necrosante, vasculite necrosante, pancreatite aguda necrosante e similares.

Nelaton (sonda de nelaton). Do antropônimo Auguste Nélaton, cirurgião francês (1807–1873) que criou uma sonda de borracha para várias utilizações médicas (Stedman, 1996) e uma sonda com ponta de porcelana para localizar balas (Porter; 1997, p. 362). Nelaton não é material de que é feita a sonda, mas um nome próprio. Escreve-se, portanto, sonda de Nélaton em lugar de "sonda de nelaton". É justificável a inicial minúscula para se referir, por extensão,

a uma sonda nelaton ou apenas uma nelaton, como ocorre com gilete, sanduíche, lambreta, mertiolate, isolete, sutupack, viagra e outros termos originários de nomes próprios, assim como nomes próprios representativos de unidades de medidas como angström, ohm, watt. O mesmo se aplica às sondas de Malecot, de Pezzer e de Béniqué. Mas, nos trabalhos científicos, é substancialmente essencial usar termos técnicos consoante o português culto e não formas excepcionais e exceções das diretrizes gramaticais. Importa notar que os epônimos podem substituídos por nomes técnicos, cientificamente mais adequados. De maneira melhor, podemos dizer sonda uretral de cloreto de polivinila (PVC) siliconizada, por exemplo, ou simplesmente sonda uretral, como geralmente se vê na embalagem dessas sondas.

Neonato. Palavra malformada por ser hibridismo, isto é, composta de um termo de origem grega (neo) e outro originário do latim (nato). Os hibridismos são reprimidos por bons gramáticos, conquanto muitos estejam consagrados em nossa língua e não haja como extingui-los. Mas, por iniciativa própria, podemos substituí-los por palavras mais bem formadas. Nesse caso, recém-nascido, formado de elementos latinos, é melhor termo que neonato.

Neoplasia. Significa tecido anormal em crescimento, como está nos dicionários. Do grego néos, novo, e plasis, formação. É errôneo mencionar neoplasia como sinônimo de formação exclusivamente cancerosa. Nos relatos científicos, recomenda-se indicar se a neoplasia é maligna ou benigna. Daí, serem ambíguas frases do tipo: "Os carcinomas adrenocorticais constituem menos de 0,2% de todas as neoplasias pediátricas" (isso incluiria as neoplasias benignas? Ou apenas as malignas?).

Neuralgia ou nevralgia. Ambos são nomes dicionarizados e existentes na linguagem médica, o que lhes dá perfeita legitimidade de uso e não cabe a nevralgia a concepção de erro ou defeito de grafia. O u (ipsilon grego minúsculo) se pronuncia como "ve" antes do r (letra ro). O som ve em grego geralmente é dado pelo B (vita ou beta). Em grego, diz-se nevralguia. Assim, a forma nevr(o)- se baseia na pronúncia grega moderna, adotada em francês, em italiano, em português, pouco em espanhol e raro em inglês; do grego neuron, nervo, fibra (Houaiss, 2001). Contudo, entre nós, recomenda-se nevralgia como nome preferencial, mas não exclusivo, em textos formais, por ser o mais comumente usado na linguagem médica em português, como se vê nas páginas de busca da Internet. O termo nervus foi adotado pelos franceses para formar compostos como névralgie, névrose, névotomie, névrologie, nevroplastie, o que influenciou seu uso na linguagem médica portuguesa. O dicionário médico de É. Littré (1886) dá oito termos com o prefixo neur- e 46 com o elemento nevr-. Mas as disposições contra galicismos influenciaram o uso de neuron entre médicos lusófonos, com palavras como neuralgia, neurectomia, neurótico, neuroplastia. Atualmente há forte influência do idioma inglês, que também adotou o elemento neuro nos compostos pertinentes. Curioso notar que atualmente muitos dicionários franceses trazem número bem mais elevado de termos com neur-. O Le Petit Robert (1996) traz dez termos com nerv- e 35 com neur-.

Recife, 20 de Julho de 2012.

Meu caro editor da Revista do Médico Residente,

Professor Dr. João Carlos Simões:

Parabenizo-lhe pela contundente e precisa reflexão publicada no editorial da Revista do Médico Residente número 2/2012. Na verdade as pessoas estão mudando e achando que vieram ao mundo para usufruir sempre. Essa postura atinge em cheio os jovens médicos , que vêm de famílias abastadas, não se sentem participantes de um processo de cura do próximo, visam tão somente o quanto vão ganhar "nisso". É o consumismo midiático que transformou o médico em consumidor de alto potencial e o paciente em fonte de renda. Veja como atualmente a escolha da especialidade deriva para as áreas mais rentáveis.

O governo, por sua parte, é um consumidor de voto; a ele não interessa valorizar o ensino e o professor, pois se tal processo fosse viabilizado haveria o fortalecimento do conhecimento e o voto não poderia mais ser conquistado de forma tão simplória como ora ainda ocorre. Então, caminhamos a passos largos para uma degradação da dignidade do ser humano diante do próximo e de si mesmo.

Vale, porém, toda atitude e ou manifestação que vá de encontro a esta onda nefasta. Vale, desta vez, remarmos contra a maré, em casa, na sociedade em geral, nos hospitais e nas escolas universitárias. Se não conseguirmos mudar o todo, pelo menos deixaremos a nosso grito ecoar em busca de ouvidos mais altruístas e a nossa consciência limpa da não aceitação do absurdo.

Aqui em Pernambuco ainda temos um pouco de qualidade nas residências, talvez por só existirem em hospitais públicos, próprios do SUS, e as vagas serem preenchidas através de concurso único administrado pela Secretaria de Saúde estadual, e os Centros de Treinamento são supervisionados pelas suas respectivas sociedades científicas, regionais e nacionais.

A residência de Anestesiologia, por exemplo, aplica uma prova nacional a cada ano da RM e a média de cada Centro de Treinamento servirá para avaliá-lo qualitativamente.

Concordo, no entanto, que anteriormente havia maior seriedade dos residentes e jovens médicos com a essência da profissão; a queda do compromisso com o paciente é visível. Receba um grande abraço e louvo mais uma vez a sua coragem e lucidez, o que não é novidade.

Importante: Tomei a liberdade de encaminhar o seu Editorial a um amigo, Rivaldo, professor universitário nato como você, lutador dessa causa e que atualmente é o Vice-Reitor da Universidade Estadual UPE.

Arnaldo Cavalcanti Marques Neto, médico anestesiologista (CRM-PE 7139), de Recife, Pernambuco.

C E R M E P A R - C O R E M E S d o P a r a n á

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

CLÍNICA HEIDELBERG
Rua Padre Agostinho, 687, Bigorrilho
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: hsalete@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. Mauricio Palu Gelatti

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN
Rua Itaquatiaras, 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 Fabiane Fernandes Schmitt

HOFTALON - HOSPITAL DE OLHOS
Rua Senador Souza Naves, 648-A – Centro
86010-170 – Londrina – PR
Telefone: (43) 3375-9500 – Fax: (43) 3322-0433
E-mail: resimed@hoftalon.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Rui Barroso Schimiti
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Tiago Vinicius Sakumoto

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
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Abel Esteves Soares

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE
Rua Des. Motta, 1070, Rebouças
80250-060 – Curitiba – PR
Telefones: (41) 3310-1202/1203 – Fax: (41) 3225-2291
Email: ensino@hpp.org.br
Coordenador da COREME:Dr. Antonio Ernesto da Silveira
Representante dos Médicos Residentes: Drª Ingrid Herta Rotstein Grein

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3240-6639 Fax: (41) 3240-6500
Email: centrodeestudos@hnsg.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. Cleber Primo

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) 3271-3009/3271-2991 – Fax: (41) 3262-1012
E-mail: academica.huc@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Adriano Keijiro Maeda
Representante dos Médicos Residente: Dr. Fernando Ferraz Faria

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: Ezequeil Mattei

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA
Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrilho - 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
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Paulo Eduardo Dietrich Jaworski

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR
Avenida Robert Koch, 60 - 86038-350 – Londrina – PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residhu@uel.br
Coordenador da COREME: Drª Denise Akemi Mashima

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

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA
Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 – Londrina – PR
Telefone: (43) 3379-2613 – Fax: (43) 3379-2696
E-mail: diretoriaclinicaicl@yahoo.com.br
www.icl-cancer.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Cássio José de Abreu

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA (INC)
Rua Jeremias Maciel Perretto, 300 Campo Comprido
81210-310 – Curitiba – PR
Telefone/Fax: (41) 3028-8580
e-mail: inc@inc-neuro.com.br / www.inc-neuro.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Ricardo Ramina

MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO
Rua Rocha Pombo, 1080
83601-350 – Campo Largo – PR
Fone: (41 2103-2515/2103-2521 – Fax (41) 2103-2503
E-mail: sandraf@hospitalnsdorocio.com.br / coreme@hospitalnsdorocio.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Samir Ale Bark
Representante dos médicos residentes: Dr. Pedro Paulo de Souza Filho

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

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ
Rua Santos Dumont, 555, Zona 03
87050-100 Maringá – PR
Telefone: (44) 3027-5607 – Fax (44) 3027-5799
E-mail: coreme@santacasamaringa.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira
Representante dos Médicos Residentes: Drª Maria Isabel Leszczynski

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA
Av. Dr. Francisco Burzio, 774, Centro
84010-200 – Ponta Grossa – PR
Telefone: (42) 3026-8018 – Fax: (42) 3026-8002
E-mail: coreme@scmpg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Rafael P. Rocha
Representante dos médicos residentes: Dr. Eduardo Luiz Kunst

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@lucem.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) 3011-9119/3011-9096 – 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 2012. As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para cermepar@crmpr.org.br

Ehrenfried Othmar Wittig*

MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná

Institute of Medicine and Surgery of Parana

Wittig EO. Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná. Rev Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p.218-219, jul./set. 2012.

Tela pintada por Erica Venske, posteriormente casa com Dr. Rubens Santos Wallbach em 1942.

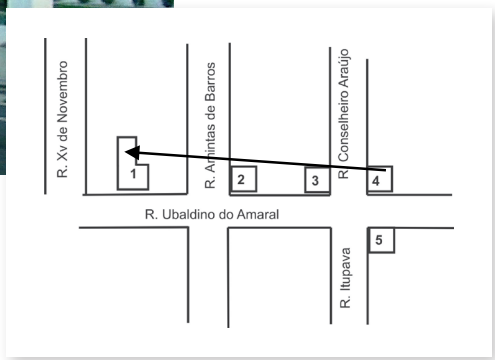
Era aluna de Andersen.

A tela foi pintada de seu quarto na casa que ainda hoje existe na esquina das ruas Ubaldino do Amaral com Conselheiro Araújo, defronte ao Grupo Escolar Conselheiro Zacarias, onde residia.

Quando a tela foi pintada não existia nenhuma edificação na quadra da rua Ubaldino compreendida entre a Conselheiro Araújo (o aterro pintado era o corte desta rua) e a rua Amintas de Barros.

* *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

Instituto de Medicina e Cirurgia foi fundado em 1932 e passou por revitalização, assim como a casa em que Erika Venske residia e de onde, a distância, retratou o complexo hospitalar, então um dos principais de Curitiba. O grifo em vermelho registra seu ângulo de visão.



1 – Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná
2 – Igreja Menonitas
3 – Casa de Erica Venske
4 – Casa
5 – Grupo Escolar Conselheiro Zacarias

PARA DOAÇÕES E CORRESPONDÊNCIAS:

Secretaria da AMP
Fone: (41) 3024-1415 / Fax: (41) 3242-4593
amp@amp.org.br
Rua Cândido Xavier, 575 – Água Verde
80240-280 - Curitiba / PR
Visite o Museu no site: www.amp.org.br

ISSN 2237-7131

CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

www.crmpr.org.br