

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:

Bernardo 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.4 (out./dez. 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

227 **Uma proposta para a educação médica no curso de Medicina**

A proposal for medical education in the medicine course

João Carlos Simões

229 **Médico não é responsável por gravidez após laqueadura**

Physician is not responsible for pregnancy after salpingectomy

Lucimara Moreira Cardoso Manfrinato

Artigo Original - Original Article

230 **Relevância da ultrassonografia no diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda**

Relevance of Ultrasound in preoperative acute appendicitis diagnosis

Ricardo Salgueiro Borges, Márcia Mantovani Borges, Márcio Sella Sartorelli, Eliezer Junior Ceribelli

236 **Avaliação do uso de suplementação de ácido ascórbico na cicatrização de feridas cutâneas em ratos diabéticos**

Evaluation of the use of ascorbic acid supplementation on the healing of skin wounds in diabetic rats

Simone Cardoso Lisboa Pereira, Gilberto Simeone Henriques, Márcia Regina Pereira Monteiro, Ana Andréa Almeida,

Karoline Tardin

248 **Autoestima, espiritualidade e depressão em pacientes portadores de neoplasia colorretal**

Self concept, spirituality and depression in patients bearers of colorectal neoplasm

Maria Carolina Mendes de Oliveira, Túlio Coelho de Oliveira, Taylor Brandão Schneider

Artigo Especial - Special Article

256 **A arte de ouvir o paciente**

The art of listening to the patient

Lígia Cecília Fuwerkeri Suguimatsu, Lucca Felipe Lins Cajazeira de Macedo Campos, Luiz Felipe de Mío Geara, João Carlos Simões

Relato de Caso - Case Report

260 **Volúmoso tumor do estroma gastrointestinal (GIST): relato de caso e revisão de literatura**

Massive gastrointestinal stromal tumor (GIST): case report and literature review

Carolina Talini, Jociel Romano Bordignon, João Carlos Simões, William A. C. Cecílio, Ricardo A. E. Aurichio, Alan C. H. Motter

Expressões médicas - Medical expression

265 **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

272 **Residência do Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva – fundador da Universidade do Paraná**

Residence of Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva - founder of the University Of Paraná

Ehnenfried Othmar Wittig



A Revista do Médico Residente (ISSN 2237-7131) é uma publicação trimestral do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, com apoio da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná. Cartas e artigos devem ser enviados para: Revista do Médico Residente - Rua Victório Viezzer, 84 - Vista Alegre - Curitiba (PR) - CEP 80810-340 - Fone(41) 3240-4049/ Fax: (41) 3240- 4001

E-mail:

drjcs@uol.com.br

revistadoresidente@crmp.org.br

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

Autorizada a republicação de artigos com a citação da fonte.

REVISÃO LÍNGUA INGLESA

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 Wewestern 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

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 Tramuja 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 Ibrahim A. Hanna Sobrinho (UFPR) - Curitiba (PR)

Nicolau Kruehl (UFSC) - Florianópolis (SC)

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

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

Reginaldo Ceneviva (USP) - Ribeirão Preto (SP)

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

Saul Goldemberg (UNIFESP) - São Paulo (SP)

William Saad Hossne (UNESP) - Botucatu (SP)

CONSELHO DE REVISORES

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 Aguiar 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 (UFPA) - 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)

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

Simônides Bacelar (UNB) - Brasília (DF)

Taylor Brandão Schnaider - Pouso Alegre (MG)

Thelma Larocca Skare (FEPAR) - Curitiba (PR)

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

AUTHORS INSTRUCTIONS

ISSN 2237-7131

MISSÃO

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

MANUSCRITOS

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

MODELO DE CARTA DE AUTORIZAÇÃO

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

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

Incluir também:

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

REFERÊNCIAS

A Revista do Médico Residente segue o "Uniform Requiremen-

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

REVISÃO ENTRE OS PARES (PEER REVIEW)

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

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

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

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

TIPOS DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIGINAIS

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

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

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

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

Conclusão: resposta da pergunta ou objetivo inicial.

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

PREPARAÇÃO DO TEXTO

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

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

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

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

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

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

GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

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

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

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

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

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

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

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

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

Uma proposta para a educação médica no curso de Medicina

A proposal for medical education in the medicine course

João Carlos Simões*

(...) quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É neste sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém. Por isso é que, do ponto de vista gramatical, o verbo ensinar é transitivo-relativo. Verbo que pede um objeto direto – alguma coisa – e um objeto indireto – a alguém.

PAULO FREIRE – PEDAGOGIA DA AUTONOMIA

As diretrizes curriculares nacionais para o curso de Medicina dizem no seu preâmbulo que a formação do egresso deve ser crítica e reflexiva.

A palavra reflexão vem do latim *reflectere*, que quer dizer “voltar atrás”; ou seja, refletir significa rever, retomar, repensar, reexaminar de maneira crítica o que já foi feito.

As reformas curriculares pelas quais ainda estão passando as escolas médicas motivam a comunidade acadêmica a reflexões diversas sobre: **metodologias de ensino, cenários de ensino e aprendizagem, conteúdos abordados, humanização da relação médico-paciente,**

modelos de avaliação, perfil do médico a ser formado e tantos outros aspectos relacionados à formação médica.

Todavia, o que se observa na grande maioria dos cursos de Medicina pelo País são ainda passos muito tímidos em relação a educação médica e ao cumprimento das diretrizes curriculares, que já têm mais de 11 anos.

A transformação político-pedagógica até então inserida é pouco relevante e muito pouco apropriada para este início de século XXI, época que o estudante tem um acesso e domínio da informação de um modo diferenciado – e não mais restrito às salas de aulas e bibliotecas.

*Editor Científico da Revista do Médico Residente

É óbvio que ainda a transmissão de conteúdo presencial tem uma força importante para o discente. Principalmente se este conteúdo é preparado de forma moderna e trazendo, sobretudo, a experiência daquele profissional sobre o assunto. Se ele for só copiar e projetar o que já está escrito – tem pouco valor –, acrescentará muito pouco.

Outro aspecto fundamental é a inserção do **estudante no treinamento em serviço** sob a supervisão de um docente capacitado. Ainda se vê aulinhas incansáveis para os estudantes do internato – **quando deveríamos prepará-los para cumprir as competências necessárias para a formação do egresso que estão relacionadas nas diretrizes curriculares.**

O que se precisa, intensamente, é a motivação, representação e a participação discente cada vez mais ativa nos colegiados dos cursos de Medicina que sempre foram marcados por uma postura propositiva e incentivo de debates acadêmicos.

Os estudantes sempre procuraram a esquiwa de discursos e posturas cuja crítica se encerrasse em si mesma. As críticas, na maioria das vezes, devem ser acompanhadas de propostas afirmativas para a melhoria da qualidade do ensino que os estudantes recebem.

Outro aspecto relevante é em relação a observação sobre a **falta de preparo do docente de Medicina** para o magistério, considerando que nas escolas médicas não existe preparo específico no terreno pedagógico. A competência na área técnica de atuação médica é o critério fundamental para a escolha dos profissionais que irão passar de médico a professor, prevalecendo uma concepção de ensino tradicional,

baseada na transmissão do conhecimento e na experiência do professor, com supervalorização dos conteúdos disciplinares e reprodução desses conteúdos pelos alunos.

É, pois, mister, instituir um modelo pedagógico que não tem nada de novo para a educação médica, visando a:

a) Priorizar o processo ensino-aprendizagem no estudante, destacando seu papel ativo neste processo;

b) Promover uma capacitação docente voltada para a competência técnico-científica e didático-pedagógica, e com compromisso com o sistema de saúde público;

c) Maior ênfase na saúde do que na doença;

d) Treinamento em serviço dos estudantes dentro dos diversos sistemas de saúde em graus crescentes de complexidade;

e) Implementação no cursos de uma metodologia conhecida como teste de progresso, que prevê, entre outros pontos, a realização de exames no fim do segundo, do quarto e do sexto período, sempre com a preocupação de avaliar, simultaneamente, alunos, corpo docente, conteúdo pedagógico e até as instalações das instituições de ensino;

f) Discussão crítica da dinâmica do mercado de trabalho por meio da reflexão dos aspectos econômicos e humanos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas.

Assim, esperamos que este chamamento à reflexão crítica sirva de entusiasmo a todos os estudantes – que somos –, graduados ou não, para uma discussão e implementação de modificações necessárias da educação médica em todos os cursos do País.

Médico não é responsável por gravidez após laqueadura

Physician is not responsible for pregnancy after salpingectomy

*Lucimara Moreira Cardoso Manfrinato**

Mulheres que não desejam ter mais filhos costumam recorrer à laqueadura como método contraceptivo. Contudo, a realização de tal procedimento é cercado por controvérsias que abrangem aspectos sociais, religiosos e políticos, uma vez que consiste no fechamento das tubas uterinas de modo a impedir a fecundação.

Para se eximir da responsabilidade em uma futura ação judicial de indenização, o médico deve esclarecer a paciente que existe a possibilidade da recanalização espontânea das trompas, ou seja, trata-se de método contraceptivo que apresenta margem de insucesso.

Há casos, julgados nos tribunais, onde entendeu-se que foi passada uma falsa segurança quanto a confiabilidade da laqueadura, sendo

o médico condenado a indenizar pelos danos materiais e morais suportados pela mãe, além do pagamento de pensão mensal até o filho não programado completar a maioridade.

Por analogia, tendo em vista a equiparação de direitos entre homens e mulheres, significa dizer que também o homem, caso faça a opção de realizar a vasectomia, precisa ser corretamente orientado para não ser surpreendido com o “parabéns papai!”

Isto porque a obrigação do médico no tratamento do doente, regra geral, é uma obrigação de meio e não de resultado. Ou seja, o médico deve se dedicar e aplicar a melhor técnica no desempenho de suas atividades, contudo não é obrigado a atingir o resultado, porque simplesmente não está em suas mãos.

*Advogada do Hospital Regional João de Freitas, de Araçongas (PR).

Relevância da ultrassonografia no diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda

Relevance of Ultrasound in preoperative acute appendicitis diagnosis

Ricardo Salgueiro Borges¹
Márcia Mantovani Borges¹
Márcio Sella Sartorelli²
Eliezer Junior Ceribelli²

RESUMO

INTRODUÇÃO: O objetivo deste trabalho foi o de avaliar a eficácia da ultrassonografia como método auxiliar diagnóstico em casos com suspeita clínica de apendicite cecal aguda.

MÉTODOS: Estudo retrospectivo de 70 casos no período de janeiro de 2010 a julho de 2011 com suspeita clínica de apendicite, avaliados pela ultrassonografia, submetidos à apendicectomia e posterior avaliação anatomopatológica da peça cirúrgica.

RESULTADOS: Dos 70 exames ultrassonográficos realizados, em 4 casos (5,7%) o resultado foi verdadeiro-negativo, 2 casos (2,8%) falso-positivos e em 64 pacientes (91,5%) confirmou-se apendicite aguda pela avaliação anatomopatológica. Destes, a ultrassonografia foi positiva em 56 (87,5%). Em 39 pacientes (61,0%) o apêndice cecal inflamado e achados inflamatórios secundários foram visualizados pela ultrassonografia. Em 17 pacientes (26,5%) não houve visualização direta do apêndice cecal. No entanto, identificaram-se os sinais indiretos que indicaram a cirurgia. Houve 8 casos (12,5%) com resultado de exame falso-negativo. A sensibilidade verificada da ultrassonografia foi de 87,5%, enquanto que a especificidade foi de 66,6%. O valor preditivo positivo foi de 96,5% e o negativo de 33,3%. A acurácia calculada foi de 85,7%.

CONCLUSÃO: A ultrassonografia é de grande valor no diagnóstico da apendicite aguda, minimizando a morbidade do quadro tanto nos casos de visualização direta do apêndice cecal agudo quanto naqueles onde apenas sinais indiretos foram evidenciados ao exame.

DESCRIPTORIOS: *Apendicite; Ultrassonografia.*

Trabalho realizado no Serviço de Radiologia Hospital Regional João de Freitas – Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer (HRJF), Arapongas (PR).

1. Médicos do Serviço de Radiologia da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer/HRJF.

2. Médicos Residentes do Serviço de Radiologia da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer/HRJF.

Borges RS, Borges MM, Sartorelli MS, Ceribelli EJ. Relevância da ultrassonografia no diagnóstico pré-operatório de apendicite aguda. *Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.4, p. 230-235, out./dez. 2012.*

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo e a urgência cirúrgica mais comum não traumática. Sua incidência é maior em adultos jovens, no sexo masculino e em indivíduos de raça branca⁽¹⁾.

Grande parcela dos pacientes apresenta quadro clínico típico, como dor em fossa ilíaca direita, febre, náuseas, vômitos e anorexia. No entanto, casos com clínica e laboratório inespecíficos dificultam seu diagnóstico precoce e contribuem para taxas de 15 a 47% de laparotomia exploratória branca em pacientes com diagnóstico de apendicite aguda⁽²⁾.

O apêndice, em situações normais, raramente é visualizado pelo exame ultrassonográfico⁽³⁾. O mesmo passa a ser visualizado por este método na vigência de processos inflamatórios. Isso ocorre pela presença de alterações em sua estrutura, como o aumento de suas dimensões e a identificação de alterações secundárias associadas.

Alguns trabalhos mostram que a ultrassonografia vem sendo utilizada com maior frequência como método auxiliar diagnóstico, e tem aumentado a acurácia e a precocidade diagnóstica^(4,5).

A ultrassonografia é de suma importância em paciente com quadros atípicos, sobretudo em mulheres e crianças com dor abdominal no quadrante inferior direito⁽⁶⁾, além de possibilitar a confirmação diagnóstica nos quadros clássicos e assim proporcionar um preparo pré-operatório adequado.

Este estudo tem por finalidade avaliar a

sensibilidade e a especificidade e, assim, a eficácia da ultrassonografia no diagnóstico precoce de apendicite aguda tanto nos casos de sua visualização direta quanto nos casos onde apenas evidenciaram-se sinais indiretos de processo inflamatório agudo na fossa ilíaca direita, indicando assim o ato cirúrgico e evitando maior morbidade do quadro.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo de 70 casos provenientes do Pronto Atendimento do Hospital Regional João de Freitas, na cidade de Arapongas (PR), no período de janeiro de 2010 a julho de 2011 com suspeita clínica de apendicite, avaliados pela ultrassonografia, submetidos à apendicectomia e posterior avaliação anatomopatológica da peça cirúrgica. O exame foi realizado com transdutores de 3,5 MHz e 7,5 MHz. Os achados de exames considerados sugestivos de apendicite aguda foram: presença de apêndice não compressível apresentando diâmetro transverso maior de 7 mm, coleção líquida intraluminal, ausência de peristaltismo adjacente, presença de apendicolito e líquido livre na fossa ilíaca direita⁽²⁾. Quando da não visualização direta do apêndice cecal inflamado, foram considerados como sinais indiretos a presença de líquido livre na fossa ilíaca direita, proeminência de gordura pericecal ou periapendicular superior a 10 mm de espessura ou deslocamento do omento para a fossa ilíaca direita^(7,8).

Foram também coletadas as seguintes variá-

veis: sexo e a idade do paciente no momento do ato cirúrgico.

Para análise dos dados foram realizados cálculos estatísticos usando intervalo de confiança com a margem de erro de $\alpha = 5\%$.

RESULTADOS

A média de idade foi de 24,8 anos, sendo a

menor de 04 e a maior de 65 anos. Houve um predomínio de casos em pacientes do sexo masculino (58,5%).

Dos 70 exames ultrassonográficos realizados (**Tabela 1**), em 4 casos (5,7%) o resultado foi verdadeiro-negativo, 2 casos (2,8%) falso-positivos e em 64 pacientes (91,5%) confirmou-se apendicite aguda pela avaliação anatomopatológica.

Tabela 1. Correlação entre o anatomopatológico e a ultrassonografia.

		Anatomopatológico	
		AP aguda	Sem inflamação
Ultrassonografia	Sugestiva para AP aguda	56	2
	Não sugestiva para AP aguda	8	4

Gráfico 1. Apendicite cecal confirmado pelo exame anatomopatológico.

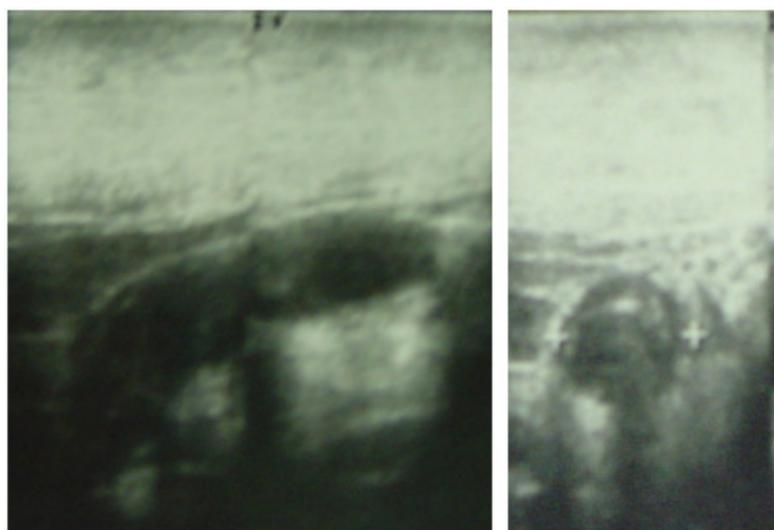
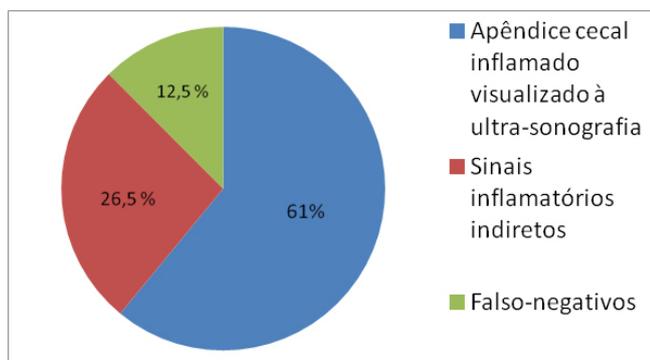


Figura 1. Apêndice cecal inflamado visualizado como imagem tubular não compressível em fundo cego com diâmetro transversal de 1,4 cm.

Destes (**Gráfico 1**), a ultrassonografia foi positiva em 56 (87,5%). Em 39 pacientes (61,0%) o apêndice cecal inflamado (**Figura 1**) e achados inflamatórios secundários foram visualizados pela ultrassonografia. Em 17 pacientes (26,5%) não houve visualização direta do apêndice cecal.

No entanto, identificaram-se os sinais indiretos que indicaram a cirurgia. Houve 8 casos (12,5%) com resultado de exame falso-negativo.

Através dos cálculos estatísticos (intervalo de confiança de 95%) observamos os seguintes resultados:

Sensibilidade	79,4% ≤ P ≤ 95,6% (média: 87,5%)
Especificidade	28,8% ≤ P ≤ 104,3% (média: 66,6%)
Valor preditivo positivo (VPP)	91,7% ≤ P ≤ 101,2% (média: 96,5%)
Valor preditivo negativo (VPN)	6,6% ≤ P ≤ 59,9% (média: 33,3%)
Acurácia	77,5% ≤ P ≤ 93,9% (média: 85,7%)

DISCUSSÃO

O exame de ultrassonografia na suspeita de apendicite aguda tem como objetivo identificar os pacientes com esta enfermidade bem como, quando da sua não visualização direta, identificar os sinais inflamatórios associados, que junto ao quadro clínico e exames laboratoriais possam em conjunto indicar o ato cirúrgico. Ainda, o exame tem a finalidade de diagnosticar causas alternativas para dor na fossa ilíaca direita como quadros ginecológicos ou litiásicos.

O diagnóstico correto da ultrassonografia dependerá do estágio anatomopatológico do apêndice cecal. No estágio de apendicite simples, o órgão mantém sua forma. Contudo, mostra-se completamente edemaciado. Os principais achados ultrassonográficos são: apêndice não compressível com diâmetro transversal maior que 6 mm, paredes com espessura maior que 3 mm, ausência da camada ecogênica central (submucosa), ausência de gás no interior do apêndice, sendo este preenchido por líquido, presença de apendicolito, visível como uma imagem ecogênica com sombra acústica, independentemente

do tamanho apendicular⁽⁹⁾.

Estudo recente, visando ao diagnóstico de apendicite por ultrassonografia, indica sensibilidade do método entre 68% e 89%, especificidade entre 95% e 100%, com valor preditivo positivo entre 89% e 96% e valor preditivo negativo entre 76% e 96%, demonstrando ser a ultrassonografia um excelente método diagnóstico nos casos de apendicite aguda e de suas complicações⁽¹⁰⁾.

Nosso estudo possibilitou o diagnóstico preciso de apendicite aguda em 61% dos casos e identificou sinais inflamatórios indiretos que indicaram a cirurgia em 26,5% dos pacientes. Os exames falso-negativos (12,5%) estiveram associados principalmente a fatores de limitação do feixe acústico como em pacientes obesos, com distensão gasosa de alças intestinais além da posição retrocecal do apêndice. Nos exames falso-positivos (2,8%) não houve visualização direta do apêndice cecal. Foram observados líquido livre na fossa ilíaca direita e linfonodos de aspecto reacional.

Assim, evidenciou-se uma sensibilidade de 87,5 % e um valor preditivo positivo de 96,5 %, sendo esses dados concordantes com o da literatura. No entanto, encontramos uma especificidade de 66,6 % e um valor preditivo negativo de 33,3 %, valores abaixo da média encontrado em outros trabalhos.

A ultrassonografia é um procedimento operador-dependente. É conhecido que profissionais experientes alcançam melhores resultados⁽¹¹⁾.

A não realização do teste Kappa entre os

ecografistas, para a avaliação da precisão diagnóstica, pode representar uma limitação do estudo⁽¹²⁾. Entretanto, realizamos este estudo com o objetivo de relatar a rotina e a experiência de um hospital geral em nosso meio.

Diante do exposto, a ecografia abdominal consolida-se como um excelente método no diagnóstico da apendicite cecal aguda e apresenta grande relevância no diagnóstico diferencial dos quadros sindrômicos da fossa ilíaca direita, sem jamais substituir a anamnese e rotina de exame físico para estabelecer o diagnóstico.

ABSTRACT

BACKGROUND: The aim of this study was to evaluate the efficacy of ultrasound as an auxiliary diagnosis in cases with clinically suspected acute appendicitis.

METHODS: Retrospective study of 70 cases from January 2010 to July 2011 with clinically suspected appendicitis, assessed by ultrasound, underwent appendectomy and subsequent pathologic evaluation of the surgical material.

RESULTS: Of the 70 ultrasound examinations performed we could observe that in 4 cases (5.7%) the result was true-negative, in 2 cases (2.8%) false-positive and in 64 patients (91.5%) it was confirmed acute appendicitis by pathologic evaluation. In those the ultrasound was positive in 56 (87.5%). In 39 patients (61.0%) the inflamed appendix and secondary inflammatory changes were visualized by ultrasound. In 17 patients (26.5%) there was no direct visualization of the appendix however it was identified the indirect signs that indicated the surgery. There were 8 cases (12.5%) with a result of false-negative test. The observed sensitivity of ultrasound was 87.5%, while the specificity was 66.6%. The positive predictive value was 96.5% and the negative was 33.3%. The accuracy was calculated at 85.7%.

CONCLUSION: Ultrasound is of great value in the diagnosis of acute appendicitis minimizing morbidity frame both in cases of direct visualization of the appendix as well as in those where only indirect signs were evident through examination.

KEYWORDS: *Appendicitis; Ultrasonography.*

REFERÊNCIAS

1. Wilcox RT, Traverso LW. Have the evaluation and treatment of acute appendicitis changed with new technology? *Surg Clin North Am*. 1997 Dec;77(6):1355-70.
2. Jeffrey JR, Laing FC, Lewis FR. Acute appendicitis: high-resolution real-time US findings. *Radiology* 1987 Apr;163(1):11-4.
3. Zorzetto AA, Urban LABD, Liu CB, Cruz OR, Vitola MLM, Awamura Y, et al. O uso da ultra-sonografia no diagnóstico e evolução da apendicite aguda. *Radiol Bras*. 2003;36(2):71-75.
4. Skaane P, Schistad O, Amland PF, Solheim K. Routine ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis: A valuable tool in daily practice? *Am Surg*. 1997 Nov;63(11):937-42.
5. Ramachandran P, Siviti CJ, Newman KD, Schwartz MZ. Ultrasonography as an adjunct in the diagnosis of acute appendicitis: a 4-year experience. *J Pediatr Surg*. 1996 Jan;31(1):164-7.
6. Calder JD, Gajraj H. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *Br J Hosp Med*. 1995 Aug 16-Sep 5;54(4):129-33.
7. Chen SC, Chen KM, Wang SM, Chang KJ. Abdominal sonography screening of clinically diagnosed or suspected appendicitis before surgery. *World J Surg*. 1998 May;22(5):449-52.
8. Kang WM, Lee CH, Chou YH, Lin HJ, Lo HC, Hu SC, et al. A clinical evaluation of ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis. *Surgery*. 1989 Feb;105(2 Pt 1):154-9.
9. Rioux M. Sonographic detection of the normal and abnormal appendix. *AJR Am J Roentgenol*. 1992 Apr;158(4):773-8.
10. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology*. 2000 May;215(2):337-48.
11. Torres OJM, Lins AAL, Nunes PMS, Corrêa FCF, Carvalho Júnior OS, Castro FC. Avaliação Ultra-Sonográfica da Apendicite Aguda. *Col Bras Cir*. 2001;28(1):39-43.
12. Coral RP, Stein AT, Chazan M, Coral RV, Campos CW. O valor da ultra-sonografia no diagnóstico da apendicite aguda. *Rev AMRIGS*. 2007 Jul-Set;51(3):203-205.

Recebido em 13/08/2012

Aprovado em 24/10/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Ricardo Salgueiro Borges

Hospital Regional João de Freitas

Rodovia PR 218, km 1 - Jardim Universitário

CEP 86702-670 - Arapongas / PR

hospjrf@uol.com.br

Avaliação do uso de suplementação de ácido ascórbico na cicatrização de feridas cutâneas em ratos diabéticos

Evaluation of the use of ascorbic acid supplementation on the healing of skin wounds in diabetic rats

Simone Cardoso Lisboa Pereira¹

Gilberto Simeone Henriques¹

Márcia Regina Pereira Monteiro¹

Ana Andréa Almeida²

Karoline Tardin²

RESUMO

INTRODUÇÃO: O ácido ascórbico, um nutriente essencial para espécies como ratos e humanos, tem-se destacado por suas propriedades, entre elas a participação em processos cicatriciais, tanto em indivíduos normais quanto em portadores de diabetes *Mellitus*. O objetivo deste estudo foi o de verificar o efeito da suplementação da vitamina C no processo cicatricial do abdome em ratos *Wistar* feitos diabéticos, em diferentes períodos pós-operatórios.

MÉTODOS: Foram utilizados 32 ratos *Wistar*, machos, submetidos a procedimento cirúrgico com incisão abdominal de 3 cm, mimetizando uma ferida. Os animais foram divididos em quatro grupos experimentais: 1) ratos não diabéticos; 2) ratos não diabéticos tratados com administração oral de vitamina C (1g/dia); 3) ratos diabéticos não tratados; 4) ratos diabéticos com administração oral de vitamina C (1g/dia). O diabetes foi induzido por administração intraperitoneal de aloxana. A cicatrização foi aferida no 3º, 5º, 7º, 9º, 11º, 13º e 15º dia de pós-operatório, comparando-se os grupos por meio de planigrafia digital; e análise histológica, por meio da proliferação vascular: polimorfonucleares, mononucleares, proliferação fibroblástica, colagenização e reepitelização.

RESULTADOS: Na evolução da ferida cutânea houve exsudação plasmática com formação de crostas até o 7º dia, em todos os grupos. Houve então espessamento da crosta e, no 11º dia, seu destacamento, evoluindo para tecido de granulação e epitelização completa no 15º dia, tanto nos animais diabéticos quanto não diabéticos. Houve ausência significativa da inflamação aguda no 13º dia pós-operatório em todos os animais tratados com vitamina C e diferença significativa na intensidade da inflamação crônica, sendo mais intensa no 7º dia no grupo controle. A

Trabalho realizado no Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte (MG).

1. Professores do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais.

2. Bolsistas de Iniciação Científica.

colagenização foi maior no 7º e 11º dias nos animais tratados com vitamina C. A reepitelização foi significativamente melhor no 7º dia do grupo não diabético tratado com vitamina C.

CONCLUSÃO: Verificou-se que a vitamina C é eficaz no processo de cicatrização epitelial dos ratos, com resolução mais rápida do processo inflamatório e reepitelização precoce do tecido lesado tanto em ratos diabéticos e não diabéticos.

DESCRITORES: *Ácido Ascórbico; Cicatrização; Diabetes Mellitus.*

Pereira SCL, Henriques GS, Monteiro MRP, Almeida AA, Tardin K. Avaliação do uso de suplementação de ácido ascórbico na cicatrização de feridas cutâneas em ratos diabéticos. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.4, p. 236-247, out./dez. 2012.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) pode ser definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente do distúrbio na secreção e/ou ação da insulina no organismo, caracterizado principalmente pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas^(1,2). Essa condição pode ocasionar lesões irreversíveis em diferentes áreas do corpo, causando nefropatia, neuropatia, retinopatia e prejudicando os tecidos endoteliais dos vasos e capilares^(3,4).

Apesar de inúmeros avanços no entendimento da fisiopatologia e tratamento, o DM ainda prevalece como problema de saúde pública devido às altas taxas de morbimortalidade. Estimativas recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) projetam aumento significativo do número de indivíduos diabéticos, de 171 para 366 milhões até o ano de 2030⁽⁵⁾. No Brasil, pesquisa nacional realizada no ano de 2010 indicou que a frequência de diagnóstico médico prévio de DM foi de 6,3%, sendo maior entre as mulheres (7,0%) do que em homens (5,4%). Verificou-se ainda que em ambos os sexos o diagnóstico da doença se torna mais comum com a idade, alcançando mais de 20% daqueles com 65 ou mais anos de idade⁽⁶⁾. Ressalta-se que aproximadamente 50% dos diabéticos

desconhecem a sua condição de doente, sendo provavelmente diagnosticados através de uma das complicações da patologia, dentre as quais se encontra a dificuldade do organismo em lidar com o processo de cicatrização de tecidos⁽⁷⁾.

Neste contexto, destaca-se a participação do ácido ascórbico como um nutriente essencial em processos cicatriciais, tanto em indivíduos normais quanto em portadores de DM, uma vez que estudos recentes demonstram diversas funções dessa vitamina nos processos de cicatrização de feridas^(7,8), o que a torna necessária para a manutenção normal do tecido conectivo bem como para recompor tecidos danificados. Sabe-se que o ácido ascórbico atua como cofator redutor no processo de hidroxilação de resíduos de prolina e lisina ligados a peptídios durante a formação do colágeno, fato esse que leva a acreditar que a sua demanda aumente nos processos de reparação tecidual^(9,10).

A maior parte dos mamíferos e das plantas sintetiza vitamina C de forma endógena a partir da glicose e da galactose. No entanto, os seres humanos, os primatas e alguns roedores não possuem essa capacidade devido à ausência da enzima L-gulonolactona-oxidase, que cataliza a conversão da L-gulonolactona em ácido ascórbico. Em consequência disso, necessitam obter esse micronutriente por meio da

dieta⁽¹¹⁾. Desse modo, devem consumir frutas cítricas e folhas vegetais cruas, sendo suas melhores fontes: laranja, limão, acerola, morango, brócolis, repolho, espinafre, entre outros⁽¹¹⁾.

Contudo, segundo Cortez et al.⁽³⁾, em ratos diabéticos a quantidade de vitamina C tecidual é reduzida, quando comparada à quantidade nos tecidos de animais normais, sugerindo que a hiperglicemia comprometa também a concentração dessa vitamina em determinados órgãos⁽³⁾. Embora o rato possua mecanismos protetores contra os efeitos do estresse, entre eles a elevação da concentração plasmática da vitamina C, parece que há circunstâncias nas quais isso não é suficiente para suprir as demandas metabólicas do animal, sendo benéfica, nestes casos, a suplementação de ácido ascórbico na dieta⁽¹²⁾.

Estudo realizado por Lima et al.⁽¹³⁾ verificou que o uso tópico do ácido ascórbico mostrou ter efeito anti-inflamatório e cicatrizante em feridas cutâneas de ratos, promovendo condições e ambiente favoráveis para a reparação tecidual, o que abreviou o tempo da cicatrização⁽¹³⁾. Outro trabalho, realizado por Jagetia et al.⁽¹⁴⁾, também demonstrou que o pré-tratamento, por via intraperitoneal, com ácido ascórbico tem efeito benéfico sobre feridas no dorso de ratos irradiados, aumentando a síntese de colágeno, o que configura uma estratégia terapêutica importante para acelerar a cicatrização em feridas⁽¹⁴⁾.

Outra função do ácido ascórbico é a influência que ele exerce sobre a secreção celular de procolágeno e a biossíntese de outros componentes do tecido conjuntivo, incluindo a elastina, fibronectina, proteoglicanos, a matriz óssea e a fibrilina associada à elastina. Todavia, ainda são poucos os estudos que utilizam a suplementação oral de vitamina C em modelos de animais feitos diabéticos, correlacionando este

tratamento com o comportamento dos processos de cicatrização de feridas. Adicionalmente, o ácido ascórbico atua como antioxidante, já que é capaz de captar o oxigênio livre decorrente do metabolismo celular, impedindo a ligação com radicais livres, fenômeno que causaria dano celular. Acredita-se ainda que o mesmo também esteja envolvido na manutenção da integridade intracelular com presença da integridade capilar, nas respostas imunológicas, reações alérgicas e aumento da absorção de ferro não hémico⁽¹⁰⁾.

Os dados acima sugerem um importante papel da vitamina C sobre o processo de cicatrização. Todavia, a administração suplementar com o intuito de melhorar os processos cicatriciais ainda é debatido⁽¹⁰⁾. Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar a ação da suplementação da vitamina C no processo cicatricial do dorso em ratos *Wistar* feitos diabéticos, em diferentes períodos pós-operatórios.

MÉTODOS

Indução do Diabetes *Mellitus* Experimental

O Diabetes *Mellitus* experimental foi induzido com injeção de aloxana 2% usando a veia peniana, na dose única de 42 mg/kg de peso corporal. Os animais submetidos a este procedimento permaneceram em um período de jejum de 8 horas antes de serem induzidos à doença; apenas a ingestão hídrica foi mantida livre. Após 30 minutos da administração da droga, a alimentação e a água foram ofertadas aos animais.

Os animais submetidos ao procedimento de indução do DM ficaram em espera de 56 horas para a medição da glicose sanguínea. Somente os animais que apresentaram glicose sanguínea acima de 200 mg/dl foram incluídos no

experimento. Para determinação da glicemia dos animais, foi feita uma incisão na cauda dos ratos para retirada do sangue, cuja leitura da glicose foi realizada no Monitor para determinação da glicemia (Roche®), com uso de tiras de teste Accu-Check Advantage II glicose.

Procedimento Cirúrgico

Sob anestesia por aplicação de tiopental, todos os animais foram submetidos a um procedimento cirúrgico. Os animais foram colocados em decúbito dorsal horizontal, com suas patas atadas à mesa cirúrgica.

A tricotomia do abdome foi com lâmina estéril, manualmente. A antisepsia foi feita com solução alcoólica. Foi efetuada uma incisão longitudinal com 3 cm, na linha mediana. Findo o procedimento operatório os ratos foram suturados com catgut absorvível simples nº0 (Ethicon®) e colocados em gaiolas, observados até a recuperação anestésica.

O fármaco Flotril (2,5%) foi administrado, nos quatro grupos, imediatamente após a cirurgia.

Delineamento experimental e avaliação

Foram utilizados 32 ratos *Wistar* divididos em quatro grupos: 1) Controle, ratos não diabéticos; 2) Ratos não diabéticos tratados com administração oral de vitamina C (1g/dia); 3) Ratos diabéticos não tratados; 4) Ratos diabéticos tratados com administração oral de ácido ascórbico (1 g/dia).

A cicatrização foi aferida no 3º, 5º, 7º, 9º, 11º, 13º e 15º dia de pós-operatório, comparando-se os grupos por meio de análise macroscópica, planigrafia digital e análise histológica tendo como parâmetro a proliferação de polimorfonucleares, proliferação fibroblástica, colagenização e reepitelização.

O ácido ascórbico foi administrado por meio de gavagem (Grupos II e IV). A ração foi ofertada *ad libitum* a todos os grupos.

Análise Estatística

Para a análise estatística foi aplicada a análise de variância (ANOVA) F (one-way), seguido pelo teste de Tukey HSD. Em todos os cálculos foi estabelecido um nível de significância de 5%. O software utilizado para os testes estatísticos foi Epi Info 6.04b.

RESULTADOS

Nos grupos de ratos normais, os animais apresentaram-se, ao longo do experimento, um bom estado geral, ativos, com apetite normal, tônus e reflexos conservados e um ganho progressivo de peso e manutenção da ingestão hídrica, ingestão alimentar e diurese, dentro dos padrões de normalidade para a espécie. O comportamento dos animais dos grupos diabéticos foi completamente diferente, sendo caracterizado por apatia, alterações da pelagem, odor forte da urina, anorexia, além de comprometimento acentuado e progressivo do estado geral, com poliúria, polidipsia e polifagia. A diarreia, com perdas hidroeletrólíticas importantes, associada à perda de peso, foi observada no grupo de ratos diabéticos tratados.

Como demonstrado nos gráficos, no grupo de animais normais tratados com o ácido ascórbico a cicatrização completa foi observada no 9º dia pós-operatório, enquanto que, no grupo controle, essa cicatrização efetiva só foi observada no 11º dia pós-operatório. Já no grupo dos ratos diabéticos a cicatrização total ocorreu primeiramente nos animais tratados com o nutriente (5º dia pós-operatório) quando comparados aos animais-controle (9º dia pós-operatório).

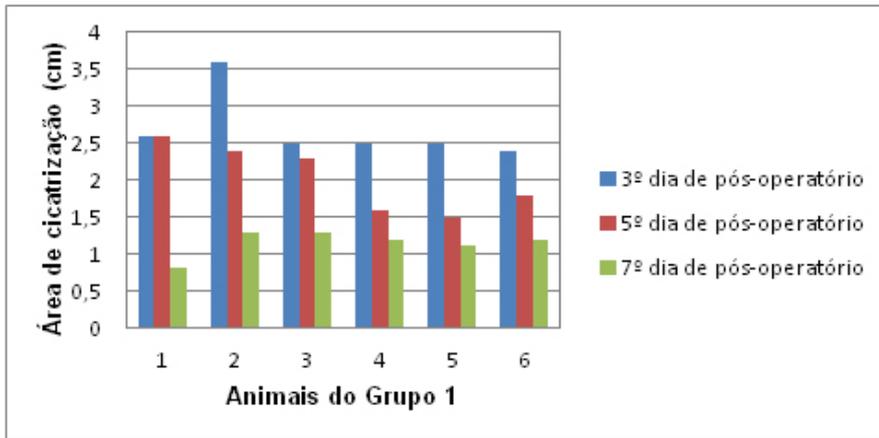


Figura 1. Evolução da cicatrização em animais normais tratados com ácido ascórbico conforme protocolo experimental.

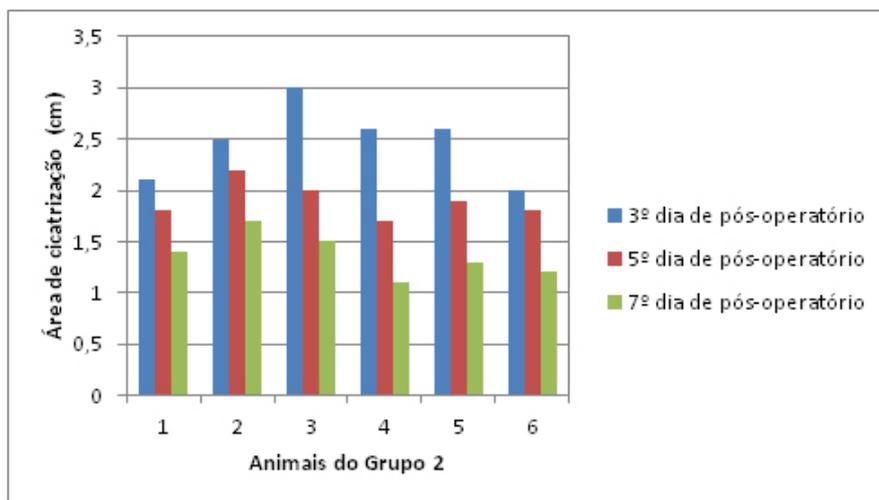


Figura 2. Evolução da cicatrização em animais normais não tratados com ácido ascórbico conforme protocolo experimental.

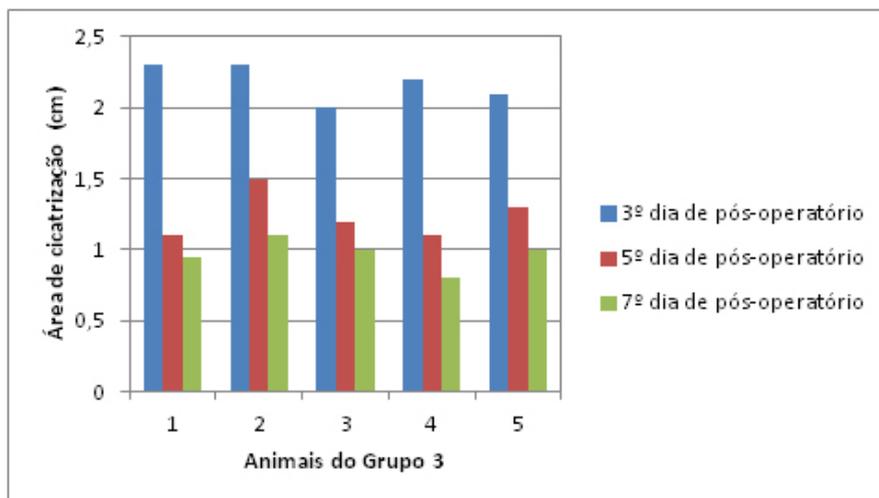


Figura 3. Evolução da cicatrização em animais diabéticos tratados com ácido ascórbico conforme protocolo experimental.

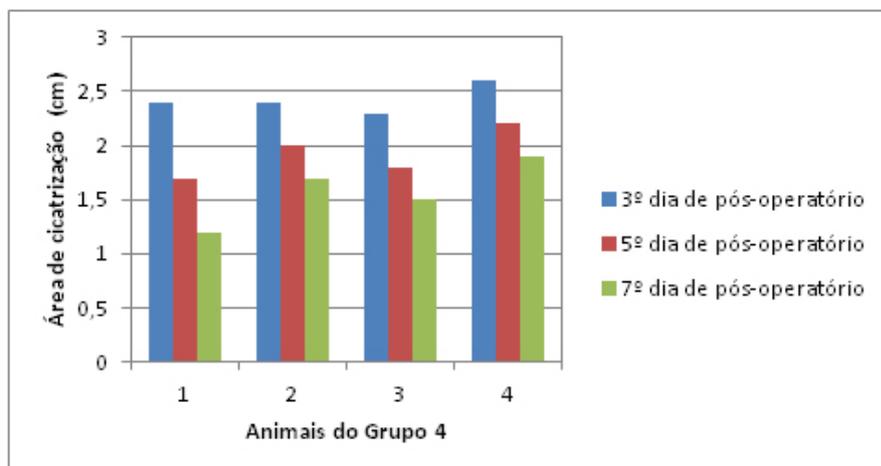


Figura 4. Evolução da cicatrização em animais diabéticos não tratados com ácido ascórbico conforme protocolo experimental.

Na evolução da ferida cutânea, tanto nos grupos controle como nos grupos ácido ascórbico, houve exsudação plasmática com formação de crostas até o 7º dia. Houve então espessamento

da crosta e, no 11º dia seu destacamento, evoluindo para tecido de granulação e epiteliação completa no 15º dia tanto nos animais diabéticos quanto não diabéticos.

Tabela 1. Intensidade da inflamação aguda com avaliação da proliferação vascular observadas na fase de reparação tecidual.

Período Avaliado (dias)	Normal Dieta Controle			Normal Dieta Ácido Ascórbico			Diabético Dieta Controle			Diabético Ácido Ascórbico		
	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º
Ausente	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1
Discreta	0	1	2	0	3	2	0	1	1	0	2	3
Moderada	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	3	2
Acentuada	4	3	2	4	1	0	5	3	2	4	1	0
Total	n = 6			n = 6			n = 6			n = 6		
	p = 0,038						p = 0,027					

Quando observada a proliferação vascular é nítida a tendência, nos grupos que receberam doses de ácido ascórbico, de diminuição gradual de inflamação aguda entre o 7º e o 15º dia de avaliação. Mesmo nos ratos diabéticos, cujo padrão esperado de vascularização e de status inflamatório seja diferente, nota-se que há no 15º dia mais de 60% dos animais com

baixa alteração da proliferação de vasos relacionados ao infiltrado inflamatório, o que demonstra uma resolução mais efetiva da injúria tecidual.

Na **tabela 2**, quando avaliada a infiltração de neutrófilos e monócitos como consequência do disparo dos mecanismos inflamatórios, é bastante significativa a diferença encontrada

em ratos que ingeriram ou não o ácido ascórbico, independentemente de serem ou não diabéticos. Em ratos normais, no 15º dia de avaliação há ausência significativa da presença de polimorfonucleares, cuja tendência é seguida pelos animais diabéticos que ingeriram o

ácido ascórbico. Esses últimos são significativamente diferentes dos animais diabéticos que não ingeriram o nutriente, nos quais mais de 70% dos animais permanecem no 15º dia apresentando infiltrado inflamatório de polimorfonucleares em caráter acentuado ou moderado.

Tabela 2. Intensidade da inflamação aguda com avaliação de polimorfonucleares observadas na fase de reparação tecidual.

Período Avaliado (dias)	Normal Dieta Controle			Normal Dieta Ácido Ascórbico			Diabético Dieta Controle			Diabético Ácido Ascórbico		
	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º
Ausente	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Discreta	0	1	2	0	2	3	0	0	1	0	1	2
Moderada	2	3	3	1	2	1	2	3	2	2	4	2
Acentuada	4	2	1	5	2	0	4	3	3	4	1	0
Total	n = 6			n = 6			n = 6			n = 6		
	p = 0,023						p = 0,019					

Tabela 3. Intensidade da proliferação fibroblástica na fase de reparação tecidual.

Período Avaliado (dias)	Normal Dieta Controle			Normal Dieta Ácido Ascórbico			Diabético Dieta Controle			Diabético Ácido Ascórbico		
	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º
Ausente	5	3	5	0	0	0	5	4	3	2	0	0
Discreta	1	3	1	4	1	0	1	2	3	2	2	1
Moderada	0	0	0	2	4	2	0	0	0	2	2	3
Acentuada	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	2	2
Total	n = 6			n = 6			n = 6			n = 6		
	p = 0,018						p = 0,020					

Quando observada a **tabela 3**, observa-se a evolução do processo de fibroplastia, que geralmente tem início 48 horas após a ocorrência da lesão. Nela surgem os fibroblastos que ao multiplicar-se produzem componentes como a substância fundamental e o colágeno que, concomitantemente à vasta proliferação endotelial, formarão o tecido de granulação. Conforme pode ser visto com os dados obtidos, ratos

tratados com doses orais de ácido ascórbico foram capazes de manter intensa proliferação fibroblástica ao longo do período de cicatrização, independentemente de serem eles diabéticos ou não. Do contrário, os animais não tratados, apresentam ausência acentuada da multiplicação de fibroblastos, o que influencia *a posteriori* o processo de colagenização, como pode ser notado na **tabela 4**.

Tabela 4. Intensidade da colagenização na fase de reparação tecidual.

Período Avaliado (dias)	Normal Dieta Controle			Normal Dieta Ácido Ascórbico			Diabético Dieta Controle			Diabético Ácido Ascórbico		
	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º
Ausente	2	1	0	0	0	0	3	2	3	2	2	1
Discreta	4	3	4	4	4	3	3	4	2	3	1	1
Moderada	0	2	2	2	2	2	0	0	1	1	2	2
Acentuada	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Total	n = 6			n = 6			n = 6			n = 6		
	p = 0,081						p = 0,047					

A colagenização é significativamente mais acentuada nos animais diabéticos ($p < 0,05$) que receberam ácido ascórbico quando comparados a seus pares diabéticos não tratados. Em animais normais, apesar da tendência de colagenização mais acentuada, não foi observada diferença significativa

entre animais tratados e não tratados. Também aqui, os animais controle diabéticos mantêm um patamar de produção entre discreto e ausente, diferentemente dos animais tratados, cujo patamar é marcadamente moderado, principalmente entre o 7º e o 15º dia de avaliação.

Tabela 5. Intensidade da reepitelização na fase de reparação tecidual.

Período Avaliado (dias)	Normal Dieta Controle			Normal Dieta Ácido Ascórbico			Diabético Dieta Controle			Diabético Ácido Ascórbico		
	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º	3º	7º	15º
Ausente	5	3	0	1	0	0	4	2	2	3	1	0
Discreta	1	3	5	5	3	0	2	4	3	3	3	2
Moderada	0	0	1	0	3	4	0	0	1	0	2	3
Acentuada	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Total	n = 6			n = 6			n = 6			n = 6		
	p = 0,043						p = 0,046					

Por meio dos dados apresentados na tabela 5, é premente que nos grupos que receberam a dose oral de ácido ascórbico o processo de reepitelização é bastante intenso a partir do 7º dia após a ocorrência da lesão. Esse processo é intensificado entre o 7º e o 14º dia, chamando a atenção de que essa tendência é mantida mesmo com a presença dos distúrbios metabólicos manifestados nos indivíduos diabéticos.

Houve ausência significativa da inflamação aguda no 13º dia pós-operatório em todos os animais tratados com ácido ascórbico. Houve diferença significativa na intensidade da inflamação crônica, sendo mais intensa no 7º dia no grupo controle. A colagenização foi maior no 7º e 11º dias nos animais tratados com ácido ascórbico. A reepitelização foi significativamente melhor no 7º dia do grupo não diabético tratado com o nutriente

DISCUSSÃO

O modelo de ratos *Wistar* é um dos mais responsivos e consagrados para os estudos de cicatrização, sobretudo aqueles que utilizam a aplicação de drogas diretamente na superfície da pele e via ingestão de substâncias ou nutrientes com ação antioxidante. Neste estudo, a variedade *ratus norvegicus* foi escolhida por ser de pequeno porte, fácil criação em condições experimentais e boa padronização de sexagem, idade, peso, alojamento, cuidados higiênicos e manipulação experimental. Além do mais, responde satisfatoriamente à agressão induzida pela administração farmacológica de indutores do Diabetes *Mellitus*, permitindo a seleção de animais com altas taxas glicêmicas, apresentando boa resistência à manipulação cirúrgica e a infecções.

Para a criação de um modelo experimental do Diabetes *Mellitus*, têm-se utilizado diversas substâncias como estreptozotocina, ditizona, aloxano, entre outras. O aloxano, derivado do ácido úrico, entre outras substâncias de diferentes grupos químicos, possui uma ação diabetogênica caracterizada pela produção de radicais livres que são tóxicos, especificamente nas células β do pâncreas, resultando da degeneração e morte definitiva das mesmas^(15,16).

Esta citotoxicidade seletiva do aloxano ocorre devido a grande capacidade da célula β em acumular a droga, junto ao fato desta célula apresentar uma maior sensibilidade aos radicais peróxidos, quando comparado a células de outros tecidos⁽¹⁷⁾. A ação diabetogênica da droga aloxano é comprovada em modelos experimentais realizados em ratos, os quais desenvolveram diabetes após a indução experimental com a droga, apresentando níveis glicêmicos acima de 200 mg/dl, ou seja, valores acima de 50-135 mg/dl, que são os considerados

adequados para ratos normais^(18,19).

No presente trabalho, a dose de ácido ascórbico foi escolhida com base em trabalhos anteriores, que verificaram serem essas as concentrações mínimas capazes de afetar a cicatrização de feridas e passíveis de serem usadas em seres humanos, sem levar a efeitos tóxicos e adversos quando administradas⁽¹⁰⁾.

O processo de cicatrização é comum a todos os tecidos, com a deposição de colágeno novo e a maturação da cicatriz. O grau de intensidade da resposta inflamatória pode ser de fundamental importância neste processo. Santos e colaboradores⁽²⁰⁾ ressaltam que apesar de reconhecer que a reação inflamatória intensa seja prejudicial ao processo cicatricial, pois pode atrapalhar o adequado suprimento sanguíneo pelo comprometimento da microcirculação e dificultar a proliferação celular (proliferação fibroblástica), certo grau de inflamação é necessário para que o processo se complete satisfatoriamente.

Dentre os cinco marcadores do processo de cicatrização estudados neste trabalho, três dizem respeito diretamente ao mecanismo inflamatório desencadeado após a injúria do tecido cutâneo. Em ambas, tanto animais não diabéticos quanto diabéticos apresentaram, quando da suplementação com ácido ascórbico, um perfil harmônico de resposta. Tanto a proliferação vascular quanto a presença de infiltrado de polimorfonucleares parecem ser modulados pela presença do ácido ascórbico e estão praticamente ausentes entre o 7º e o 15º dia após a injúria nos animais suplementados com o nutriente.

Nos animais diabéticos, o aumento da glicose intracelular é determinante do dano tecidual e a participação do estresse oxidativo nesse processo é fundamental. Acredita-se que

possa participar como fator desencadeante ou perpetuador do dano celular. A auto-oxidação da glicose também é capaz de gerar radicais livres. Postula-se que o anion superóxido (O₂⁻) mitocondrial atue como fator iniciador de uma cascata de eventos, que resulta em maior produção de EROs e espécies reativas de nitrogênio (ERNS), por meio da ativação do NFκB, com produção de citocinas inflamatórias, ativação da proteína quinase C (PKC) e da nicotinamida adenina dinucleotídeo fosfato (NADPH) oxidase. A ativação da PKC regula uma série de funções vasculares, tais como permeabilidade vascular, contratilidade, proliferação celular, síntese de matriz extracelular e transdução de sinais para produção de citocinas⁽⁴⁾. A partir dos dados aqui relatados, é possível inferir que no grupo diabético suplementado com o ácido ascórbico, a capacidade antioxidante prestada por seu maior nível sérico foi capaz de preservar quase que integralmente o sistema endotelial, aqui estudado na região percutânea dos animais, mantendo sob controle a reação inflamatória local e melhorando sensivelmente a performance desses animais nas etapas que envolvem o processo de cicatrização tecidual, geralmente uma das complicações graves do Diabetes *Mellitus*.

Sabe-se que o endotélio é um tecido dinâmico, que possui ações críticas para homeostase sistêmica. Entre suas principais funções pode-se citar manutenção da fluidez sanguínea, controle do tônus vascular por meio da secreção de substâncias vasoativas, regulação da proliferação das células musculares lisas vasculares, participação na reação inflamatória local e hemostasia sanguínea.

Em relação ao processo final de reepitelização, neste estudo observou-se que nos grupos suplementados com o ácido ascórbico isto já

ocorria parcialmente aos sete dias de pós-operatório, indicando processo de reparação mais adiantado nestes grupos. Mesmo em animais feitos diabéticos, padrões como os observados por Álvares e colaboradores⁽²¹⁾, que observaram fibras colágenas dispostas paralelamente à superfície da lesão em torno do 14^o dia de evolução, não foram obedecidos, observando-se precocidade na resolução das etapas inflamatórias e um adiantamento do processo cicatricial. Modolin et al.⁽²²⁾ relatam que uma das características desta última fase do processo de reparação tecidual é a regressão endotelial. Esta, em geral, ocorre sob o controle de um complexo glicoproteico denominado chalcona e que estimula a atividade mitótica epitelial.

Os resultados do presente trabalho sugerem um efeito positivo da vitamina C, tanto nas fases iniciais, quanto nas tardias dos processos cicatriciais. Levando-se em conta que a maior parte das complicações ocorre no período pós-operatório imediato, julgamos pertinente supor que a administração de vitamina C possa ser benéfica, mesmo na clínica, quando se trata de doenças crônicas ou degenerativas.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a administração oral de ácido ascórbico (vitamina C) influenciou positivamente o processo de cicatrização epitelial de ratos *Wistar*, com resolução mais rápida do processo inflamatório e reepitelização precoce do tecido lesado. Mesmo sob influência de possíveis descompensações metabólicas provocadas pelo Diabetes *Mellitus*, a suplementação com esta substância antioxidante mostrou-se eficaz ao minimizar efeitos da manutenção de níveis glicêmicos elevados sobre a regeneração tecidual, seguida de processo de injúria.

ABSTRACT

BACKGROUND: Ascorbic acid, an essential nutrient for species such as rats and humans has been distinguished by its properties, including participation in the healing process, both in normal individuals as in patients with diabetes mellitus. The objective of this study as to investigate the effect of vitamin C supplementation in the healing of the abdomen in Wistar rats made diabetic at different postoperative periods.

METHODS: We used 32 male Wistar rats which were submitted to surgical abdominal incision of 3 cm, making a wound. The animals were divided into four experimental groups: 1) non diabetic mice, 2) non diabetic mice treated with oral administration of vitamin C (1g/day), 3) untreated diabetic rats, 4) diabetic rats with oral administration of vitamin C (1g/day). Diabetes was induced by administration of intrapenian alloxan. The healing was measured on the 3rd, 5th, 7th, 9th, 11th, 13th and 15th postoperative day, comparing the groups by digital graphyplan and histological analysis by vascular proliferation: polymorphonuclear and mononuclear cells, fibroblast proliferation, collagen and epithelium formation.

RESULTS: The evolution of the cutaneous wound with plasma exudation was scabbing until the 7th day in all groups. Then there was thickening of the crust and on the 11th day of secondment, evolving into granulation tissue and epithelialization complete on the 15th day, both in diabetic animals as non-diabetics. There was no significant acute inflammation on the 13th postoperative day in all animals treated with vitamin C and significant difference in the intensity of chronic inflammation, which was more pronounced on day 7 in the control group. The collagen was higher at 7 and 11 days in animals treated with vitamin C. The re epithelialization was significantly better on the 7th day of the non diabetic group treated with vitamin C.

CONCLUSION: It was found that vitamin C is effective in epithelial healing process of the rats with more rapid resolution of the inflammatory process and premature re epithelialization of the injured tissue in both diabetic and nondiabetic mice.

KEYWORDS: *Ascorbic Acid; Wound Healing; Diabetes Mellitus.*

REFERÊNCIAS

1. Foss NT, Polon DP, Takada MH, Foss-Freitas MC, Foss MC. Dermatoses em pacientes com diabetes mellitus. *Rev Saúde Públ.* 2005 Aug;39(4):677-82.
2. World Health Organization (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus [monografia na Internet]. Geneva (SZ): WHO; 1999 [acesso em 2012 Set 9]. Disponível em: http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/who_dmg.pdf
3. Cortez AC, Benedicto HG, Agreste FR, Clebis NK, Bombonato PP. Estudo histomorfométrico do baço de ratos Wistar sadios e diabéticos suplementados ou não pela vitamina C. *Pesq Vet Bras.* 2009 Out;29(10):834-40.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2008 [monografia na Internet]. São Paulo: SBD, 2008 [acesso em 2012 Ago 20]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes-sbd-2008-mar-12.pdf>
5. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004 May;27(5):1047-53.
6. Ministério da Saúde (Brasil). VIGITEL Brasil 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico [monografia na Internet]. Brasília: MS, 2011 [acesso em 2012 Out 08]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf.
7. Ortolan EVP, Spadella CT, Machado JLM, Kobayasi S. Avaliação de parâmetros de cicatrização no cólon de ratos diabéticos sem agressão cirúrgica. *Acta Cir Bras.* 2004 Maio-Jun;19(3):286-295.
8. Duarte TL, Cooke M.S, Jones GD. Gene expression profiling reveals new protective roles for vitamin C in human skin cells. *Free Radic Biol Med.* 2009 Jan;46(1):78-87
9. Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. 9.ed. São Paulo: Manole; 2003. v.1, p.499-517.
10. Petroianu A, TCBC-MG, Alberti LR. Efeito da suplementação oral de vitamina C na resistência anastomótica intestinal. *Rev Col Bras Cir.* 2011 Jan-Fev; 38(1):54-8.
11. F Valdés. Vitamina C. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97(9):557-68.
12. Faria HG, Stabile SR, Cassaro L. Efeitos da ingestão de água suplementada com vitamina C no desempenho de ratos submetidos à condição de estresse. *Arqs Apadec.* 2004; 8(1):1-6.
13. Lima CC, Pereira AP, Silva JR, Oliveira LS, Resck MCC, Grechi CO, et al. Ascorbic acid for the healing of skin wounds in rats. *Braz J Biol.* 2009 Nov;69(4):1195-201.
14. Jagetia GC, Rajanikant GK, Mallikarjun Rao KV. Ascorbic acid increases healing of excision wounds of mice whole body exposed to different doses of gama-radiation. *Burns.* 2007 Jun;33(4):484-94.
15. Grankvist K, Marklund S, Sehlin J, Täljedal IB. Superoxide dismutase, catalase and scavengers of hydroxyl radical protect against the toxic action of alloxan on pancreatic islet cells in vitro. *Biochemical journal.* 1979;182(1):17-25.
16. Cisternas JR. Fisiologia das ilhotas de langerhans. In: Douglas CR. Tratado de fisiologia aplicada à ciência da saúde. 4. ed. São Paulo: Robe; 2000, p.1073-86.
17. Jorns A, Tiedge M, Lenzen S, Munday R. Effect of superoxide dismutase, catalase, chelating agents, and free radical scavengers on the toxicity of alloxan to isolated pancreatic islets in vitro. *Free Radic Biol Med.* 1999 May;26(9-10):1300-4.
18. Carvalho EN, Carvalho NAS, Ferreira LM. Modelo experimental de indução do diabetes mellitus em ratos. *Acta Cir Bras.* 2003;18(1):60-4.
19. Lercio MM, Spadella CT, Machado JLM, Schellini AS, Padovani CR. Caracterização de um modelo experimental de Diabetes Mellitus, induzido pela aloxana em ratos: estudo clínico e laboratorial. *Acta Cir Bras.* 2003; 8(2):132-42.
20. Santos MF, Czezko NG, Nassif PA, Ribas-Filho JM, Alencar BL, Malafaia O, et al. Avaliação do uso do extrato bruto de *Jatropha gossypifolia* L. na cicatrização de feridas cutâneas em ratos. *Acta Cir Bras.* 2006;21 suppl.3:2-7.
21. Alvares S. Contribuição para o estudo histométrico e histoquímico do processo de reparação de lesões obtidas experimentalmente na pele de ratos albinos. [Tese-Doutorado] - Universidade de São Paulo - Faculdade de Odontologia;1972.
22. Modolin M, Bevilacqua RG. Cicatrização das feridas: Síntese das aquisições recentes. *Rev Bras Clin Terap.* 1985;14(6):208-13.

Recebido em: 05/09/2012

Aprovado em: 24/10/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Gilberto Simeone Henriques

Av. Professor Alfredo Balena, 190

5º andar, sala 518 – Santa Efigênia / SP - 30310-100

nativo@usp.br

Autoestima, espiritualidade e depressão em pacientes portadores de neoplasia colorretal

Self concept, spirituality and depression in patients bearers of colorectal neoplasm

Maria Carolina Mendes de Oliveira¹

Tulio Coelho de Oliveira²

Taylor Brandão Schnaider³

RESUMO

OBJETIVO: O impacto da doença no bem-estar e funcionalidade dos pacientes é um assunto de suma importância e de crescente interesse no cenário da pesquisa científica do carcinoma colorretal, uma vez que a avaliação da autoestima, depressão e espiritualidade é essencial para se prever o impacto que o tratamento acarretará na vida desses pacientes. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a autoestima, a espiritualidade e a depressão em pacientes portadores de neoplasia colorretal.

MÉTODOS: Estudo clínico, observacional-descritivo e de centro único. A população deste estudo foi constituída de usuários do Serviço de Proctologia, de ambos os gêneros, na faixa etária de 18 a 65 anos, portadores de neoplasia colorretal, submetidos a tratamento cirúrgico, sendo abordados na internação hospitalar. Os critérios de exclusão foram: recusa do paciente em participar do estudo, recidiva local ou sistêmica diagnosticada e incapacidade de comunicação verbal. O local da pesquisa foi o Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí. Para avaliar a autoestima foi utilizada a Escala de autoestima Rosenberg UNIFESP/EPM; para avaliação da espiritualidade foi empregado o instrumento de Pinto & Ribeiro; para medida da depressão foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck. Foi empregado o teste não paramétrico de Wilcoxon para confrontar os escores de crença e esperança/otimismo, sendo fixado em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade. O estudo seguiu os procedimentos da Resolução CNS nº 196/96.

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

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

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

RESULTADOS: Participaram do estudo sete pacientes do gênero feminino e 13 do gênero masculino, idade variando de 18 a 65 anos (média de 55 anos). Com relação à autoestima, as pontuações variaram de 0 a 15 (média de 4). No que se refere à espiritualidade, a dimensão crença apresentou média de 3,65 e a dimensão esperança/otimismo média de 3,64; utilizando-se o teste de Wilcoxon, obteve-se $Z = 0,456$ e $p = 0,648$, demonstrando que não ocorreu diferença estatística significativa entre as dimensões crença e esperança/otimismo. No que tange à depressão, 18 participantes (90%) não apresentaram depressão e dois (10%) apresentaram depressão leve/moderada.

CONCLUSÃO: Portadores de neoplasia colorretal apresentaram baixa autoestima e alta concordância com as dimensões crença e esperança/otimismo da espiritualidade, contudo, apenas 10% relataram depressão.

DESCRIPTORIOS: *Neoplasias Colorretais; Autoimagem; Espiritualidade; Depressão.*

Oliveira MCM, Oliveira TC, Schnaider TB. Determinação do estado nutricional de recém-nascidos admitidos em uma UTI neonatal. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.4, p. 248-255, out./dez. 2012.

INTRODUÇÃO

A neoplasia colorretal é classificada mundialmente como o terceiro tipo de câncer mais comum no gênero masculino e o segundo no gênero feminino. Para o Brasil, no ano de 2012, estimava-se 14.180 novos casos de câncer do cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres⁽¹⁾.

O câncer é capaz de alterar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, através da manifestação de diversas alterações da integridade físico-emocional como desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda de autoestima^(2,3).

Dessa forma, o carcinoma colorretal e o consecutivo tratamento podem causar um efeito adverso na função social, incluindo trabalho e vida produtiva, relacionamento com familiares, parceiros e amigos e outros interesses e atividades sociais⁽⁴⁾. Ademais, indivíduos

diagnosticados com câncer e portadores de doenças concomitantes, se comparados com a população em geral, têm maior predisposição em apresentar sintomas e transtornos depressivos persistentes⁽⁵⁾.

Os avanços obtidos na compreensão dessa doença, sejam em termos de seu comportamento clínico, sejam quanto à patogênese molecular, traduziram-se em progressos importantes no âmbito do tratamento⁽⁶⁾. Contudo, até o presente momento, a cirurgia radical associada à quimioterapia é a principal modalidade de tratamento para pacientes com doença localizada⁽⁷⁾. Assim, desde o diagnóstico da doença, o paciente já tem sua qualidade de vida fortemente abalada, além de sua autoestima definhando e sua espiritualidade ser colocada em cheque.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a autoestima, a espiritualidade e a depressão em pacientes portadores de neoplasia colorretal.

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 1388/10.

A população de estudo foi constituída de usuários do Serviço de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí (Pouso Alegre, MG), abordados na internação hospitalar 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 de ambos os gêneros, usuários do Serviço de Coloproctologia, provenientes do Sistema Único de Saúde; idade entre 18 e 65 anos; submetidos a tratamento cirúrgico por doença maligna colorretal. Os critérios de exclusão foram: recusa do paciente em participar do estudo; recidiva local ou sistêmica; incapacidade de comunicação verbal.

Foram utilizados os instrumentos de: Autoestima de Rosenberg (UNIFESP/EPM)⁽⁸⁾, Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro)⁽⁹⁾, Depressão (Inventário de Beck)⁽¹⁰⁾.

Para avaliar a autoestima, foi utilizada a Escala de autoestima Rosenberg (UNIFESP/EPM)⁽⁸⁾. Trata-se de um instrumento contendo 10 itens, sendo que cinco avaliam sentimentos positivos do humano sobre si mesmo e cinco avaliam sentimentos negativos; cada item é avaliado por uma escala de três pontos, do tipo Likert (concordo fortemente, concordo, discordo e discordo fortemente). O intervalo dessa escala varia de 0 a 30; pontuações entre 15 e 25 estão dentro da normalidade, abaixo de 15 sugerem baixa autoestima e acima de 25 elevada autoestima.

A escala de espiritualidade de Pinto e

Pais-Ribeiro⁽⁹⁾ contém cinco itens que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas com as dimensões crença e esperança/otimismo da espiritualidade. As respostas podem variar entre o **Não concordo** (1), **Concordo um pouco** (2), **Concordo bastante** (3), **Plenamente de acordo** (4). Da análise fatorial resultam duas subescalas, uma constituída por dois itens que se referem a uma dimensão vertical da espiritualidade, a que denominamos Crenças, e outra constituída por três itens, que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, tendo sido denominada Esperança/Otimismo. A cotação de cada subescala é efetuada através da média dos itens da mesma. Exemplo: Crenças = $(Esp1 + Esp2)/2$; 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⁽¹⁰⁾, 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.

Foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon (Siegel) para confrontar os escores de crença e esperança/otimismo, sendo fixado em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas da população: 13 pacientes do gênero masculino e sete do feminino; 18 leucodermas e dois melanodermas; seis etilistas e 14 não etilistas; dois tabagistas e 18 não tabagistas; sete praticavam exercícios físicos e 13 não praticavam; 18 viviam com companheiro e dois não; nenhum dos pacientes estava sendo submetido à psicoterapia; dois eram analfabetos, 14 tinham ensino fundamental, três ensino médio e um ensino superior (**Tabela 1**).

No que se refere à espiritualidade, a dimensão crença apresentou média de 3,65 e esperança/otimismo média de 3,64; utilizando-se o teste de Wilcoxon, obteve-se $Z = 0,456$ e $p=0,648$, demonstrando que não ocorreu diferença estatística significativa entre as dimensões crença e esperança/otimismo (**Tabela 2**). No que tange à depressão, 18 participantes não apresentaram depressão e dois apresentaram depressão leve/moderada (**Tabela 3**). Com relação à autoestima, apenas uma paciente de 42 anos apresentou pontuação dentro da normalidade⁽¹⁵⁾, sendo que todos os demais apresentaram baixa autoestima (média de 4 e mediana de 2,5) (**Tabela 4**).

DISCUSSÃO

A relação médico-paciente, o acompanhamento psicológico e a espiritualidade, assim como os procedimentos cirúrgicos e de radioquimioterapia, são fundamentais no tratamento dos pacientes portadores de neoplasia colorretal, os quais devem ser vistos em suas múltiplas dimensões.

Do ponto de vista sociodemográfico ocorreu predomínio do gênero masculino que, segundo dados da literatura, o câncer colorretal é mais

frequente em homens⁽¹⁾; no que tange à idade, a média nos pacientes deste estudo foi de 55 anos, confirmando os dados da literatura, que aponta que aproximadamente 70% dos portadores desse tipo de neoplasia encontram-se na faixa etária dos 40 aos 70 anos de idade⁽¹¹⁾. Com relação à situação conjugal, 18 viviam com companheiro e dois não, confirmando estudos em humanos portadores de câncer colorretal, que apontam entre 60 e 95% de pessoas casadas⁽¹¹⁾. Nenhum participante desta pesquisa teve acesso à psicoterapia, que de acordo com a portaria n.º 3.535, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 14 de outubro de 1998, determina a presença obrigatória do psicólogo na equipe multidisciplinar de atendimento aos pacientes oncológicos. A psicoterapia facilita a comunicação do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, uma melhor qualidade de morte e morrer⁽¹²⁾.

Pesquisa qualitativa, em que foram entrevistados 10 pacientes, de ambos os gêneros, com idade variando entre 42 e 70 anos e recém-operados, que realizavam tratamento em um hospital oncológico pelo Sistema Único de Saúde, constatou diminuição ou perda da libido, impotência, diminuição da autoestima e preocupações relacionadas com a eliminação de odores e fezes durante a relação sexual⁽¹³⁾.

Revisão não sistemática, selecionando artigos nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE), empregando os descritores *quality of life*, *colorectal neoplasms* e *oncologic nursing*, realizando combinações entre dois ou três

descritores em cada base de dados, no período de janeiro de 1997 a julho de 2007, verificou que no domínio psicossocial dos instrumentos, que avaliam qualidade de vida, os pacientes apresentaram déficit para imagem corporal e sintomas como depressão, ansiedade e insônia e relataram problemas financeiros, assim como a intervenção psicossocial proporcionou melhora para a função social⁽¹⁴⁾.

Pesquisa clínica, com 63 pacientes portadores de câncer, a serem submetidos à intervenção cirúrgica relacionada à doença, distribuídos em dois grupos, que responderam a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) antes ou no final da avaliação pré-anestésica, constatou que no grupo que respondeu o instrumento HAD antes da avaliação pré-anestésica (n = 32), seis (18,7%) apresentaram depressão e, no grupo que respondeu o instrumento HAD depois da avaliação pré-anestésica (n = 31), cinco (16,1%) apresentaram depressão⁽¹⁵⁾.

Estudo transversal, com amostra não probabilística de 154 pacientes com câncer primário de cólon ou reto, em atendimento ambulatorial, em qualquer estágio da doença, com idade igual ou superior a 18 anos e capacidade adequada de compreensão e verbalização, observou que 11 (7,1%) doentes apresentavam depressão⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, 19 (95%) portadores de neoplasia colorretal apresentaram baixa autoes-

tima, sendo que um (5%) apresentou pontuação dentro da normalidade; no que se refere à depressão, 18 (90%) não apresentaram e dois (10%) apresentaram depressão. Os resultados obtidos são semelhantes aos relatos encontrados na literatura.

Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizada em 99 humanos portadores de câncer colorretal com e sem ostomia, idade igual ou superior a 18 anos, com capacidade de compreensão e verbalização adequadas para responder à entrevista e aceitar participar da pesquisa, constatou, utilizando o Instrumento WHOQOL-bref, que, das facetas do domínio Psicológico, a mais influente foi espiritualidade/religião/crenças pessoais⁽¹⁷⁾.

Nesta pesquisa, os portadores de neoplasia colorretal apresentaram escores elevados das dimensões crença e esperança/otimismo, indicando grande influência da espiritualidade na vida desses pacientes.

CONCLUSÃO

Os pacientes portadores de neoplasia colorretal apresentaram baixa autoestima, alta concordância com as dimensões crença e esperança/otimismo da espiritualidade, contudo, apenas 10% relataram depressão.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas.

	Gênero	Idade	Cor (pele)	Peso(kg)	Etilismo	Tabagismo	Exerc. Físico	Vive c/ companheiro	Escolaridade
1	Masc	65	Leuc	80	Não	Não	Não	Sim	Fundamental
2	Masc	56	Leuc	63	Não	Não	Sim	Sim	Fundamental
3	Fem	47	Leuc	63	Não	Não	Não	Sim	Médio
4	Masc	62	Leuc	80	Não	Não	Não	Sim	Fundamental
5	Fem	55	Leuc	62	Não	Não	Não	Sim	Médio
6	Fem	59	Leuc	75	Não	Não	Sim	Sim	Analfabeto
7	Masc	55	Leuc	73	Sim	Não	Não	Não	Fundamental
8	Masc	60	Mel	75	Sim	Sim	Não	Sim	Fundamental
9	Masc	58	Leuc	57	Não	Não	Não	Sim	Analfabeto
10	Fem	42	Leuc	61	Não	Não	Não	Sim	Superior
11	Masc	65	Leuc	69	Não	Não	Não	Sim	Fundamental
12	Fem	61	Leuc	70	Não	Não	Sim	Sim	Fundamental
13	Masc	44	Leuc	89	Sim	Não	Não	Sim	Fundamental
14	Masc	45	Leuc	70	Não	Não	Não	Sim	Fundamental
15	Masc	49	Leuc	57	Sim	Não	Não	Sim	Fundamental
16	Masc	65	Leuc	45	Não	Não	Sim	Sim	Médio
17	Masc	56	Leuc	58	Não	Não	Sim	Sim	Fundamental
18	Fem	49	Mel	91	Não	Não	Não	Sim	Fundamental
19	Fem	55	Leuc	69	Sim	Não	Sim	Não	Fundamental
20	Masc	59	Leuc	83	Sim	Sim	Sim	Sim	Fundamental

Tabela 2. Escores de crença e esperança/otimismo.

Espiritualidade	Média	Mediana
Crença	3,65	4
Esperança /Otimismo	3,64	3,7

Teste de Wilcoxon
z= 0,456 (p=0,648)

Tabela 3. Inventário de Depressão de Beck.

Depressão	Número de pacientes	% de pacientes
Sem depressão	18	90
Depressão leve/moderada	2	10
Depressão severa	0	0
Total	20	100

Tabela 4. Pontuação da Escala de autoestima de Rosenberg/UNIFESP.

	Gênero	Idade	Pontuação
1	Masculino	65	3
2	Masculino	56	0
3	Feminino	47	11
4	Masculino	62	2
5	Feminino	55	1
6	Feminino	59	0
7	Masculino	55	2
8	Masculino	60	7
9	Masculino	58	1
10	Feminino	42	15*
11	Masculino	65	2
12	Feminino	61	1
13	Masculino	44	3
14	Masculino	45	4
15	Masculino	49	7
16	Masculino	65	1
17	Masculino	56	1
18	Feminino	49	3
19	Feminino	55	8
20	Masculino	59	8

*Paciente dentro da faixa de normalidade de autoestima.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The impact of the disease in the well-being and functionality of the patients is a subject of major importance and growing interest in the scenario of the scientific research of colorectal carcinoma, as the evaluation of self-esteem, depression and spirituality is essential to prevent the impact that the treatment may cause in these patients' lives. The objective of this research was to evaluate the self-esteem, the spirituality and the depression in bearers of colorectal neoplasm.

METHODS: Clinical study, observational descriptive and of exclusive center. The population of this study was formed of users of the Proctology Service, of both genders, with ages from 18 to 65, bearers of colorectal neoplasm, having undergone surgical treatment, being approached on admission to the hospital. The criteria for exclusion were: the patient's refusal to participate in the study, local recidivism or diagnosed systematization and incapacity of verbal communication. The research took place in the Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí. It was used the Self-esteem Rosenberg UNIFESP/EPM scale to evaluate self-esteem; to the evaluation of the spirituality, the instrument of Pinto & Ribeiro was applied; for the measure of depression the Beck Inventory Depression was utilized. Wilcoxon's non-parametric test was used to confront

scores of faith and hope/optimism with 5% being fixed as level of rejection of the insignificance hypothesis. The study followed the procedures of resolution number 196/96.

RESULTS: The participants in the study were 7 female patients and 13 male patients, ages varying from 18 to 65 (average of 55 years old). As regards to the self-esteem the marks varied from 0 to 15 (average of 4). About the spirituality, the faith dimension showed an average of 3,65 and a hope/optimism dimension average of 3,64; applying the Wilcoxon test, it was obtained $Z = 0,456$ and $p = 0,648$, showing that no significant statistical difference occurred between faith and hope/optimism dimensions. Regarding depression, 18 participants (90%) did not show depression and 2 (10%) showed light/ moderate depression.

CONCLUSION: Patients with colorectal neoplasm showed low self-esteem and high consonance with faith and hope/optimism dimensions of spirituality, but only 10% related depression.

KEYWORDS: *Colorectal Neoplasm; Self Concept; Spirituality; Depression.*

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer Colorretal Estimativas 2012 – Incidência de Câncer no Brasil [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [Acesso em 22 Out. 2012]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/>.
2. Thompson C. Affective disorders. In: Thompson C. The instruments of psychiatric research. London: John Wiley & Sons; 1989. p 87-126.
3. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-am Enferm. 2004;12(6):875-83.
4. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. J Clin Oncol. 2004;22(23):4829-36. Erratum in: J Clin Oncol. 2005 Dec 1;22(23):4829-36.
5. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. Biol Psychiatry. 2003 Aug 1;54(3):283-94.
6. Kumar SK, Goldberg RM. Adjuvant chemotherapy for colon cancer. Curr Oncol Rep. 2001 Mar;3(2):94-101.
7. Galizia G, Lieto E, Ferraraccio F, Orditura M, De Vita F, Castellano P, et al. Determination of molecular marker expression can predict clinical outcome in colon carcinomas. Clin Cancer Res. 2004 May 15;10(10):3490-9.
8. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e Validação da versão brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. Rev Soc Bras Cir Plást. 2004 Jan-Abr;19(1):41-52.
9. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. ArquiMed. 2007;21(2):47-53.
10. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res. 1996 Apr;29(4):453-7.
11. Ramsey SD, Andersen MR, Etzioni R, Moinpour C, Peacock S, Potosky A, et al. Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. Cancer. 2000 Mar 15;88(6):1294-303.
12. Carvalho MM. Psico-oncologia: História, Características e Desafios. Psicol USP. 2002;13(1):1-7.
13. Almeida SSL, Rezende AM, Schall VT, Modena CM. Os sentidos da corporeidade em ostomizados por câncer. Psicol Estud. Out-Dez;2010;15(4):761-9.
14. Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):125-30.
15. Magalhães Filho LL, Segurado A, Marcolino JAM, Mathias LAST. Impacto da Avaliação Pré-Anestésica sobre a Ansiedade e a Depressão dos Pacientes Cirúrgicos com Câncer. Rev Bras Anestesiol. 2006 Abr;56(2):126-36.
16. Santos J, Mota DDCF, Pimenta CAM. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colorretal. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):904-9.
17. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-am Enferm. 2004 Nov-Dez;12(6):875-83.

Recebido em: 15/10/2012

Aprovado em: 10/11/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Taylor Brandão Schnaider

Av. Francisca Ricardina de Paula, 289

37550-000 - Pouso Alegre / MG

sormanti@uai.com.br

A arte de ouvir o paciente

The art of listening to the patient

Ligia Cecilia Fuverki Suguimatsu¹

Lucca Felipe Lins Cajazeira de Macedo Campos¹

Luiz Felipe de Mio Geara¹

João Carlos Simões²

RESUMO

O principal objetivo deste trabalho é o de expor que nem mesmo a melhor das tecnologias é capaz de substituir o diálogo entre duas pessoas. Muitas vezes o paciente chega ao consultório do médico frágil e inseguro por estar doente e necessitar de ajuda. Como profissional da saúde, o médico deve ter cuidado ao falar e, principalmente, ao ouvir o paciente, mantendo-se sempre atento e cauteloso ao demonstrar sua reação perante o paciente. Desse modo, o paciente se sente confortável, confiante e seguro e o diagnóstico médico se torna mais eficiente.

DESCRITORES: *Relações Médico-Pacientes; Anamnese.*

Suguimatsu LCF, Campos LFLCM, Geara LFM, Simões JC. A arte de ouvir o paciente. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.4, p. 256-259, out./dez. 2012.

1. Acadêmicos do primeiro período do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)– Curitiba-Paraná.

2. Professor titular da disciplina de História e Humanização da Medicina do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba (PR).

Ouvir: a arte mais difícil da Medicina

"A melhor ferramenta (ou instrumento) do médico é sentar-se e ouvir o paciente."

GREGÓRIO MARAÑÓN

Após a anamnese, o médico deve realizar procedimentos básicos de semiotécnica, como aferir a pressão arterial, verificar a temperatura corpórea, fazer a ausculta do coração e pulmões, palpar o abdome, fazer o toque retal e exame ginecológico etc. Além disso, o profissional deve ter a sensibilidade de ouvir o paciente, na identificação dos sintomas e sinais, para melhor entender os acontecimentos passados, que trouxeram o paciente à consulta.

A anamnese será mais precisa quanto mais o paciente relatar o que sente. **Conversar é tão importante quanto examinar.** Segundo Rebeca Rebb, "a comunicação é a parte do tratamento do paciente e ficar conversando com ele, muitas vezes é o próprio remédio". Sem o diálogo, o homem não se caracteriza como pessoa humana. Para que essa comunicação ocorra espontaneamente, a relação medico-paciente deve ser baseada na confiança mútua, na habilidade de escutar e saber montar o diagnóstico de acordo com a análise verbal e não-verbal. Se o paciente não tiver uma boa relação com o seu médico, se não confiar nele, dificilmente dirá a verdade, o que provocará um diagnóstico equivocado.

Essa interação humana profissional/paciente leva à construção de um relacionamento onde o paciente é acolhido em sua nova condição. A qualidade da assistência que se presta ao paciente pode ser diretamente influenciada pela habilidade de comunicarmos com ele.

Tão importante quando atentar ao diálogo, é preciso também saber identificar os sinais corporais emitidos pelo paciente. Como, por exemplo, uma expressão de dor, um olhar abatido ou,

então, um andar recurvado. O profissional da saúde tem que usar de todos os recursos disponíveis para melhor atender o seu cliente e com isso promover maior qualidade de vida.

Em saúde, saber escutar é humanizar o atendimento ao paciente para que esse possa sentir-se seguro e em um local acolhedor, onde possa ser cuidado não apenas como um doente, mas também como pessoa humana.

A doença removeu a pessoa do seu convívio social, transplantou-a para um ambiente estranho, desagradável e desconhecido, onde se sente incompetente e só. Antes era uma pessoa que contribuía ativamente para a sociedade e, agora, deve aceitar uma posição de dependência. Esse paciente necessita preservar a autoestima, ser reconhecido como um indivíduo, uma personalidade única. O profissional cuida para que essa necessidade seja atendida da seguinte maneira: dedica tempo da consulta para ouvir o paciente, dialoga com ele à medida que deseje ou que a oportunidade o permita. E, acima de tudo, mostra interesse em todos os assuntos que parecem importantes para ele; sua atenção, consideração e delicadeza demonstram que ele é estimado e suas necessidades e problemas sejam reconhecidos.

Em uma pesquisa realizada em um hospital geral no interior da Bahia, todos os informantes expressaram a importância de serem ouvidos, sentiram-se melhor, mais seguros, distraídos e lhes possibilitou tirar as suas dúvidas. Em relatos, enfermos contam a influência benéfica do diálogo no tratamento. Escutar o paciente é uma forma de acolhê-lo em sua nova casa.

Tecnicismo x humanismo

“A palavra é sagrada para quem a pronuncia e mágica para quem a ouve.”

SARTRE

Porém, a tecnologia e o tecnicismo vêm tomando o lugar da boa e velha conversa. Ao invés de os exames serem confirmadores de diagnósticos, eles se tornaram o próprio diagnóstico, sem antes saber o que está passando com o doente. O que forçou os profissionais a se tornarem tão frios sem ao menos conversar decentemente com seu frágil doente? Alguns justificam que o breve tempo de consulta é por causa dos baixos valores pagos pelos planos de saúde, outros com a maior precisão dos diagnósticos complementares. Mas essa falta de atenção e descaso está rumo à mudança.

O novo Código de Ética Médica, aprovado em 2010, estabelece uma nova forma de atuação médico-paciente. O paciente agora se torna ativo e tem poder de escolha. **Com o novo código, o paciente tem poder de opinar na decisão do médico e decidir, juntamente com o profissional, qual a melhor conduta para retornar à condição saudável.**

De acordo com Gerson Zafalon Martins,

segundo secretário do Conselho Federal de Medicina, o médico não mais define sozinho o que deve ser feito. Ele vai explicar os procedimentos e tomar a decisão em conjunto com o paciente. Mais uma vez, há a necessidade de escutar a opinião do paciente. Não tratá-lo apenas como um objeto quebrado e cuja função do médico é apenas a de consertar, mas sim, como um ser humano com necessidades e desejos, opiniões e pensamentos, que devem ser respeitados acima de tudo.

CONCLUSÃO

A arte de ouvir o paciente é algo que deve ser inerente ao profissional da saúde. Um dom adquirido e aperfeiçoado com o passar dos anos, que vinha sendo esquecido por muitos profissionais da área de saúde. Agora, está mais que na hora de reestabelecer a confiança mútua entre o médico e seu amigo paciente. Um bom profissional não é apenas o que sabe a matéria, os medicamentos e tratamentos, mas é aquele que sabe como tratar o paciente como ser humano, respeita suas opiniões e dialoga a fim de trilhar o melhor caminho rumo à saúde plena, em que o físico, o psicológico e o espiritual estão em equilíbrio.

ABSTRACT

The main objective of this paper is to present that not even the best technology can replace the dialogue between two people. Often the patient arrives at the doctor's office fragile and insecure about being sick and in the need of help. As a health professional, the physician should be careful when speaking and especially when listening to the patient, being always alert and cautious while demonstrating his/her reaction to the patient. Thus, patients feel comfortable, confident and more secure so medical diagnosis becomes more efficient.

KEYWORDS: *Physician-Patient Relations; Anamnesis.*

REFERÊNCIAS

1. Santos JB. Ouvir o paciente: a anamnese no diagnóstico clínico. *Brasília Med.* 1999;33(3/4):69-71.
2. Aragão B. Médico terá de ouvir o paciente. *J Gazeta Povo* [periódicos na internet]. 13 de abr. 2010 [Acesso em 20 Abr 2012]. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=992215&tit=Medico-tera-de-ouvir-paciente>.
3. Furlan CB, Eliana, Rodriguez EOL. Humanização na enfermagem: o poder de ouvir o paciente na gestão do cuidado. Trabalho apresentado no 13º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2010.
4. Eksterman A. A relação médico-paciente na observação clínica. Palestra apresentada ao XV Congresso Panamericano de Gastroenterologia [Internet]. Rio de Janeiro; 1977 [Acesso em 20 Out. 2010]. Disponível em: http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/relacao_medicipaciente_obsclinica.pdf.
5. Torres HS, Sandoval JMH. Saber escutar o paciente: Um remédio a serviço da promoção da saúde [Monografia na Internet, acesso em: Out. 2012]. Disponível em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/1/1e/Saber_escutar_o_paciente-Haroldo_e_Maximiliano.pdf
6. Cuminale N. A médica do Dr. House. *Rev Veja* [Periódico na Internet] 2010 Jul 09 [Acesso em 20 Out. 2012]. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/saude-house-lisa-sanders-entrevista>.

Recebido em: 15/11/2012

Aprovado em: 10/12/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

João Carlos Simões

Rua Nicolau J. Gravina, 65 – Cascatinha

CEP: 82025-265 – Curitiba / PR

drjcs@uol.com.br



**Envie seu
Artigo**

para a Revista do Médico Residente via
internet
drjcs@uol.com.br

Volumoso tumor do estroma gastrointestinal (GIST): relato de caso e revisão de literatura

Massive gastrointestinal stromal tumor (GIST): case report and literature review

Carolina Talini¹

Jociel Romano Bordignon²

João Carlos Simões³

William A. C. Cecílio⁴

Ricardo A. E. Aurichio⁴

Alan C. H. Motter⁴

RESUMO

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) representam 80% dos tumores mesenquimais do trato digestivo e são mais frequentemente encontrados no estômago (70%). Relato de Caso: AF, masculino, 45 anos. Queixava-se de dor abdominal havia três meses, acompanhada de perda ponderal sem inapetência e massa abdominal palpável em hipocôndrio esquerdo. Tomografia demonstrou massa cística heterogênea com 15,4x16x17 cm e ascite moderada. Foi submetido à laparotomia e gastrectomia subtotal com ressecção da massa em monobloco. Imuno-histoquímica confirmou c-Kit positivo e paciente foi encaminhado para realizar Imatinibe adjuvante. Discussão: Macroscopicamente, as dimensões do GIST variam de alguns milímetros a dezenas de centímetros, atingindo em apenas 20% dos casos dimensões maiores do que 10 cm. Conclusão: Com o advento da quimioterapia o tratamento do GIST se tornou mais efetivo. Seu diagnóstico precoce se faz necessário para que a terapêutica seja instituída de forma eficaz no início da doença, aumentando assim a chance de cura e melhorando a sobrevida do paciente.

DESCRITORES: *Tumores do Estroma Gastrointestinal; Neoplasias Gastrointestinais.*

Talini C, Bordignon JR, Simões JC, Cecílio WAC, Aurichio RAE, Motter ACH. Volumoso tumor do estroma gastrointestinal (GIST): relato de caso e revisão de literatura. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.4, p.260-264, out./dez. 2012.

1. Médica graduada pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

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

3. Doutor em Cirurgia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo; Chefe do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC); Professor Titular da disciplina de Oncologia da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

4. Residentes em Cancerologia Cirúrgica do Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC).

INTRODUÇÃO

Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) representam 80% dos tumores mesenquimais do trato digestivo e constituem 5% de todos os sarcomas⁽¹⁾. Ocorrem, predominantemente, em indivíduos de meia idade. São mais comuns no estômago (70%), intestino delgado (20% a 30%), intestino grosso (10%)⁽²⁾.

RELATO DE CASO

AF, masculino, 45 anos. Queixava-se de dor abdominal havia três meses, acompanhada de perda ponderal sem inapetência e massa abdominal palpável não dolorosa em hipocôndrio esquerdo. Negava tabagismo e era etilista social.

Realizou tomografia de abdome que demonstrou massa cística heterogênea infiltrativa em parede gástrica anterior, com 15,4x16x17 cm, acompanhada de ascite moderada – resultado sugestivo de GIST gástrico. Ainda na primeira consulta o paciente recebeu indicação de laparotomia exploradora, na qual foi realizada gastrectomia da grande curvatura e ressecção de volumosa massa abdominal em monobloco (**Imagem 1**).

A anatomia patológica evidenciou neoplasia fusocelular com áreas epitelioides, pouco diferenciada, infiltrativa em omento com 26x21x9cm, contagem mitótica 21/50 CGA e margens livres, exceto a radial – estadiamento pT4N0M1. O paciente permanece em acompanhamento no serviço, evoluindo com quatro meses de pós-operatório e apresentando-se sem queixas. A imunohistoquímica (**Imagens 2 e 3**) apresentou resultado positivo para c-Kit e o paciente iniciou terapia adjuvante com Mesilato de Imatinibe neste serviço.

DISCUSSÃO

Os tumores do estroma gastrointestinal são tumores mesenquimais do trato gastrointestinal, histologicamente derivado das células intersticiais de Cajal⁽³⁻⁵⁾, localizadas principalmente a nível do plexo mioentérico de Meissner, apesar de ser possível encontrar também na camada de músculo liso e no seu interior, no plexo submucoso Auerbach. Estas células são parte de uma rede complexa presente ao longo do trato gastrointestinal e funcionam como marca-passo do músculo liso gastrointestinal, facilitam a propagação dos impulsos nervosos e medeiam eventos que regulam a atividade de neurotransmissão peristáltica⁽⁶⁾.

As manifestações clínicas dependem do tamanho e localização do tumor. Os GIST pequenos geralmente são diagnosticados como achado durante cirurgias ou durante estudos por imagem realizados por outras razões. Os GIST sintomáticos podem apresentar-se com disfagia, dor abdominal inespecífica e hemorragia gastrointestinal⁽⁷⁾. Sangramento gastrointestinal pode ocorrer em um quarto dos pacientes⁽⁸⁾. O paciente aqui apresentado chegou ao ambulatório de Oncologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba queixando de dor abdominal com três meses de evolução, perda ponderal sem inapetência e presença de massa palpável indolor em hipocôndrio direito. De acordo com vários estudos, o estômago é a localização mais frequente dos GIST (60-70%), seguido do intestino delgado (20-30%), cólon e reto (5%) e menos de 5% no esôfago e localizações extragastrointestinais^(7,9,10).

A avaliação inicial de um GIST é semelhante à avaliação de outros tumores gastrointestinais. A radiografia de duplo contraste abdominal pode demonstrar defeitos por subtração,

caracteristicamente bordas lisas, lineares e bem definidas. Na endoscopia digestiva, o GIST pode apresentar-se como um tumor que se projeta da parede gastrointestinal para a luz e a mucosa pode ter sinais de ulceração ou sangramento. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são essenciais para avaliar a extensão do tumor e a presença de metástases⁽⁸⁾. Nosso paciente realizou tomografia de abdome que evidenciou resultado sugestivo de GIST gástrico.

Macroscopicamente, as dimensões do GIST variam de alguns milímetros a dezenas de centímetros, atingindo em apenas 20% dos casos dimensões maiores do que 10 cm⁽⁸⁾. Em nosso paciente, o tumor atingiu um diâmetro de 17 cm. Microscopicamente, a morfologia das células era fusiforme, o que ocorre em 77% dos casos⁽⁸⁾.

Atualmente, o diagnóstico e o estadiamento destes tumores são feitos pelo estudo ultraestrutural e imunohistoquímica, uma vez que, do ponto de vista histológico, deve-se fazer diagnóstico diferencial com outros tumores epiteliais do trato gastrointestinal, como tumores do músculo liso, tumores desmóides, schwannomas, tumores fibrosos solitários, pólipos inflamatórios, tumores metastáticos e sarcomas

primários, como o melanoma maligno, angiossarcoma e lipossarcoma^(13,14). Determinou-se, com a utilização de anticorpos monoclonais, que aproximadamente 95% dos GIST expressam a proteína CD117, também chamada de proteína KIT, enquanto a expressão de CD34 ocorre em 60 a 70% destes tumores. Nosso paciente apresentou imunohistoquímica positiva para c-KIT.

Embora o comportamento GIST seja difícil prever, o tamanho e o número de mitoses são critérios cardinais para determinar o grau de malignidade do tumor^(13,14). Shiu et al. relataram que tumores menores que 5 cm nunca dão metástases, 15-30% dos que medem entre 6 e 10 cm metastizam e aqueles maiores que 10 cm dão metástases em 60% dos casos, e concluiu que os tumores maiores de 6 centímetros devem ser considerados malignos devido ao seu potencial metastático⁽¹⁵⁾.

Os GIST metastizam fundamentalmente por via hematogênica e o local mais acometido é o fígado. Menos frequentemente há metástases peritoneais e pulmonares, ao passo que as linfáticas são raras⁽¹⁶⁾. Tem-se tentado estabelecer critérios para avaliar o potencial de malignidades destes tumores. Com base em resultados de vários estudos, chegou-se a um consenso e foi elaborada uma tabela para prever o potencial metastático ou de recidiva tumoral após ressecção cirúrgica, utilizando como critérios o índice mitótico e o tamanho tumoral⁽¹⁷⁾. O índice mitótico é o número de mitoses por 50 campos de grande aumento e seria o melhor preditor. De acordo com a estratificação, observou-se que nosso paciente apresentava risco alto para metástase, pois o tumor tinha 17 cm em seu maior diâmetro, além de apresentar 21 mitoses por 50 campos de grande aumento.

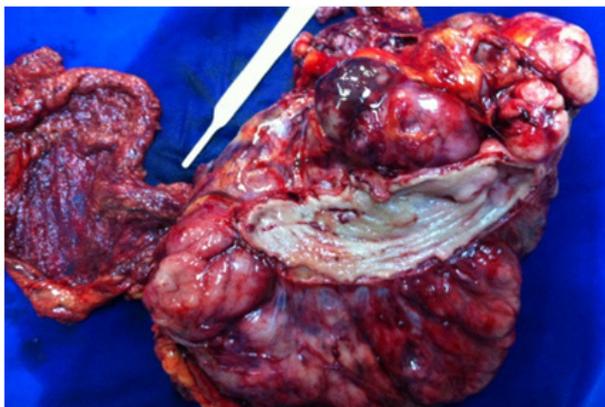


Figura 1. Peça cirúrgica evidenciando tumoração de grande volume e ressecção segmentar do estômago.

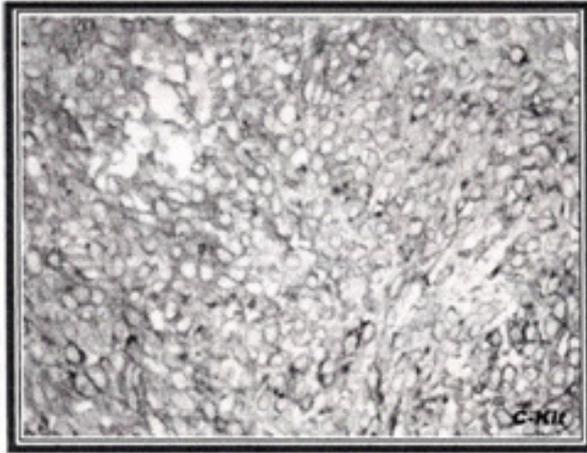


Figura 2. KI 67 positivo em 15-20% das células neoplásicas (HEX40).

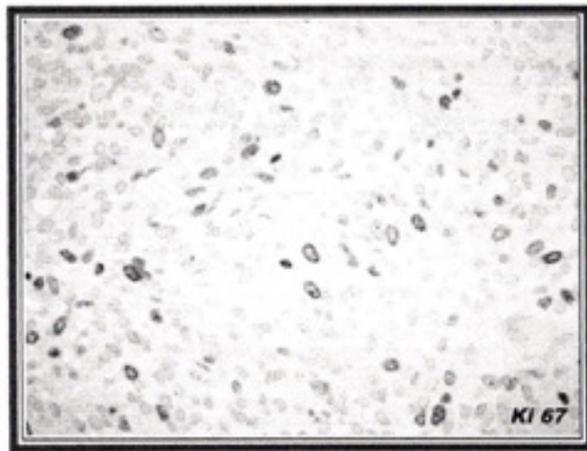


Figura 3. Marcador c-Kit positivo, confirmando o diagnóstico de GIST (HEX100).

O tratamento dos GIST é cirúrgico e o tipo de cirurgia depende da localização do tumor. O tumor do nosso paciente situava-se na grande curvatura do estômago, então optou-se por realizar uma gastrectomia subtotal.

Cerca de 50% dos pacientes que são submetidos à ressecção completa do tumor apresentam recidiva e a sobrevida em cinco anos é de 50%⁽¹⁸⁾. Discute-se o uso do Imatinibe após a ressecção completa em pacientes com doença localizada, embora alguns estudos tenham encontrado que taxa de recorrência diminuiu. Nosso paciente não tinha nenhuma evidência de metástases, no entanto, por ser um tumor de alto risco, decidiu-se iniciar o tratamento com mesilato de imatinibe.

CONCLUSÃO

Com o advento da quimioterapia, o tratamento do GIST se tornou mais efetivo. Seu diagnóstico precoce se faz necessário para que a terapêutica seja instituída de forma eficaz no início da doença, aumentando assim a chance de cura e melhorando a sobrevida do paciente.

ABSTRACT

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) represent 80% of mesenchyme digestive tract tumors and are most frequently found in stomach (70%). Case report: AF, male, 45 years old. Presented with abdominal pain for the past 3 months, associated with weight loss and palpable abdominal mass in left hypochondria. CT showed cystic heterogeneous mass with 15,4x16x17cm and moderate ascites. The patient underwent laparotomy and subtotal gastrectomy with bloc mass resection. Immunohistochemistry confirmed positive c-kit and the patient was referred to accomplish adjuvant Imatinib. Macroscopically the GIST dimensions vary from a few millimeters to some centimeters, reaching dimensions larger than 10 cm only in 20% of cases. With chemotherapy use GIST treatment became more effective. Its early diagnose is needed in order to ensure that the therapy is promptly instituted, thereby increasing the chance of cure and improving patient survival.

KEYWORDS: *Gastrointestinal Stromal Tumors; Gastrointestinal Neoplasms.*

REFERÊNCIAS

1. Simões JC, Gama RR, Winheski MR. Câncer: Estadia-mento e Tratamento. 1ª. ed. São Paulo: Lemar; 2008.
2. Linhares E, Valadão M. Atualização em GIST. Rev Col Bras Cir. 2006 Fev;33(1):51-4.
3. Alvarado-Cabrero I, Barreto R, Benítez H, Flores JP, Medrano Guzmán R, Torres S, et al. Lineamientos actualizados en el abordaje de tumores del es-roma gastrointestinal (GIST) en México. GAMO. 2008;7(Supl 1):1-18.
4. Sircar K, Hewlett BR, Huizinga JD, Chorneyko K, Ber-ezin I, Riddell RH. Interstitial cells of Cajal as precur-sors of gastrointestinal stromal tumors. Am J Surg Pathol. 1999 Apr;23(4):377-89.
5. Gómez S, Gómez C, Segura J. Tratamiento de los tumores de la estroma gastrointestinal (GIST). Med Clin (Barc). 2006;127(17):660-8.
6. Kindblom LG, Remotti HE, Aldenborg F, Meis-Kind-blom JM. Gastrointestinal pacemaker cell tumor (GIPACT): gastrointestinal stromal tumors show phenotypic characteristics of the interstitial cells of Cajal. Am J Pathol. 1998 May;152(5):1259-69.
7. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors – definition, clinical, histological, immu-nohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. Virchows Arch. 2001 Jan;438(1):1-12.
8. Candelaria M, De la Garza J, Dueñas-González A. A clinical and biological overview of gastrointestinal stromal tumors. Med Oncol. 2005;22(1):1-10.
9. Jiménez Furtés M, Costa Navarro D, López-Andújar R, Mir Pallardó J, Velasco Medina JA. Retroperito-neal GIST: an unusual location for a rare tumour. Cir Esp. 2010 Apr;87(4):263-4.
10. Ceballos KM, Francis JA, Mazurka JL. Gastrointesti-nal stromal tumor presenting as a recurrent vaginal mass. Arch Pathol Lab Med. 2004 Dec;128(12):1442-4.
11. Shidham VB, Chivukula M, Gupta D, Rao RN, Ko-morowski R. Immunohistochemical comparison of gastrointestinal stromal tumor and solitary fibrous tu-mor. Arch Pathol Lab Med. 2002 Oct;126(10):1189-92.
12. Laurini JA, Carter JE. Gastrointestinal stromal tu-mors: a review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 2010 Jan;134(1):134-41.
13. Davis GB, Blanchard DK, Hatch GF 3rd, Wertheimer-Hatch L, Hatch KF, Foster RS Jr, et al. Tumors of the stomach. World J Surg. 2000 Apr;24(4):412-20.
14. Amin MB, Ma CK, Linden MD, Kubus JJ, Zarbo RJ. Prognostic value of proliferating cell nuclear anti-gen index in gastric stromal tumors. Correlation with mitotic count and clinical outcome. Am J Clin Pathol. 1993 Oct;100(4):428-32.
15. Shiu MH, Farr GH, Papachristou DN, Hajdu SI. Myo-sarcoma of the stomach: natural history, prog-nostic factors and management. Cancer. 1982 Jan 1;49(1):177-87.
16. Kwon SJ; Korean Gastric Cancer Study Group. Sur-gery and prognostic factors for gastric stromal tu-mor. World J Surg. 2001 Mar; 25(3):290-5.
17. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, La-sota J, Longlev BJ, et al. Diagnosis of gastrointes-tinal stromal tumors: A consensus approach. Hum Pathol. 2002 May; 33(5):459-65.
18. Poveda A, Artigas V, Casado A, Cervra J, García Del Muro X, Antonio López-Guerrero J, et al. Grupo Es-pañol de Investigación en Sarcomas (GEIS). Guía de práctica clínica en los tumores estromales gastroin-testinales: actualización 2008. Cir Esp. 2008;84(Supl 1):1-21.

Recebido em: 11/10/2012

Aprovado em: 24/11/2012

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Carolina Talini

Avenida Visconde de Guarapuava, 5233 Bairro batel

CEP 80240-010 – Curitiba / PR

caroltalini@yahoo.com.br

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

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

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. *Rev. Med. Res., Curitiba*, v.14, n.4, p.265-269, out./dez. 2012.

No sentido de. É expressão de uso corrente e não se diz que é incorreta. Mas acatados autores condenam seu uso por estar muito desgastada e por dar impressão de carência vocabular. É expressão prolixa e, frequentemente, pode ser substituída por simples para: Solicitamos cooperação dos funcionários no sentido de (para) manter a limpeza do ambiente. Solicitamos a atenção de V. S no sentido de (para o) envio da escala de plantão em prazo útil. Observa C. Souza-Dias (Erros Vernáculos Mais Frequentemente Cometidos no Meio Médico Acadêmico. Parte I. *Arq Bras Oftal* 1999; 62(3): 229-33), médico do conselho editorial da Revista Brasileira de Oftalmologia, que é mais um exemplo de pseudo-erudição, por se presumir que no sentido de seja bem mais bonito que um simples para. Em seu livro, *Manual de Redação e Estilo*, o jornalista Eduardo Martins Filho (1997) aconselha usar para sempre que

“no sentido de” tiver esse valor sêmico. Recomenda D. Tufano (Michaelis -- Português fácil, 2003) evitar formações do tipo: Estudei no sentido de (para) passar no vestibular. Viemos no sentido de (para) entregar-lhe este bilhete. No boletim “Normas para Publicações da UNESP” (Univ. Estadual de São Paulo), 1994, inclui-se “no sentido de” entre expressões não-recomendáveis em publicações, ao lado de “a partir de (fora do valor temporal)”, “através de” em lugar de por meio de ou por intermédio de, “devido a”, “fazer com que”, “sendo que” e outras.

Nome de especialidades: maiúsculas ou minúsculas? Os nomes de profissões e de especialidades (como atividade médica profissional) são substantivos comuns e escrevê-los com inicial maiúscula dá aparência de preciosismo. É orientação da Comissão de

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.

Lexicografia da Academia Brasileira de Letras, descrita no Formulário Ortográfico (VOLP), instrução n. 49: emprega-se letra inicial maiúscula nos nomes que designam artes, ciências ou disciplinas bem como sintetizam, em sentido elevado, as manifestações do engenho do saber; em nomes de repartições, corporações, agremiações, edifícios, estabelecimentos públicos ou particulares; em títulos de livros, jornais revistas, produções artísticas, literárias e científicas. || Como profissão, especialidade ou atividade médica: Trabalho com gastroenterologia. Atendido no ambulatório (consultório) de endocrinologia. Pedimos parecer da neurologia. O tema do debate é um caso de dermatologia. Trabalho com marcenaria. Dedico-me ao jornalismo. Sou especialista em funilaria. Gosto de pintura. || Houaiss dá especialidade como atividade, profissão ou campo de conhecimento que alguém particularmente domina. Dá exemplo: Sua especialidade é a pediatria. || O Aurélio também dá especialidade como trabalho, profissão, ramo dentro de uma profissão e dá exemplo: A especialidade daquele médico é cirurgia plástica. || O dicionário da UNESP também dá registro na mesma linha: especialidade área específica do conhecimento. Exemplifica: A acupuntura não pode ser considerada uma especialidade médica. || Entretanto, como ramo da medicina, no sentido elevado de ciência, escreve-se a “especialidade” com inicial maiúscula (v. adiante). || Como nome de instituição, corporações: Trabalho na Unidade de Gastroenterologia. Inauguramos o Ambulatório de Endocrinologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. Trabalho no Departamento de Marcenaria. Freqüento a Academia de Jornalismo. Faço parte do Grupo de Estudos de Funilaria. Departamento e Pintura e Artes Plásticas da Escola de Belas Artes. || Como

disciplina, ciência ou arte: Ensino Gastroenterologia na faculdade. Consultei o livro Tratado de Endocrinologia. Tirei boa nota em Marcenaria na escola do Senac. Gostaria de ser professor de Jornalismo na faculdade. A Funilaria do Sesc é matéria rigorosa. Fui aprovado em Pintura. || Como ramo do saber humano em sentido elevado, tomados em sua dimensão mais ampla: A Gastroenterologia tem evoluído muito no País. A Marcenaria sempre foi importante na área habitacional. O Jornalismo foi um marco no desenvolvimento da sociedade. A Funilaria contribuiu enormemente para o conforto da população. A Pintura teve grande desenvolvimento na França. Mas podemos ser flexíveis. Fica a critério.

Números ordinais. A forma recomendável é escrever um algarismo arábico seguido de ponto (sinal de abreviatura) e as letras “o” ou “a” sobrescritas (desinências de gênero: primeiro, primeira, décimo, décima), como nos exemplos: 1.o, 2.a, 5.o, 20.o, 500.a, 230.o. As formas plurais seguem as normas gramaticais: 1.os, 1.as, 10.os, 10.as. Essa é a forma que consta nos livros de gramática de melhor referência (Celso Cunha e Lindley Cintra, Napoleão Mendes de Almeida, Domingos Cegalla, Evânildo Bechara e outros) e no Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa, elaborado, por indicação de lei federal (lei nº 5.765, de 18 de dezembro de 1971), pela Academia Brasileira de Letras, o que oficializa a norma supradescrita. A forma sem ponto caracteriza a menção de graus (2º, 100º, 1500º) e omite o ponto, sinal normalizado de abreviação. A forma com pequeno traço sob a desinência de gênero (1o, 5a) também existe na linguagem, mas deixa omissos o ponto abreviativo, o que também torna incompleta e não preferencial essa forma.

Obstetrix. Há, às vezes, falta de clareza no uso desse nome. Os dicionários da língua portuguesa, em geral, dão obstetrix como sinônimo de parteira, e parteira, como indicativo de mulher, formada ou não, que assiste partos. Na literatura, encontram-se referências como enfermeira obstetrix, enfermeiro obstetrix diplomado, o titular de diploma ou certificado de obstetrix –o que mostra ser obstetrix nome usado também em referência a homens, como se vê nas páginas de busca da internet. O Aurélio (2004), o Houaiss (2001) e outros léxicos trazem parteira na acepção de mulher que, sem ser médica, assiste partos, e parteiro, médico especialista em obstetrícia, também tocólogo (Larousse, 1992) ou tocologista (Rey, 2003). Registra-se obstetra como derivação regressiva de obstetrix, mas, nesse caso, obstetra é médico, ou medicâncer, que se dedica à obstetrícia (Michaelis, 1998). Do latim *obstetrica* ou *obstetrix*, parteira; de *obstare*, ficar em pé; de *ob*, diante de, e *stare*, estar de pé (Ferreira, 1996; Haubrich, 1997) o que indicava mulher que ficava em pé diante da parturiente e assistia seu parto (Haubrich, ob. cit.). Obstetrix é nome de pouco uso. Está omissa no dicionário UNESP (2004), no de L. Rey (2003), no de Céu Coutinho (1977), no da Academia das Ciências de Lisboa (2001) e em outros. Em vista do exposto, para evitar ambiguidades e obscuridades, convém usar obstetrix em referência a mulher parteira, formada ou não, e obstetra médico ou médica especialista em obstetrícia. Em casos de mulher formada ou homem formado, indica-se acrescentar seu título: médica obstetrix, enfermeira obstetrix, enfermeiro obstetrix.

Onde. É questionável usar onde, advérbio

de lugar, como pronome relativo para substituir em que, no qual, segundo o qual, etc. (Martins, 1997) ou com ideia de tempo (período onde), causa, motivo, conclusão (Silva, 2004, p. 60). De acordo com o Prof. Joffre Rezende (1982), é recomendável evitar dizeres como: “Paciente onde se fez o diagnóstico”, (Paciente do qual se fez o diagnóstico), “Um caso onde o tratamento é clínico”, (Um caso em que o tratamento é clínico), “Quadro onde o processo é recente”, (Quadro em que o processo é recente), “Técnica onde se resseca um órgão”, (Técnica em que se resseca um órgão), “Exame onde se vê a lesão”, (Exame no qual se vê a lesão), “Esplenomegalia onde há dor”, (Esplenomegalia em que há dor), “Doença onde há muitas recidivas”, (Doença em que há muitas recidivas), “Nas populações onde as doenças são freqüentes.”. (Nas populações em que as doenças...). Também são censuráveis dizeres com aonde como: “Foram avaliados 17 pacientes aonde foram coletadas amostras isoladas de urina.”, “Apresentamos cinco casos de megacólon congênito total aonde se empregou a operação de Martin”, “No ovário policístico aonde pode haver hiperandrogenismo”, “Casos aonde o nariz necessita ser encurtado”. Recomenda-se usar pronomes relativos em que, no(a) qual. Aonde é advérbio de lugar que se emprega em relação a movimento: Vou aonde v. vai. Iremos aonde haja melhor atendimento. Chegaram aonde planejaram. || Reserve-se onde para se referir a um lugar concreto. Por exemplo: No hospital onde fomos atendidos. No centro cirúrgico onde fomos operados. Na mesa onde estão meus documentos. || Apesar dessa impropriedade, respeitáveis autores empregam onde como equivalente a qual. Napoleão M. de Almeida cita exemplo de Rui Barbosa e apoia esse conceito: “Onde, aonde e outros advérbios são chamados advérbios relativos

por poderem equivaler a qual” – refere o mestre (1996, p. 384). Mas evitem-se frases como esta, dita num congresso médico: “O paciente recebe um sapato onde ele possa deambular”. Deveria ser: O paciente recebe sapatos com que possa deambular. Usar adjetivos por substantivos, pronomes por adjetivos, advérbios por adjetivos e outros casos de desvios de função sintáticas são comuns na linguagem em geral o que é legítimo. Porém, usar cada nome em sua própria função pode ser indicativo de disciplina, estruturação e organização redacional, o que pode exprimir mais seriedade aos documentos e relatos científicos formais.

Orquidopexia – orquiopexia. São nomes que existem há muito tempo na linguagem. Assim, são fatos da língua e podem ser usados. Mas orquiopexia tem melhor formação vocabular e, assim, é melhor forma. Orquidopexia tem sido alvo de críticas, o que ocasiona restrições de uso. Orqui – orquio – orquid – orquido são prefixos provenientes do grego orkis, orkiós, gônada masculina. Apesar de orqui ser prefixo existente em diversos vocábulos (orquicoréa, orquineuralgia, orquipausa), nos dicionários, não há orquipexia. Há orquiopexia e orquidopexia. Não obstante, o segundo termo é irregular, porquanto órquidos é forma errônea de genitivo grego (Cardenal, 1958). Da raiz ork, forma-se o tema orki, prefixo de vários termos médicos em diversas línguas, introduzidos na linguagem científica a partir do século XIX. Em português: orqui. Orquio é o tema grego orki acrescido da vogal de ligação o. Pela praxe, as palavras de sentido restritivo procedentes do grego originam-se do genitivo dessa língua. Daí, orquiopexia é o vocábulo regular, pois tem o elemento orquio procedente do genitivo grego orkeos ou orkios (e não, orkidos), com valor restritivo. R. Galvão (1909) pondera que “o Dict.

de Littré e outros trazem – orchidopexie – donde pareceria justificar-se a forma orchidopexia; mas, de facto, não existindo o δ (delta) no radical $\acute{o}\rho\chi\iota\varsigma$ (órkhis), e formando-se os mais derivados congêneres com a flexão orkhio, claro é que em português o vcb. correcto e aceitavel é – orchiopexia –”. Outra interpretação é que o elemento orquido, forma-se dos elementos gregos orkis, gônada, e idion, partícula que indica diminutivo, o que dá o significado de gônada pequena (Pinto, 1962), classificação vaga ou inexpressiva por não indicar elementos comparativos e, assim, inadequado para uso generalizado em relação a testículos de todos os volumes. A linguagem é feita pelo povo e deve ser considerada como de fato ela é em todas as suas formas e em todos os elementos de que é constituída. Contudo, como ocorre com as atividades humanas, também na linguagem existem os níveis melhor, médio e ruim. O grau de organização e disciplina pode determinar uma seleção, particularmente, para uso em relatos científicos formais.

Ortopedia. Ortomorfia é denominação mais adequada para designar essa parte da Medicina (Galvão, 1909), mas ortopedia está consagrada na linguagem. Esse termo foi cunhado pelo professor francês Nicolas Andry (1658–1742), nascido em Lyon, decano da Faculdade de Medicina de Paris, que o utilizou em sua obra *L’orthopédie ou l’art de prévenir et corriger dans les enfants les difformités du corps*, Paris, 1741, Bruxelles, 1743. Originalmente, referia-se ao tratamento de deformidades em crianças. Posteriormente, passou a designar correções também em adultos. Do grego orthós, direito, e país, paidós, criança. Pelo exposto, é redundante a expressão ortopedia pediátrica. Contudo, é termo consagrado pela Lei do Uso.

Ostomia – ostoma – ostomizado – ostoma. Todos são termos amplamente usados

na linguagem médica. Ostomizado é forma incorreta de “ostomizado”, neologismo mal formado e, assim como ostomia, é inexistente nos dicionários. Melhor seria estomizado, do grego stoma, boca, e -izado. Em português, as formas derivadas de stoma fazem-se com “e” prostético, não “o”, quando inicia palavra: estoma, estomatite, estomódio como se vê no VOLP (Academia, 2004). Não há “ostoma”, nem “ostomia”. Estoma é nome regular, autônomo e existente no léxico (Academia, ob. cit.). Ex.: estoma distal (ou proximal) da colostomia. Geralmente é usado para compor vocábulos: estomalgia, estomatocose. O termo colostomia, por exemplo, é composto de três elementos: colo + estoma + ia ou colo + stoma + ia. Do mesmo modo, podem ser também decompostos os vocábulos vesicostomia, ileostomia, nefrostomia, colecistostomia, traqueostomia e semelhantes. Outrossim, não há estomia na generalidade dos dicionários como palavra independente. Entretanto, é nome muito presente na literatura médica: “O atrativo da técnica é a presença de única estomia” e “Verificou-se a ocorrência de dermatite periestomia”, “efluente líquido das estomias” (A. Lopes e cols., Braz J Urol, v. 27 (suppl. 1), 2001, p. 159); “Estomias e drenos veiculam secreções digestivas e secreções purulentas” (Margarido & Tolosa, Técnica Cirúrgica Prática, 2001). O VOLP (Academia, ob. cit.) registra estômnia. Ostomia é irregularidade gráfica indiscutível. Osteoma, em lugar de estomia ou estoma, é desconcerto grosseiro. Tem sido adotado, em Medicina o termo estomoterapeuta, neologismo útil e bem formado. No VOLP, há estomocefalia, estomocéfalo, estomogástrico, estomografia entre outros. Importa reiterar aqui que, na formação de palavras procedentes do grego ou do latim, usa-se o “e” prostético (não “o”) antes de termos iniciados

por s, seguido de outra consoante. Exemplos: species>espécie, stilus>estilo, spatium>espaço, stómachós>estômago, estratégia>estratégia, stoma>estoma. Note-se que não se diz “fazer uma oscopia” mas, fazer uma escopia, tendo em vista os termos histeroscopia, gastroscopia, duodenoscopia, rinoscopia, otoscopia, colonoscopia.

Paciente com suspeita de apendicite. Construção dúbia. Não é o paciente que está com suspeita, mas o médico assistente é que tem a suspeita. É mais adequado dizer que o paciente está com manifestações ou quadro de apendicite. Dubiedade é vício de linguagem assaz criticado pelos cultores do bom estilo de linguagem.

Paciente evoluindo estável. Frase de lógica questionável, encontrada em prontuários de pacientes. Mais adequado: Paciente em condições estáveis. Ou: paciente sem alterações do quadro mórbido. Não é o paciente, mas a doença é que evolui e transforma o paciente com sua evolução. Evoluir significa passar por transformações. Se está evoluindo, não é estável.

Paciente evoluiu com. Expressão extremamente desgastada. Além disso, em rigor, é a doença (não o paciente) que evolui, isto é, se transforma, apresenta complicações, diversas manifestações, desaparece ou leva o paciente ao óbito. Paciente e doença são entidades diferentes. O enfermo sofre a doença e toma providências contra a evolução dela. Pode-se usar outros verbos ou mudar a construção da frase. Ex.: Paciente evoluiu com (apresentou) dor e febre. A criança evoluiu com (teve) melhora do quadro. O doente evoluiu bem no pós-operatório (O pós-operatório transcorreu bem).

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

REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE METROPOLITANA

Rua Dom Pedro I, 65 – Jardim Independência
87113-280 – SARANDI – PR.
Telefone: (44) 3264-8800 – fax: (44) 3264-8817
Coordenador da COREME: Dr. Marco Aurélio Beloto de Souza

HOSPITAL REGIONAL DE PONTA GROSSA WALLACE THADEU DE MELLO E SILVA

Alameda Nabuco de Araújo, 601
84031-510 – PONTA GROSSA – PR.
Telefone: (42) 3219-8888 – Fax: (42) 3219-8882
e-mail: hospitalrpg@sesa.pr.gov.br
Coordenador da COREME:

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA

Rua Paes Leme, 1351
86010-610 – LONDRINA – PR.
Telefone (43) 3315-2000
e-mail: residência@hospcoracao.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Pedro Alejandro Gordan

FOZ DO IGUAÇU PREFEITURA

Rua Adoniran Barbosa, 380
85864-380 – FOZ DO IGUAÇU – PR.
Telefone: (45) 3521-1975
Coordenador da COREME: Dr. Roberto de Almeida

CLÍNICA HEIDELBERG

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

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

Rua Carlos de Carvalho, 4191 – Centro
85810-080 – Cascavel – PR
Fone: (45) 3219-4500 – Fax: (45) 3222-1464
E-mail: hsaleteterra.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. Maurício Palu Gelatti

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN

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

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

Endereço: Rodovia PR 218 Km 01 – Jd. Universitário
86702-670 – Arapongas – PR
Fone: (43) 3275 0200 – Fax: (43) 3275 0212
E-mail: hospjff@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: diretoria medica@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: Dr^a 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@hns.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Cesar Andriguetto
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Lucas Hosken Landi

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Rua Rockfeler, 1450 – Rebouças - 80030-130 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3320-3558
Email: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Luiz Carlos Sava

HOSPITAL SÃO LUCAS

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorriho - 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: Dr^a Denise Akemi Mashima

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

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

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA

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

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA (INC)

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

MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO

Rua Rocha Pombo, 1080
83601-350 – Campo Largo – PR
Fone: (41) 2103-2515/2103-2521 – Fax (41) 2103-2503
E-mail: sandraf@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@santacasamaranga.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira
Representante dos Médicos Residentes: Dr^a 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@lucecm.org
Coordenador da COREME: Dr. Adolpho Oscar G. Barreiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ/DPTO. DE MEDICINA

Av. Mandacará, 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 cermpar@crmp.org.br

MUSEU DA, HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

Residência do Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva – fundador da Universidade do Paraná

*Residence of Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva
- founder of the University Of Paraná*

Wittig EO. Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná. Rev Med. Res., Curitiba, v.14, n.4, p.272-273, out./dez. 2012.



RESIDÊNCIA DO DR. VICTOR FERREIRA DO AMARAL E SILVA
Fotografia – Residência

Doação: Dr. Ronald Ferreira do Amaral, médico, filho do médico laboratorista de Análises Clínicas, Dr. Odin Ferreira do Amaral.

DESCRITORES: *História da Medicina, Museu de Medicina, Victor Ferreira do Amaral e Silva, Residência, Fundador da Universidade do Paraná, Mais antiga universidade, 1912.*

KEYWORDS: *History of Medicine, Medical Museum, Victor Ferreira do Amaral and Silva, Residence, Founder of the University of Parana, Oldest University, 1912.*

* 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.

O Dr. Victor Ferreira do Amaral nasceu em 9 de dezembro de 1862 na Fazenda Sant'Anna, antiga Vila do Príncipe, no município paranaense da Lapa. Era filho de fazendeiros. Em 1971 mudou-se para Curitiba para iniciar sua educação primária e secundária e, aos 12 anos, seguiu para o Rio de Janeiro, indo estudar no Colégio Abílio, tradicional escola carioca. Após formar-se na Imperial Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde estudou de 1878 a 1884, obteve o grau de Doutor em Medicina, com especialização em ginecologia e obstetrícia. Com a tese "Influência da prenhez sobre as moléstias pulmonares", obteve o diploma e uma medalha de honra diretamente das mãos de D. Pedro II. Já no ano seguinte (1885) começou a atender em Curitiba, na Santa Casa e em consultório particular.

Em 19 de dezembro de 1912, dia da Emancipação Política do Paraná, com inúmeros colegas – especialmente o Dr. Nilo Cairo e Silva – fundou a Universidade do Paraná (que seria federalizada em 1950), sendo seu reitor por 40 anos, ganhando assim a referência de "o Reitor de sempre" da atual e mais antiga Universidade

do Brasil. De forma paralela, exerceu várias funções públicas e políticas.

Na fotografia principal visualizamos o Dr. Victor em pé, ao lado da esposa Ana Messias, na sacada de sua casa, na Rua Marechal Floriano Peixoto, esquina com a Praça Carlos Gomes. Em frente à residência vemos o cavalo de locomoção ou transporte diário do Dr. Victor, tendo ao lado o seu fiel cuidador. O Dr. Victor usava o animal para as visitas aos pacientes. Na foto menor a visão a distância da casa a partir da praça. O médico morreu em Curitiba, no dia 2 de fevereiro de 1953, aos 91 anos de idade.



PARA DOAÇÕES E CORRESPONDÊNCIAS:

Secretaria da AMP

Rua Cândido Xavier, 575, Curitiba – PR

CEP 80240-280.

Telefone (41) 3024-1415 – Fax 3242-4593

email: amp@amp.org.br

Visite no Portal da Associação: www.amp.org.br

ISSN 2237-7131



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

www.crmpr.org.br