REV MED RES | nº 1 - pág. 1 a 76 | JANEIRO / MARÇO

ISSN 2237-7131

volume 15
2013

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) 2012 - 2013

Presidente
Adriano Keijiro Maeda
(Hospital Cajuru - Curitiba)
Vice-Presidente
Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi
(Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)
1.º Secretário
Allan Cezar Faria Araujo
(UNIOESTE - Cascavel)
2.º Secretário
Adriana Buechner de Freitas Brandão
Tesoureiro
Denise Akemi Mashima
(Hospital Regional Universitário do Norte do Paraná - Londrina)
Diretor Científico-Cultural
Angelo Luiz Tesser
(Hospital de Clínicas da UFPR - Curitiba)
Conselho Fiscal
Luiz Salim Emed
Jean Alexandre Furtado Correia Francisco
João Carlos Simões

ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DO PARANÁ (AMEREPAR)
Presidente:
Bernardho Anthonio Lopes Paggi
amerepar@gmail.com

CAPA

A arte da capa da RMR traz a Constelação de Ofiúco, que representa o homem segurando a serpente. Na mitologia, Ofiúco é identificado com Asclépio, o deus grego da Medicina que ressuscita os mortos. A constelação está presente na Casa do Médico, integrando-se ao conjunto arquitetônico do prédio-sede do Conselho de Medicina do Paraná. Projeto gráfico de Ladmir Salvalaggio Junior e imagem de Vivian Belinelli.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista do Médico Residente [recurso eletrônico] / Conselho Regional de Medicina do Paraná, Comissão Estadual de Residência Médica. - v. 15, n.1 (jan./mar. 2013). - Curitiba: CRM-PR, 2013-

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*

07 **Médicos não pensam igual**
Doctors do not think alike
João Carlos Simões

09 **Escolas médicas: duas centenas**
Medical schools: two hundred
Antonio Celso Nunes Nassif

11 **Médicos no interior. É possível!**
Doctors in the countryside: it is possible!
Fernando Carbonieri

Artigo Original - *Original Article*

13 **Avaliação morfológica do fígado após hepatectomia parcial com ou sem obstrução biliar extra-hepática em ratos**
Morphologic evaluation of the liver after partial hepatectomy with or without extrahepatic biliary obstruction in rats
Jonathan Geronasso Simões, Christian Luiz Artner, João Carlos Simões.

21 **Por que quero ser médico?**
Why do I want to be a doctor?
Gabriela Piovezani Ramos, Gustavo Yuzo Gapski Yamamoto, Ana Laura Ribas Braga Bettega Pinheiro, Ana Paula Marques, Guilherme Piovezani Ramos, João Carlos Simões.

Artigo de Revisão - *Review Article*

36 **Artroplastia total cimentada do quadril**
Cemented total hip arthroplasty
Guydo Marques Horta Duarte, Luiz Ronaldo Alberti

Artigo Especial - *Special Article*

50 **O universo psicológico do futuro médico**
The psychological universe of the future physician
Emanuel Alves Rosa, João Carlos Simões

Relato de Caso - *Case Report*

56 **Pres (posterior reversible encephalopathy syndrome) em paciente com lupus eritematosos sistêmico. Descrição de caso**
Posterior reversible encephalopathy syndrome in lupus patients. Case report
Ciliane Cardoso, Morgana Medeiros, Diogo de Paula, Thelma L Skare

60 **Hemorragia digestiva baixa severa obscura por GIST de delgado. Relato de caso**
GIST's low gastrointestinal bleeding. Case Report
Eduardo Lopes Martins, Vitor Mamoro Haida, Rafael C.S. Pires, Sérgio Ossamu Ioshii, Jorge M. Yokochi, Milton Márcio Machota Júnior, Fernando Issamu Tabushi, Benur Polonio

Expressões médicas - *Medical expression*

64 **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's Museum*

72 **Instrumental Cirúrgico Oftalmológico**
Ophthalmic surgical instruments
Ehrenfried Othmar Wittig

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

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

Autorizada a republicação de artigos com a citação da fonte.

FUNDADOR E EDITOR CIENTÍFICO
João Carlos Simões (FEPAR) - Curitiba (PR)

EDITORES ASSOCIADOS
Alcino Lázaro da Silva (UFMG) - Belo Horizonte (MG)
Carlos Vital Tavares Correa Lima (CFM) - Recife (PE)
Vinicius G. Gava - Porto Alegre (RS)

CONSELHO EDITORIAL
Ademar Lopes (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)
Allan Cezar Faria Araújo (UNIOESTE) - Cascavel (PR)
André Lopes Carvalho (USP) - Barretos (SP)
Andy Petroainu (UFMG) - Belo Horizonte (MG)
Antonio Carlos Lopes (UNIFESP) - São Paulo (SP)
Antonio Nocchi Kalil (Santa Casa) - Porto Alegre (RS)
Armando d'Acampora (UFSC) - Florianópolis (SC)
Carlos Edmundo Rodrigues Fontes (UEM) - Maringá (PR)
Carlos Teixeira Brandt (UFPE) - Recife (PE)
Ivan Tramujas da Costa e Silva (UFAM) - Manaus (AM)
Ivo Pitanguy (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ)
José Eduardo de Siqueira (UEL) - Londrina (PR)
Luiz Alberto Sobral Vieira Jr (HUCAMoraes – UFES) - Vitória (ES)
Fábio Biscegli Jatene (USP) - São Paulo (SP)
Marcos Desidério Ricci (USP) - São Paulo (SP)
Marcus Vinicius Henriques Brito (UEPA) - Belém (PA)
Maria do Patrocínio Tenório Nunes(USP) - São Paulo (SP)
Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho (UFPR) - Curitiba (PR)
Nicolau Kruel (UFSC) - Florianópolis (SC)
Olavo Franco Ferreira Filho (UEL) - Londrina (PR)
Orlando Martins Torres (UFMA) - São Luis (MA)
Reginaldo Ceneviva (USP) - Ribeirão Preto (SP)
Roberto Gomes (Sociedade Bras. Cancerologia) - Vitória (ES)
Saul Goldemberg (UNIFESP) - São Paulo (SP)
William Saad Hossne (UNESP) - Botucatu (SP)

CONSELHO DE REVISORES
André Lopes de Carvalho - Barretos (SP)
Antonio Sérgio Brenner (UFPR) - Curitiba (PR)
César Alfredo Pusch Kubiak (UNICENP) - Curitiba (PR)
Elias Kallás (UNIVAS) - Pouso Alegre (MG)
Flávio Daniel Tomasich (UFPR) - Curitiba (PR)
Gilmar Amorim de Sousa (HC da UFRN) - Natal (RN)
Gustavo Cardoso Guimarães (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)
Hamilton Petry de Souza (PUC) - Porto Alegre (RS)
Hélio Moreira Júnior (UFG) - Goiânia (GO)
Humberto Oliveira Serra (HUUFMA) - São Luis (MA)
Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPR) - Teresina (PI)
José Eduardo Aguilar do Nascimento (UFMT) - Cuiabá (MT)
José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian UFMS) - C. Grande (MS)
Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno-Infantil) - Goiânia (GO)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE) - Cascavel (PR)
Luiz Carlos Von Bahten (PUCPR) - Curitiba (PR)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)
Manoel R. M. Trindade (UFRGS) - Porto Alegre (RS)
Marcelo Thiele (UNICAMP) - Campinas (SP)
Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL) - Maceió (AL)
Milton de Arruda Martins (USP) - São Paulo (SP)
Neila Falcone da Silva Bomfim (HU Adriano Jorge) - Manaus (AM)
Nilton Ghiotti de Siqueira (UFAC) - Rio Branco (AC)
Orlando Costa e Silva Jr (FMRP) - Ribeirão Preto (SP)
Paulo Kotze (PUC) - Curitiba (PR)
Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM) - Cuiabá (MT)
Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB) - João Pessoa (PB)
Ricardo Ribeiro Gama (FEPAR) - Curitiba (PR)
Robson Freitas de Moura (Escola Baiana de Medicina) Salvador (BA)
Rogério Saad Hossne (UNESP) - Botucatu (SP)
Simone Maria de Oliveira (UFSER) - Aracaju (SE)
Simônides Bacelar (UNB) - Brasília (DF)
Taylor Brandão Schnaider - Pouso Alegre (MG)
Thelma Larocca Skare (FEPAR) - Curitiba (PR)

REVISÃO LÍNGUA INGLESA
Cristiane Medeiros Vianna

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA
Gisele T. Liegel Glock (CRB9-1178)
Maria Isabel Schiavon Kinasz (CRB9-626)

CONSULTORES INTERNACIONAIS
Jatin P. Shah (Memorial Hospital) – NY (EUA)
João Luis Raposo D'Almeida - Lisboa (Portugal)
Júlio César Fernandes - Montreal (Canadá)
Milena Braga - Baltimore (EUA)
Ricardo Lopez (FAESS) - (Argentina)
Roger H. Kallal (North Wewstern Memorial) – Chicago (EUA)
Luiz Alencar Borba (Universidade de Arkansas) - (EUA)

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

JORNALISTAS ASSISTENTES
Amália Dornellas
Bruna Bertoli Diegoli

DIAGRAMAÇÃO
Victória Romano

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

AUTHORS INSTRUCTIONS

ISSN 2237-7131

MISSÃO

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

MANUSCRITOS

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

MODELO DE CARTA DE AUTORIZAÇÃO

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

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

Incluir também:

1. Declaração de conflito de interesse (de acordo com resolução do CFM nº 1595/2000).

2. Indicar fontes de financiamento do trabalho, se houver, e o n.º do processo.

3. Ofício da aprovação do trabalho pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição.

REFERÊNCIAS

A Revista do Médico Residente segue o "*Uniform Requirementes for Manuscripts Submitted do Biomedical Periodical Journals*", elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (**www.icmje.org**), conhecido como "Convenção de Vancouver".

REVISÃO ENTRE OS PARES (PEER REVIEW)

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

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

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

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

TIPOS DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS ORIGINAIS

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

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

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

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

Conclusão: resposta da pergunta ou objetivo inicial.

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

PREPARAÇÃO DO TEXTO

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

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

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

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

Resultados: devem ser apresentados em sequência e de maneira concisa, sem comentários e fazendo quando pertinente referências às tabelas e ou figuras. Utilizar abreviaturas aprovadas e padronizadas.

GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

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

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

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

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

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

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

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

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

Médicos não pensam igual

Doctors do not think alike

João Carlos Simões*

"Os médicos são desunidos mesmo quando se amam, porque não possuem a mesma base econômica e a mesma perspectiva financeira de vida social."

Julio Sanderson

Médicos não são iguais, nunca serão. Médicos não pensam iguais sobre um mesmo assunto.

Médicos gostam sempre de discordar uns dos outros. Têm opiniões divergentes sobre vários assuntos: acadêmicos, sociais, políticos e econômicos. Criticam e julgam uns aos outros mesmo sem uma reflexão crítica. Têm abundantes conflitos de interesses. **Médicos falam muito, discutem demasiadamente e sentem tão pouco.**

Alguns gritam rispidamente e desrespeitosamente e se exacerbam uns contra os outros. São autofágicos. Não respeitam nem os mais vetustos e experientes. Nem quem foi, um dia, seu professor. Só sabem julgar e criticar, não sabem amar.

Alguns são bastante vaidosos e preconceituosos. Outros são prepotentes até com os pacientes mais humildes.

Uns são insensíveis, escutam só sua própria voz. Outros escutam atentamente o paciente. Uns examinam delicadamente e detidamente o ser humano. Uns palpam, auscultam e tocam. Outros nem sabem o que é um estetoscópio.

Uns conhecem a política de saúde. Outros desprezam todas as ações das entidades médicas: **são abúlicos, amímicos e atímicos**. Uns

*Fundador e Editor da Revista do Médico Residente do CRM-PR.

são motivados por dinheiro. Outros por honorários justos.

Engana-se redondamente quem pensa que médicos só são unidos por interesse econômico. Nem por isso são. Uns são assalariados e poucos perfeitos liberais. Uns têm carteira de trabalho assinada. Outros são médicos de família contratados por 8 horas diárias. Há quem atenda consulta de planos de saúde. Pouquíssimos atendem só pacientes particulares. Uns são empresários, outros donos de planos de saúde.

A dependência econômica de cada um é diferente. **Os caminhos econômicos dos futuros profissionais será cada vez mais ditados pelas políticas delirantes do governo federal, com a expansão inconsequentes de vagas e cursos de Medicina e pela desvalorização dos honorários profissionais conduzidos pelos planos de saúde e pelo SUS.**

Uns leem tudo: jornais, revistas e até romances. Outros nem jornais leem. Alguns escrevem e publicam para deixar um legado a novas gerações.

Uns dão aulas e gostam de estudantes: ensinam hipocraticamente os estudantes como se fossem os seus próprios filhos. Outros dão aulas, mas não gostam de ensinar e nem dos estudantes. Alguns são bons preceptores da residência médica. Outros desprezam os médicos residentes e pensam que são mão de obra barata.

Muitos são sociopatas. Alguns impregnados de solidariedade e humanismo.

Apesar de todas essas diferenças, vicissitudes e ambiguidades, os médicos deveriam, sempre, estar unidos pela ética, porque sem a ética não existe a medicina.

Escolas médicas: duas centenas

Medical schools: two hundred

Antonio Celso Nunes Nassif*

"Para fazer grandes coisas não é preciso estar acima dos homens, é necessário estar com eles."

Montesquieu

O Brasil atingiu o recorde histórico de duzentas escolas médicas. Poderiam ser mais duas, não fosse a decisão corajosa do ministro Aloisio Mercadante adotando novos critérios para o MEC autorizar cursos de Medicina – Portaria Normativa nº 2 de 1º de fevereiro de 2013 e o trabalho incansável e idealista do secretário da SERES, Jorge Messias, cumprindo com rara capacidade as novas regras, na busca pela qualificação necessária, tão almejada e defendida pela Comissão de Especialistas do Ensino Médico, presidida pelo Prof. Dr. Adib Domingos Jatene, da qual fazemos parte.

O sinal de largada foi dado pelo encerramento do curso de Medicina da UNINCOR em Belo Horizonte (MG), por apresentar deficiências crônicas e irreparáveis, e o indeferimento final para outro pleiteado pelo ITPAC, em Garanhuns (RE) em não preenchendo os requisitos mínimos agora estabelecidos.

Merece destaque o fato de, pela primeira vez na história do ensino médico em nosso país, acontece o fechamento de curso de Medicina, na defesa da qualidade para a formação de profissionais médicos. Pedidos de outras sete IES para novos cursos de Medicina foram indeferidos. Esperamos que essa norma de conduta permaneça de maneira rigorosa e sem permitir injunções políticas ou financeiras.

Da mesma forma, torna-se importante, agora, que as novas regras sejam aferidas nas duas centenas de escolas já em funcionamento,

*Doutor em Medicina pela UFPR, ex-presidente da Associação Médica Brasileira, membro da Comissão de Especialistas do Ensino Médico do MEC.

seguindo o exemplo dos Estados Unidos e Canadá em 1906, que resultou no famoso Relatório Flexner, visto que o ensino médico naqueles países beirava o caos, propiciando todas as formas de corrupção. Eram 160 faculdades de Medicina, quase todas mal equipadas, sem projeto pedagógico regulamentado, corpo docente aquém das necessidades. Existia a comercialização desenfreada do ensino médico. A preocupação era com o lucro e não com a qualidade, diplomando anualmente milhares de médicos despreparados e bem acima das necessidades.

Por essas razões, Abraham Flexner foi contratado pela Fundação Carnegie para efetuar um estudo sobre as escolas médicas em atividade. Durante quatro anos, de 1906 a 1910 cada uma das 160 escolas foi visitada e avaliada por ele. Ao final, um extenso e minucioso relatório foi elaborado e publicado no Boletim nº 4 da Fundação. Tornou-se famoso porque foi seguido à risca e levou 23 anos para que os trabalhos fossem concluídos.

Como resultado, 94 escolas foram literalmente fechadas e para as demais 66 estipularam-se normas de funcionamento, como a obrigatoriedade da vinculação a uma Universidade ou a Hospitais de ensino previamente qualificados. A criação do "State Board" fez parte desse processo e até hoje existe, para aferir a capacitação técnica do aluno após a graduação. A licença para a prática médica na América do Norte passou então, a ser concedida somente após a aprovação do médico nesse exame.

Estamos confiantes e novamente animados para participar da Comissão de Especialistas, que tem sido prestigiada e respeitada pelo Ministro da Educação, o qual vem mantendo reuniões periódicas para debater os problemas existentes e tomar decisões conjuntas. Reascendeu a luz no final do túnel.

Contudo, será de fundamental importância que o Conselho Federal de Medicina baixe uma Resolução estabelecendo o Exame de Proficiência Médica, a exemplo da OAB, para os novos médicos poderem, se aprovados, registrar seus diplomas e exercerem com capacidade comprovada a profissão que escolheram em benefício de toda população brasileira.

Médicos no interior. É possível!

Doctors in the countryside: it is possible!

Fernando Carbonieri*

Médicos no interior. Sim é possível. Com toda certeza não é fácil. Há um caminho para o sucesso nessa empreitada. Não sou político, nem gestor em saúde. Sou um acadêmico de Medicina de Curitiba que se forma em julho de 2013. Sou também um indignado com os rumos que a Medicina e a saúde do país estão tomando.

A receita para ter médicos no interior do país é pagar adequadamente (piso salarial com encargos e CLT) e dar condições de trabalho (unidades de saúde adequadas, com materiais e outros profissionais de **qualidade**). Não há nada muito além disso.

A Inglaterra, país frequentemente tomado de exemplo nos discursos da "Presidenta", realmente possui 2,7 médicos por 1.000 habitantes, porém eles possuem um sistema de saúde estável, sem desvios de verba, subsidiado pela Rainha e que **paga seus médicos melhor, quando metas são atingidas**. O salário médio dos médicos ingleses é de 67.000 libras ao ano. Isso significa uma quantia de 216.000 reais anuais. Esse valor é abaixo do piso da Fenam, que seria de R$ 235.000 se fosse cumprido (saiba que desse valor, R$ 98.130 seriam gastos em impostos).

Quais são os municípios brasileiros que se dispões a pagar isso? Quais dão as mesmas condições que ingleses trabalham?

Sabemos que não há resposta a não ser a mesma que é repetida constantemente.

O governo, apesar de cobrar uma das mais altas taxas de impostos do mundo, não tem dinheiro para manter bons médicos, nem locais adequados. E quando se trata de disponibilizar mais verba, a **Emenda 29** não é aprovada em sua totalidade. O brasileiro tem que trabalhar cinco meses apenas para pagar impostos. Os políticos custam fábulas. **Estamos em um país em que o deputado custa R$ 6,6 milhões ao ano; e um senador R$ 33,1 milhões ao ano.**

O orçamento para saúde, em 2013, será de 117 bilhões de reais. Digam-me como

** Acadêmico do 12.º período do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná. Coordenador do blog – Academia Médica (www.academiamedica.com.br).*

poderemos ter uma saúde adequada se com nossos 675 parlamentares (deputados e senadores) gastamos o equivalente a 7,5% (R$ 8,7 bilhões) do orçamento da saúde?

O texto abaixo, reproduzido da Agência Brasil, fala sobre a dificuldade que prefeitos têm em contratar médicos e sobre as medidas governamentais para aumentar o número de médicos no país **(flexibilização do Provab e aumento do número de vagas em universidades para médicos)**.

Vemos, mais uma vez, que o discurso tem caráter populista. Medidas imediatistas, como a história comprova, não resolvem o problema, apenas criam outros:

Flexibilização do Revalida aumentaria o número de médicos em grandes centros e não levaria saúde para o interior.

Aumento do número de vagas de Medicina: O absurdo desta medida é que o governo não consegue fiscalizar e dar qualidade de formação às 198 escolas do Brasil. Aumentar em número de escolas ou vagas apenas pioraria a situação.

Quem sabe se as prefeituras pagassem seus médicos em dia, com salário digno, teríamos um cenário diferente? Mais ainda… Quem sabe se houvesse estrutura limpa, digna e humana para exercer a Medicina todos esses problemas não estariam resolvidos?

A receita é simples: políticos e corrupção onerando menos os cofres públicos geram uma saúde de qualidade.

Ao possuir dinheiro para a utilização na saúde, médicos e outros profissionais necessários ficarão no interior sim se tiverem carreira de estatal bem remunerada. Não é necessário nem importar nem flexibilizar!

Prefeitos dizem enfrentar dificuldades para contratar médicos

O presidente da Associação Brasileira de Municípios (ABM), Eduardo Tadeu, declarou em 22 de janeiro de 2013 que os prefeitos têm enfrentado dificuldades para contratar médicos. O relato foi feito ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha. Durante a reunião, a associação e outras entidades representativas entregaram carta endereçada à presidente Dilma Rousseff em que pedem a adoção de medidas por parte do governo federal para resolver o problema. Segundo Tadeu, as prefeituras tentam de várias formas contratar médicos, mas não conseguem preencher as vagas. "Eu fui prefeito por oito anos e nunca consegui completar o número de médicos necessário nas unidades básicas de saúde. Tem um número pequeno de profissionais e os municípios ficam quase fazendo um leilão por esses profissionais", contou.

Para resolver o problema, o presidente defende ampliação das vagas nas faculdades de Medicina e mais facilidades para a contratação dos profissionais formados no exterior. "Esses médicos [graduados fora do país] poderiam prestar serviços nos municípios mais necessitados, principalmente na atenção básica. O governo poderia flexibilizar o exame exigido para esses profissionais, até mesmo reconhecendo algumas faculdades estrangeiras", sugere. Atualmente, a taxa é 1,9 médico por mil habitantes no Brasil. Para o Ministério da Saúde, o ideal seria elevar para 2,7 médicos por mil habitantes, o mesmo índice do Reino Unido. No ano passado, o ministério anunciou a criação de cursos de medicina e expandir as vagas nas faculdades já existentes, com o objetivo de ampliar o número de profissionais no país.

Avaliação morfológica do fígado após hepatectomia parcial com ou sem obstrução biliar extra-hepática em ratos

Morphologic evaluation of the liver after partial hepatectomy with or without extrahepatic biliary obstruction in rats

***Jonathan Geronasso Simões*[1]**
***Christian Luiz Artner*[2]**
***João Carlos Simões*[3]**

RESUMO

OBJETIVO: Existem vários modelos experimentais de obstrução biliar em ratos, mas a intensidade, a duração da icterícia e alterações histológicas no fígado dependem do método utilizado. A recanalização do ducto biliar comum após ligadura simples tem sido a causa mais frequente de insucesso na indução da colestase, sendo descritos como mecanismos responsáveis: a invaginação do coto proximal em direção ao distal e a proliferação de glândulas epiteliais na extremidade distal do ducto. Avaliar histologicamente o grau de comprometimento hepático induzido por dupla ligadura e transecção do ducto biliar, associado à hepatectomia parcial (60% a 65% de ressecção).
MÉTODOS: Foram utilidados 20 ratos Wistar alocados em dois grupos, sendo os animais do Grupo I (controle) submetidos apenas à hepatectomia parcial (retirada do lobo lateral esquerdo e mediano), ao passo que os animais do grupo II tiveram seu ducto biliar comum ocluído por dupla ligadura com fio de prolene 6"0" e transeccionado, associado à hepatectomia parcial.
RESULTADOS: Foram observadas proliferações moderadas e acentuadas de ductos biliares nos animais do grupo II, os quais também apresentavam infiltrado inflamatório misto de moderada à discreta quantidade difusamente pelo tecido hepático. Apresentaram sua arquitetura lobular hepática preservada, sem presença de fibrose e de nódulos de regeneração. Não ficou evidenciada a proliferação de vasos sanguíneos.
CONCLUSÃO: A obstrução do ducto biliar, através de dupla ligadura e transecção ductal associada à hepatectomia parcial, levou a proliferaçâo moderada e acentuada de ductos biliares e

1. Médico residente de Cancerologia Cirúrgica da Santa Casa de Ponta Grossa (PR).
2. Médico residente de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora das Graças, de Curitiba (PR).
3. Professor titular do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

a processo inflamatório misto (agudo e crônico) em tecido hepático. Essas alterações não foram encontradas nos animais do grupo controle.

DESCRITORES: Colestase; Hepatectomia; Ratos Wistar.

Simões JG, Artner CL, Simões JC. Avaliação morfológica do fígado após hepatectomia parcial com ou sem obstrução biliar extra-hepática em ratos. Rev. Med. Res., v.15, n.1, p. 13-20, jan./mar. 2013.

INTRODUÇÃO

O fígado é o maior tecido glandular do organismo, situado no quadrante superior direito da cavidade abdominal, abaixo do diafragma. É um órgão multifuncional e dentre suas principais funções destacam-se a síntese e a secreção proteica, a secreção biliar, a regulação dos níveis glicêmicos e a metabolização de drogas e carboidratos. Seu parênquima é constituído por hepatócitos, que perfazem cerca de 80% da população celular.

Suas células são altamente diferenciadas e estáveis. No entanto, apesar do baixo índice mitótico, entram em divisão celular mediante injúria química, viral, perda traumática ou por hepatectomia parcial (HP). A lesão do parênquima hepático desencadeia o processo de reparação, que começou ser elucidado com o advento da Biologia Molecular. Importante no prognóstico e patogênese das mais frequentes doenças do órgão como hepatite, cirrose e hepatomas. A regeneração hepática representa um mecanismo de proteção orgânica contra a perda de tecido hepático funcionante.

Existem vários modelos experimentais de obstrução biliar em ratos, mas a intensidade, a duração da icterícia e alterações histológicas no fígado dependem do método utilizado[18]. Alguns autores têm demonstrado a ocorrência de cirrose biliar secundária[19,20] e outros somente fibrose[5]. Os métodos descritos para a obstrução biliar são: ligadura simples do ducto, ligadura seguida de transecção, ressecção ou enovelamento, ligadura seguida de secção e introdução de cateter no coto proximal com exposição subcutânea e por último a obstrução extrínseca do ducto sem seccioná-lo[21].

O índice de sucesso dos modelos experimentais varia conforme a técnica utilizada, sendo que a recanalização do ducto biliar comum após ligadura simples ou ligadura e transecção tem sido mais frequentemente as causas de insucesso na indução da colestase[1,2,5]. Os mecanismos responsáveis descritos são a invaginação do coto proximal em direção ao distal e a proliferação de glândulas epiteliais na extremidade distal do ducto.

No início dos processos de obstrução biliar há edema e expansão dos sistemas portais intra-hepaticos, com fibrose do sistema porta. As gotículas de bile aparecem nos canalículos, os quais podem sofrer ruptura e provocar morte dos hepatocitos adjacentes (infartos biliares). Ao longo do tempo, morte hepatocelular, regeneração e fibrose resultam em cirrose[10].

O primeiro modelo experimental bem-sucedido para o estudo da regeneração hepática foi introduzido por Higgins e Anderson em 1931. Esse modelo contemplou a remoção cirúrgica

dos lóbulos lateral esquerdo e mediano do fígado de ratos, constituindo aproximadamente 60 a 70% da massa hepática total desses animais.

A ressecção em fígados cirróticos é um procedimento temido, pois a reserva funcional do órgão é inferior ao normal, não suportando grandes resecções[4,5,6].

Considera-se que fatores de crescimento e seus respectivos receptores celulares controlam a replicação dos hepatócitos[9,13,14]. O processo resulta de um sistema de sinais intra e extra-hepáticos que ocorrem entre os hepatócitos e outras células (mecanismos parácrinos).

Estudos sobre regeneração hepática e processos obstrutivos que acometem o ducto biliar são de grande importância para a realização de procedimentos cirúrgicos, visando melhorar o prognóstico e até mesmo a cura de determinadas doenças.

O presente trabalho tem como objetivo avaliar histologicamente o grau de comprometimento hepático induzido por dupla ligadura e transecção do ducto biliar, associado à hepatectomia parcial (60% a 65% de ressecção).

MÉTODOS

Este trabalho foi realizado de acordo com os preceitos do CIOMS (*Council for International Organization of Medical Sciences Ethical Code for Animal Experimentation*) e do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA. Foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da FEPAR.

Os experimentos foram realizados no laboratório de Cirurgia experimental da Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do curso de Medicina da FEPAR.

Foram utilizados 20 ratos da raça Wistar (*Novergicus albinus*), machos, pesando entre 200g e 250g, colocados e mantidos em gaiolas apropriadas (5 animais por gaiola) no biotério central da FEPAR, com ciclo de claro-escuro natural, temperatura e umidades próprios do ambiente e com alimentação a base de ração e água *ad libitum*. Os animais foram alocados em dois grupos:

Grupo I: constituído por 10 animais submetidos à hepatectomia parcial (Grupo controle).

Grupo II: constituído por 10 animais submetidos à hepatectomia parcial e dupla ligadura do ducto biliar extra-hepático.

Os procedimentos cirúrgicos realizaram-se sempre no mesmo horário para evitar influência do ciclo circadiano. Os animais foram anestesiados por via inalatória com éter etílico a 10% e posicionados sobre uma prancha de madeira, em decúbito dorsal horizontal, com os quatro membros fixados a essa superfície por meio de esparadrapos.

A polivilpirrolidona-iodo a 1% foi utilizada na antissepsia da parede abdominal, após a tricotomia, sendo então realizado o acesso à cavidade peritoneal, feito a partir de laparotomia mediana de cerca de 4cm, estendendo-se do apêndice xifoide em direção caudal (**Figura 1**). Em seguida, realizou-se hepatectomia parcial em ambos os grupos, ressecando-se os lobos lateral esquerdo e mediano, sendo então feita ligadura de seus pedículos com fio de poliglactina 3-0. Essa ressecção é equivalente a aproximadamente 60% a 65% do volume do fígado (**Figura 2**). No grupo II foram realizadas secções e duas ligaduras com fio prolene 6-0, no terço proximal do ducto hepático comum. Essa localização, da secção das ligaduras, teve como objetivo prevenir a lesão do ducto pancreático, que se encontra nas proximidades (**Figura 3**). A parede abdominal foi fechada com suturas contínuas com fio de poliglactina 3"0", deixando o peritônio e a aponeurose em

plano profundo e a pele em plano superficial (**Figura 4**).

Os animais foram mortos sob anestesia com éter. Após a análise macroscópica do fígado, dois fragmentos foram fixados em solução de formalina a 10% tamponada por 12h e, após, transferidos para solução alcoólica a 70% até o momento de inclusão em parafina. Secções de 5 micra de espessura foram coradas pelas técnicas de Hematoxilina e Eosina e Tricrômico de Mallory para análise em microscópio óptico (em aumento de 100x) das alterações morfológicas em hepatócitos, ductos biliares, vasos, ocorrência de fibrose e presença de infiltrado inflamatório. O primeiro campo foi selecionado aleatoriamente no corte histológico e, por movimentos unidirecionais, novos campos foram organizados em sequência.

Análise estatística testou-se a hipótese nula da não existência de diferença significativa quanto à proliferação de ducto biliar e infiltrado inflamatório, entre os grupos controle e experimento, versus a hipótese alternativa da existência de diferença significativa entre os dois grupos. Para tanto, aplicou-se o teste Exato de Fisher. O resultado do teste indicou a rejeição da hipótese nula ao nível de significância de 5% ($p < 0,00001$), sendo que para a realização do teste Exato de Fisher, as categorias foram agrupadas em Normal e Não Normal.

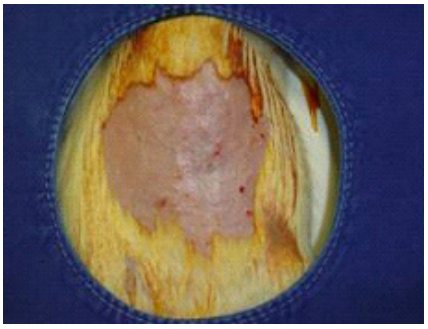


Figura 1. Antissepsia e tricotomia do abdome.

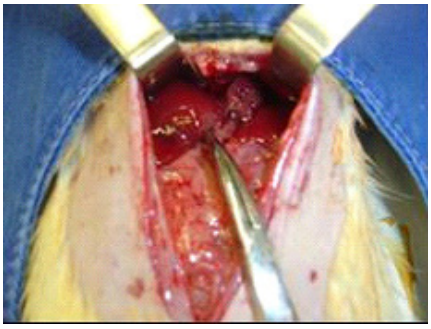


Figura 2. Ressecção de 60% a 65% do parênquima hepático(retirado do lobo lateral esquerdo e mediano.

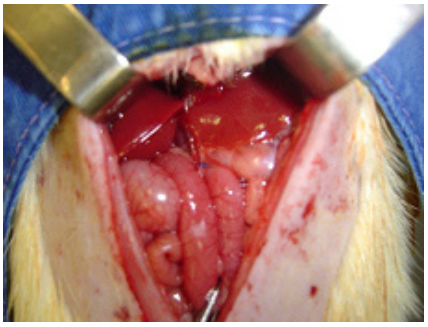


Figura 3. Ligadura proximal e distal do ducto biliar comum com transecção.

Figura 4. Fechamento da parede abdominal por planos.

RESULTADOS

Dois animais morreram no período pós-obstrução por causa desconhecida, os demais evoluíram satisfatoriamente. O tempo esperado para progressão de lesão hepática colestática foi de 30-35 dias após ligadura do ducto biliar. De 10 animais submetidos à obstrução biliar, obtivemos resultados satisfatórios em 80% deles. Clinicamente, os animais apresentavam icterícia, colúria, acolia e aumento significativo da circunferência abdominal.

Nos animais submetidos à dupla ligadura, a análise macroscópica mostrou dilatação do ducto biliar proximal em diferentes intensidades. O fígado apresentava-se aumentado, de coloração esverdeada, vesícula biliar distendida, sem presença de nodulações e com sua consistência um pouco endurecida em comparação ao grupo controle. Também foram constatados esplenomegalia e ascite em diferentes graus (**Figura 5**).

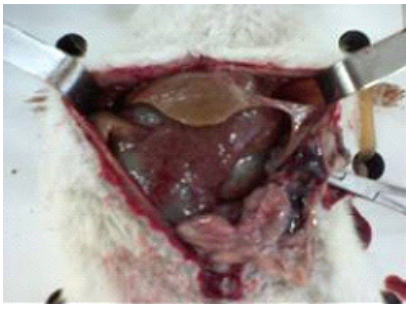


Figura 5. Avaliação macroscópica hepática do animal no grupo II, evidenciando-se fígado aumentado de volume, de cor esverdeada e aumento da vesícula biliar.

Avaliação histopatológica

Os animais com obstrução biliar apresentaram sua arquitetura lobular hepática preservada, sem presença de fibrose e de nódulos de regeneração. Não ficou evidenciada a proliferação de vasos sanguíneos, apesar do diâmetro dos vasos encontrados estar aumentado em relação ao grupo I. Foram observadas proliferações discretas, moderadas e acentuadas de ductos biliares nos animais do grupo II (**gráfico 1**), os quais também apresentavam infiltrado inflamatório misto (agudo e crônico) de moderada a discreta quantidade difusamente pelo tecido hepático (**Figuras 6 e 7** e **gráfico 2**).

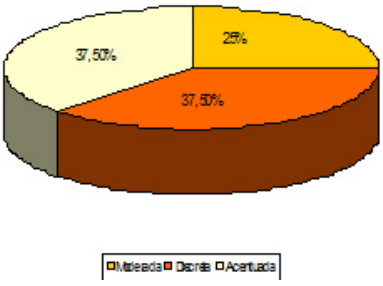


Gráfico 1. Resultado final para o grupo 2.

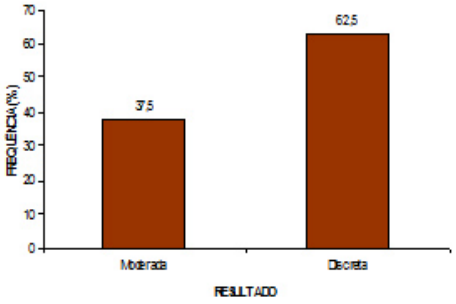


Gráfico 2. Resultado final para o grupo 2.

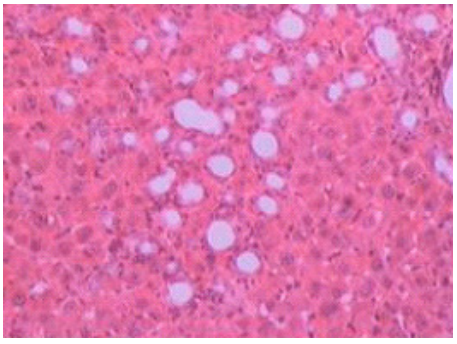


Figura 6. Fotomicrografia mostrando proliferação ductal acentuada.

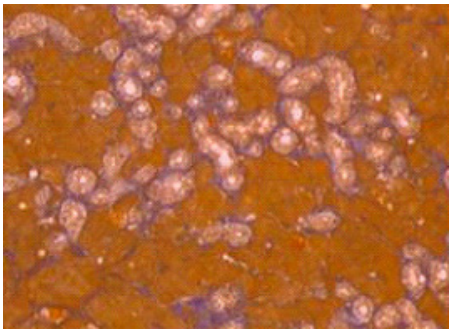


Figura 7. Fotomicrografia Proliferação ductal moderada e processo inflamatório misto discreto corado por (HEX100).

DISCUSSÃO

O hepatócito é uma célula de natureza epitelial altamente diferenciada que raramente se divide. Em ratos, somente um hepatócito, entre cerca de 20.000, pode estar se dividindo em qualquer momento. Durante a vida adulta do animal, o hepatócito divide-se somente uma, duas ou talvez nenhuma vez. Contudo, sua capacidade de replicação não é perdida[3].

Em 1909, Milne percebeu que qualquer alteração patológica ou experimental, levando à destruição de hepatócitos, era capaz de desencadear o processo de proliferação hepatocelular[7]. Em 1920, Rous e Larimore reportaram aumento do volume dos lobos hepáticos não submetidos a ligadura, enquanto o restante do fígado era privado do suprimento portal[8]. A regeneração hepática é reconhecida como um espetacular exemplo de crescimento tecidual ordenado e organizado. Pode ser induzida, experimentalmente, por qualquer tratamento agudo, cirúrgico ou químico, o qual remova ou destrua um grande percentual do parênquima hepático. A perda do parênquima rapidamente desencadeia o processo regenerativo até que a massa hepática seja restaurada[11].

O crescimento regenerativo do fígado vem sendo estudado após hepatectomia parcial em animais experimentais; ou, em humanos, após ressecção parcial do fígado ou necrose hepática maciça[11,12]. Embora mecanismos diferentes possam operar estas situações clínicas e experimentais distintas, o modelo mais utilizado para o estudo in vivo dos mecanismos de regulação do crescimento hepático é a regeneração hepática após hepatectomia parcial em raros, conforme descrito por Higgins e Anderson (1931). Ela consiste na ressecção dos lobos lateral esquerdo e mediano (lobos anteriores), os quais constituem aproximadamente 67% da massa hepática total. Os lobos lateral direito e caudato (lobos posteriores) correspondem respectivamente a 24 e 9% da massa hepática total[1,3,15,16].

A obstrução biliar extra-hepática, produzida por cálculos, tumores e estenoses de várias naturezas, leva à colestase e a aumento do conteúdo intracelular de bilirrubina. Esta, no meio intracelular, possui efeitos tóxicos. Ocorre a elevação dos níveis de bilirrubinas e de sais biliares que se acompanham de lesão hepatocelular com consequente alteração da síntese proteica, metabolismo de aminoácidos, carboidratos e lipídios. Observam-se alterações circulatórias, com diminuição do fluxo portal e isquemia funcional, o que torna as células mais sensíveis aos efeitos tóxicos dos sais biliares e bilirrubinas[22].

Existem vários modelos descritos para a obstrução biliar com a interrupção do fluxo biliar ao duodeno[2,5,18,20], sendo fatores relevantes após a obstrução experimental: a taxa de morte nas primeiras duas semanas e a recanalização ductal[5,21]. As ligaduras simples ou duplas podem ser seguidas frequentemente por recanalização do ducto biliar ou por proliferação de dúctulos colaterais[20].

Neste estudo, a ligadura dupla seguida de transecção ductal foi escolhida devido a facilidade técnica e importância acadêmica do

modelo experimental, haja vista a frequência bastante significativa de processos obstrutivos das vias biliares ocasionada principalmente por cálculos e tumorações.

Ao contrário dos demais autores que demonstraram a ocorrência de cirrose biliar secundária[19,20] e outros ainda que descreveram somente fibrose do tecido hepático[5] cerca de 30 dias após a ligadura do ducto biliar comum, em nosso trabalho não ficou evidenciada a presença de nódulos de regeneração ou fibrose no mesmo período. Foram constatadas apenas proliferações discretas, moderadas e acentuadas de ductos biliares, além de infiltrado inflamatório misto; o que pode sugerir uma fase inicial que poderá evoluir com cirrose hepática em intervalo de tempo maior.

CONCLUSÃO

A obstrução do ducto biliar comum, através de ligadura e dupla transecção ductal em ratos *Wistar* submetidos à hepatectomia parcial, levou a proliferações discretas, moderadas e acentuadas de ductos biliares e a formação de processo inflamatório misto (agudo e crônico) em tecido hepático. Essas alterações não foram encontradas nos animais do grupo controle, submetidos apenas à hepatectomia parcial. Os resultados indicaram que as alterações histológicas presentes não foram significativas a ponto de ocasionar cirrose secundária, pois não foram encontrados nódulos de regeneração e tecido fibroso dentro do período de estudo.

ABSTRACT

BACKGROUND: There are many experimental models of biliary obstruction in rats, but the intensity, duration of jaundice and histological changes in the liver depend on the method used. Recanalization after bile duct ligation has been the single most frequent cause of failure in inducing cholestasis, being described as mechanisms responsible: invagination of the proximal and distal toward the proliferation of epithelial glands in the distal duct. Histologically assess the degree of hepatic impairment induced by double ligation and transection of the bile duct, associated to partial hepatectomy (60% to 65% resection)..

METHODS: We used 20 Wistar rats divided into two groups. Group I (control) underwent only partial hepatectomy (removal of the left lateral lobe and median), while the animals in group II had their common bile duct occluded by double ligature with prolene thread 6 "0" and transected, associated to partial hepatectomy.

RESULTS: We observed moderate and marked proliferation of bile ducts in group II, which also showed mixed inflammatory infiltrate from moderate to mild amount diffusely throughout the liver tissue. They showed hepatic lobular architecture preserved without fibrosis and regenerative nodules. There was no evidence of blood vessels proliferation.

CONCLUSION: The bile duct obstruction by double ligation and transection ductal associated to partial hepatectomy led to moderate and marked proliferation of bile ducts and mixed inflammatory process (acute and chronic) in liver tissue. These changes were not found in the control group.

KEYWORDS: Cholestasis; Hepatectomy; Rats, Wistar.

REFERÊNCIAS

1. Higgins GM, Anderson RM. Experimental pathology of the liver: Restoration of the liver of the white rat following partial surgical removal. Arch Pathol. 1931;12:186-202.
2. Adson MA, Wychulis AR. Portal hypertension in secondary biliary cirrhosis. Arch Surg. 1968 Apr;96(4):604-12.
3. Ramalho FS, Ramalho LNZ, Zucoloto S, Silva Junior OC, e. Regeneração hepática: algumas definições num universo de incertezas. Acta Cir Brás. 1993 Out-Dez;8(4);177-89.
4. Ugochukwu CN, Goodman Z, Ishak K. Hepatocellular carcinoma in cirrhotic and noncirrhotic livers. A clinico-histopathologic study of 804 North American patients. Am J Clin Pathol. 1996 Jan;105(1):65-75.
5. Cameron GR, Muzaffar Hasan S. Disturbances of structure and function in the liver as the result of biliary obstruction. J Pathol Bacteriol. 1958 Apr;75(2):333-49.
6. Pelton JJ, Hoffman JP, Eisenberg BL. Comparison of Liver Function Tests after hepatic wedge resection. The American Surgeon. 1998;64:408-14.
7. Milne LS. The histology of liver tissue regeneration. J Pathol Bact. 1909;13(1):127-60.
8. Rous P, Larimore LD. Relation of the portal blood to liver maintenance: A demonstration of liver atropy conditional on compensation. J Exp Med. 1920 Apr 30;31(5):609-32.
9. Fausto N, Mead JE. Regulation of liver growth: protooncogenes and transforming growth factors. Lab Invest.1989,60(1):4-13.
10. Stevens A, Lowe J. Patologia. 2ª Ed. Barueri: Manole; 2002. Cap. 14, p. 295.
11. Michalopoulos GK. Liver regeneration: molecular mechanisms of growth control. FASEB J. 1990 Feb 1;4(2):176-87.
12. Alison MR. Regulation of hepatic growths. Physiol Rev. 1986 Jul;66(3):499-541.
13. Sigel B, Baldia LB, Brightman SA, Dunn MR, Price RI. Effect of blood flow reversal in liver autotransplants upon the site of hepatocyte regeneration. J Clin Invest. 1968 Jun; 47(6):1231-7.
14. Sarrf CE, Horgan M, Edwards RJ, Alison MR. Reversal of phenobarbital-induced hyperplasia and hypertrophy in the livers of Ipr mice. Int J Exp Pathol. 1997 Feb;78(1):49-56.
15. Ohmura T, Ledda-Columbano GM, Piga R, Columbano A, Glemba J, Katyal SL, et al. Hepatocyte proliferation induced by a single dose of a peroxisome proliferator. Am J Pathol. 1996 Mar;148(3):815-24.
16. Skullman S, Wirén M, Garlick PJ, McNurlan MA, Larsson J. Protein Synthesis in regenerating rat liver during malnutrition. J Hepatol. 1994 Aug;21(2):174-81.
17. Hollander M, Wolfe DA. Nonparametric statistical methods. New York: Wiley; 1973.
18. Bauer A. Clinical and experimental studies of the alkaline phosphatase content of blood serum in outflow obstruction at various levels of the biliary passages. Acta Chir Scand. 1950;100(3):228-44.
19. Adson MA, Wychulis AR. Portal hypertension in secondary biliary cirrhosis. Arch Surg. 1968 Apr;96(4):604-12.
20. Kountouras J, Billing BH, Scheuer PJ. Prolonged bile duct obstruction: a new experimental model for cirrhosis in the rat. Br J Exp Pathol. 1984 Jun;65(3):305-11.
21. Castro e Silva Jr O, Mazzeto AS, Santos JS, Ceneviva R, Zucoloto S. Experimental induction of secondary biliary cirrhosis in rats: a new surgical procedure. Res Surg. 1995;7:42-44.

Agradecimentos

Agradecemos a todas as pessoas que colaboraram com a realização deste trabalho, em especial a médica patologista Dra. Lismary Mesquita, a Profª Maria Glauce e os funcionários da Faculdade Evangélica do Paraná José Erivam, Mauri e Elisângela.

Recebido em 23/06/2011
Aprovado em: 13/01/2012
Conflito de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Endereço: Jonathan Simões
Rua Martim Afonso, 1751 - apto. 12
Bigorrilho - Curitiba / PR - CEP 80730-030
e-mail: jonathansimoes@uol.com.br

Por que quero ser médico?

Why do I want to be a doctor?

***Gabriela Piovezani Ramos*[1]**
***Gustavo Yuzo Gapski Yamamoto*[1]**
***Ana Laura Ribas Braga Bettega Pinheiro*[1]**
***Ana Paula Marques*[1]**
***Guilherme Piovezani Ramos*[2]**
***João Carlos Simões*[3]**

RESUMO

OBJETIVO: A Medicina é atualmente um dos cursos mais almejados pelos estudantes. Contudo, o motivo que cativa tantos jovens a escolherem a profissão médica ainda é questionado na literatura. Assim, este trabalho tem como objetivo avaliar os motivos e fatores que influenciam os acadêmicos de Medicina a optarem pela profissão médica.

MÉTODOS: Foi aplicado um questionário autoinforme aos alunos do primeiro, segundo, terceiro, quarto, sétimo, oitavo, nono e décimo períodos da Faculdade Evangélica do Paraná. O questionário também foi aplicado aos estudantes do sexto período de Medicina da Universidade Federal do Paraná. O questionário aplicado constituía-se de cinco questões que abordavam o tempo de cursinho preparatório para ingressar na faculdade, quando foi tomada a decisão de cursar Medicina, por que a escolha deste curso, quem ou o que influenciou e qual a especialidade médica pretende-se seguir.

RESULTADOS: Participaram da entrevista 351 estudantes, de 490 matriculados nos períodos selecionados, sendo 181 do sexo masculino e 170 do feminino. A maioria (57,2%) afirmou ter vocação para prática médica; seguido pelo fator "altruísmo" com 20.2% dos entrevistados, sendo destes 39 mulheres e 32 homens; 7,4% disseram ter sido motivados por questões financeiras, sendo 24 homens e 2 mulheres; 11,1% não souberam dizer por que escolheram o curso; as opções "Status" e "Outras" foram escolhidas por, respectivamente, 2,5% e 1,4% dos acadêmicos. A decisão foi tomada principalmente durante a adolescência (47,9%). Já as influências relacionaram-se mais

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

1. Acadêmicos do 1.º período do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.
2. Acadêmico do 12.º período do curso de Medicina da FEPAR.
3. Professor Titular do curso de Medicina da FEPAR.

com os pais (33,04%) e parentes (8,54%), apesar de a maior parte dizer ter decidido por conta própria (48,7%). A maior parte dos estudantes não soube indicar a especialidade que pretende seguir (29,3%). Dentre as especialidades indicadas prevaleceram as especialidades cirúrgicas (28,8%), seguida por clínica médica (22,5%). Apenas 1,1% dos entrevistados relataram seguir especialidades relacionadas à Saúde Coletiva.

CONCLUSÃO: As indicações deste estudo permitiram identificar importantes determinantes para a definição profissional dos jovens doutores. Apesar das mudanças proporcionadas pelo capitalismo global à prática médica, a vocação e o fator altruísta ainda são os principais motivadores dos jovens a escolherem a profissão.

DESCRITORES: Médicos; Estudantes de Medicina; Educação médica.

Ramos GP, Yamamoto GYG, Pinheiro ALRBB, Marques AP, Ramos GP, Simões JC. Por que quero ser médico? Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.1, p.21-35, jan./mar. 2013.

INTRODUÇÃO

Há séculos, quando ainda não havia recursos científicos suficientes para a cura e o entendimento das doenças, eram as experimentações, ervas e superstições que garantiam a sobrevivência da espécie humana. Desde o Egito Antigo até a Grécia, onde a medicina científica se opôs à religiosa e empírica, o ato de ser médico tinha o objetivo único de salvar vidas. Hipócrates, o pai da Medicina, comprova em seu próprio juramento o significado altruísta da profissão médica. No entanto, ao longo dos anos, com a disseminação do capitalismo, a Medicina vem adquirindo um caráter cada vez mais direcionado à economia e menos ao altruísmo das origens.

Independentemente desta mudança de valores, o número de interessados pelo curso de Medicina é cada vez maior. Prova disso é o alto nível de competitividade nos concursos de vestibulares e residências médicas no Brasil. Por essa razão, vale-se a pergunta: o que realmente motiva tantos jovens a escolherem a profissão médica atualmente?

Existem poucos artigos na literatura que tratam da escolha da Medicina como profissão. Dentre estes, Ramos et al. (2008) avaliaram alunos de uma instituição privada do Sul do Brasil e concluíram que vocação é a principal razão para a escolha da profissão médica[1]. Dentre os 178 estudantes entrevistados, 45,5% selecionaram vocação como motivo da opção pela Medicina. Em segundo lugar, 24% dos alunos disseram ter altruísmo como razão para escolha da profissão. Já razões financeiras motivaram 14,5% dos alunos entrevistados. Nessa publicação, 10% dos estudantes não souberam dizer a razão pela qual escolheram o curso de Medicina[1].

Vale destacar que também existem outros fatores que podem influenciar na escolha da profissão como gênero, idade e classe social. Ainda no trabalho de Ramos et al., observou-se que 80% dos alunos que optaram pela profissão por razões financeiras eram homens, enquanto que 60% dos indivíduos que escolheram a profissão por razões altruístas eram mulheres[1].

Os autores ainda observaram que a maioria dos estudantes (70%) tomou a decisão durante a infância e adolescência. Apesar de quase 44% dos 178 estudantes terem dito não terem sido influenciados na escolha pela profissão, pais (30%) e familiares (10%) foram citados como as principais figuras que influenciaram a decisão dos acadêmicos[1].

Ao escolherem a profissão médica, muitos estudantes já têm em mente a área que pretendem atuar, seja clínica ou cirúrgica. No entanto, para alguns é realmente durante os seis anos de curso que, conhecendo as patologias e especialidades, realmente definirão suas áreas de atuação. Os motivos e influências que levam os acadêmicos de Medicina a escolherem suas respectivas especialidades médicas também são inúmeros[2,3].

Na literatura, o trabalho de Fiore et al. avaliou as influências culturais, psíquicas e sociais nas escolhas da profissão e residência médica. Os autores avaliaram 40 profissionais renomados a área da saúde, que atuam na cidade de São Paulo. O estudo constituiu-se uma entrevista aberta e de um questionário fechado com perguntas direcionadas à vida familiar[2].

Os resultados do trabalho mostraram que a escolha pela profissão médica foi estimulada em grande parte por familiares e pela busca de ascensão econômica, sendo observado que 82,5% possuem avós estrangeiros de diversas nacionalidades, o que implica em variabilidade cultural e diferentes estruturas familiares. Segundo os autores, isso reflete na busca por avanço no âmbito econômico e na procura por status, o que leva aos descendentes a opção médica como profissão[2].

O artigo de Fiori et al. mostrou que de 55% dos médicos na pesquisa são primogênitos da família. Segundo os autores, uma possível explicação seria que muitos pais projetam em seus filhos os seus próprios sonhos que não puderam ser realizados no passado, determinando assim suas escolhas[2].

No que diz respeito as especialidade médica, o artigo em questão destacou que algumas particularidades culturais como educação e sexo que influenciam na decisão dos acadêmicos pela área de atuação. As experiências individuais e as habilidades adquiridas também podem explicar as diferentes escolhas das especialidades médicas dos entrevistados. Dentre os 40 entrevistados, houve maior preferência por áreas relacionadas à cirurgia, tanto para homens (33,3%) quanto para mulheres (36,8%). Uma pequena prevalência do sexo masculino foi observada nas áreas de métodos diagnósticos e psiquiatria. A Medicina Preventiva foi a especialidade menos escolhida pelos entrevistados, tendo sido escolhida por apenas um homem e uma mulher[2].

Complementando a literatura, o trabalho de Ferreira et al., intitulado "O estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências", retrata por meio de um questionário aplicado aos alunos do terceiro e sexto ano da universidade o real motivo pela escolha da profissão médica, bem como a escolha da especialização, relacionando-os principalmente ao perfil socioeconômico dos acadêmicos da instituição[4].

Os autores mostraram não haver grande diferença nas respostas entre os dois anos do curso, comprovado pelo maior percentual em ambos os grupos de acadêmicos na opção identificação com a profissão (vocação, realização pessoal), sendo atribuído ao terceiro e sexto ano, respectivamente, 55,3% e 53,4%. Em segundo lugar obteve-se o item altruísmo (investimento social, saúde), com 18,1% e 26,7%

para cada ano[3]. As opções menos escolhidas pelos acadêmicos de Medicina foi onde houve pequena divergência entre os períodos. Enquanto no quinto período (primeiro e segundo semestre) o item "outros" (razões pessoais, influencias familiares) teve 3,4% de adesão, no décimo primeiro e décimo segundo períodos as opções "mercado de trabalho" e "outros" (razões pessoais, influências familiares) tiveram o mesmo número de votos, 2,6%[4].

Ferreira et al. ainda acrescentaram o grande aumento do número de mulheres no curso de Medicina, que já alcançaram a metade dos alunos, como um fator interessante da atualidade. A pesquisa ainda retratou o interesse dos acadêmicos pela opção "profissional liberal", 97,8% e 98,7% no sexto e terceiro ano, respectivamente. Com menor interesse por serviços na área pública do setor de saúde, 78,3% dos alunos do quinto período da UFMG[4].

Relacionado à especialidade, os autores revelaram que a maior parte dos acadêmicos, 97,2% e 94,6% em cada ano, preferem especialidade em área geral, seguida de clínica médica, pediatria, cirurgia e, por fim, medicina social, tendo este 0,3% de adesão entre os estudantes do sexto ano e 0% entre os do terceiro[4].

Os motivos que levam tantos jovens a escolherem a profissão médica atualmente são inúmeros e ainda incertos. Os determinantes que circundam esta decisão, bem como decisões futuras relacionadas ao campo de atuação do profissional, também permanecem desconhecidos e constituem importantes fatores na construção do perfil do profissional que estará no mercado nos próximos anos. Desta forma, este estudo pretende analisar a escolha de um grupo de acadêmicos de Medicina a escolherem a profissão médica.

O objetivo principal desse trabalho foi o de avaliar os motivos e fatores que influenciam os acadêmicos de Medicina a optarem pela profissão médica. Os objetivos específicos foram:

- Determinar as principais razões que levaram acadêmicos da Faculdade Evangélica do Paraná (privada) dos dois primeiros anos e do internato a optarem pela Medicina.
- Determinar as principais razões que levaram acadêmicos da Universidade Federal do Paraná (escola pública) a optarem pela Medicina.
- Comparar os motivos e fatores que influenciam os acadêmicos de Medicina de escola pública e privada a optarem pela profissão médica.
- Determinar as principais especialidades médicas a serem seguidas pelos acadêmicos de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná e Universidade Federal do Paraná;
- Analisar a relação entre os motivos que influenciaram na escolha da profissão e a especialidade.

MÉTODOS

O trabalho consistirá em uma pesquisa quantitativa transversal a ser realizada no primeiro semestre do ano de 2012. O questionário será dirigido aos acadêmicos de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, pertencentes ao primeiros e últimos dois anos do curso (primeiro, segundo, terceiro, quarto, nono, décimo, décimo primeiro e décimo segundo períodos, respectivamente). Também serão inclusos na amostra alunos do sexto e sétimo períodos de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

Será aplicado um questionário autoinforme (**Anexo 1**) composto por quatro perguntas

objetivas (primeira, segunda, terceira e quarta) e uma pergunta aberta (quinta). Essas cinco perguntas, em ordem, são referentes a: quantos anos de cursinho preparatório fez para ingressar no curso; quando foi tomada a decisão; qual o motivo para escolha da profissão médica; quem o influenciou; e qual a especialidade a ser seguida após conclusão do curso. As questões dois (2) e quatro (4) possuem uma pergunta complementar em vigência da resposta conferida as mesmas, para complementação dos dados. Também serão levantadas as variáveis sexo, idade e período em curso.

As duas primeiras questões deverão ser respondidas assinalando uma única alternativa. Já as três últimas perguntas poderão possuir mais de uma resposta. Neste caso, o entrevistado deverá enumerar de forma crescente de acordo com o peso/importância de cada alternativa. A questão aberta é de livre resposta. O preenchimento deverá ser obrigatoriamente a caneta.

Os questionários serão distribuídos, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**Anexo 2**). Haverá uma explicação prévia sobre o preenchimento e conteúdo de ambos, bem como resposta à de dúvidas existentes durante qualquer momento do preenchimento do questionário. O preenchimento do questionário não terá limite de tempo.

Serão incluídos no estudo alunos dos quatro primeiros e dos quatro últimos períodos do curso que estiverem na sala no momento da distribuição dos questionários e que concordarem com os termos da pesquisa expostos no TCLE. Estarão excluídos da pesquisa: os alunos que não estão nos períodos citados; os que não estiverem presentes no momento da distribuição do questionário; os alunos que não concordarem ou não aceitarem os termos da pesquisa expostos no TCLE; ou os que tenham tido o questionário respondidos de modo incorreto, de difícil entendimento, ou com ausência de respostas.

As questões primeira, segunda e quarta serão tabuladas de acordo com as opções de múltipla escolha. Tendo em vista que a última poderá ter mais de uma resposta, será levada em conta na tabulação a ordem numérica dada pelo entrevistado.

No que diz respeito a pergunta número 3, que questiona o motivo que os acadêmicos escolheram a profissão. Foram selecionados quatro termos que reúnem motivações comuns citadas na literatura. Para evitar problemas de interpretação com os termos, cada alternativa exibe ao lado as definições entendidas pelos autores para que os entrevistados se encaixem ou não no termo especificado. Estas definições foram procuradas na literatura e em dicionários da língua portuguesa. Há também uma ultima opção aberta ("outro") para os entrevistados que não se encaixarem nos termos disponibilizados pelos autores.

As respostas da quinta questão, por ser aberta, serão agrupadas pelos autores de acordo com conteúdo, não sendo necessárias respostas idênticas para serem consideradas semelhantes. Uma vez que a pergunta corresponde à especialidade médica que os acadêmicos pretendem seguir, haverá um primeiro agrupamento de acordo com as grandes áreas de especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Comunitária. As especialidades também serão agrupadas em áreas menores, dependendo da resposta dos entrevistados.

As análises estatísticas serão determinadas

de acordo com as exigências da pesquisa e necessidade dos pesquisadores. O software utilizado para tabulação e cálculos será o Microsoft Excel 2010. Será utilizado um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A amostra inicial do trabalho incluía 490 alunos, sendo 400 alunos pertencentes aos quatro primeiros e quatro últimos períodos da Faculdade Evangélica do Paraná, e os demais 90 do sexto período da Universidade Federal do Paraná. Ao final da fase de coleta de dados foi reunido um total de 383 questionários (78,1%). Não foram inclusos na pesquisa os alunos que não estavam presentes no momento da distribuição dos questionários, bem como aqueles que não concordaram com os termos da pesquisa.

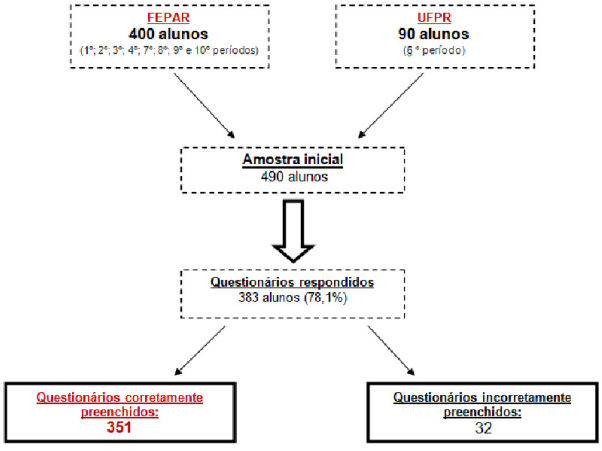


Figura 1. Diagrama expondo os critérios de inclusão e exclusão dos questionários, bem como o número final de questionários inclusos no estudo.

Dos 383 questionários respondidos, 32 foram excluídos do estudo por não estarem devidamente preenchidos, faltando o preenchimento de algum ou mais de um dos itens expostos. Desta forma, foram inclusos para análise final deste trabalho um total de 351 questionários. A distribuição por sexo e período da amostra pode ser observada nos gráficos 1 e 2.

Grafico 1. Distribuição dos alunos de acordo com gênero.

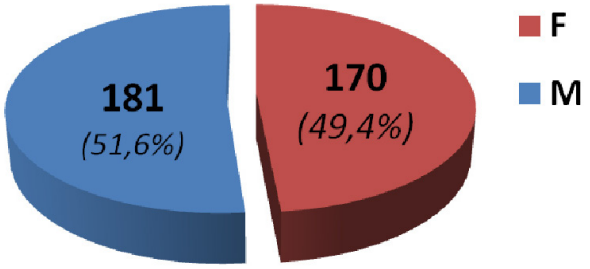
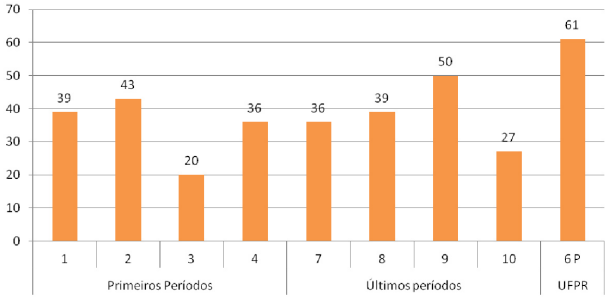


Gráfico 2. Distribuição dos alunos por período e instituição de ensino.



A questão número 1 perguntava sobre a quantidade de anos de cursinho que os alunos realizaram antes de ingressar na Medicina. Não se observou diferença significativa na distribuição de respostas quando comparada por período. No entanto, importantes tendências foram observadas quando se realizou a comparação das respostas da questão 1 com as variáveis gênero e instituição de ensino. Os dados podem ser a analisados nos gráficos 3 e 4, respectivamente.

Gráfico 3. Questão 1: quantos anos de cursinho preparatório para ingressar na faculdade. Distribuição de respostas por gênero.

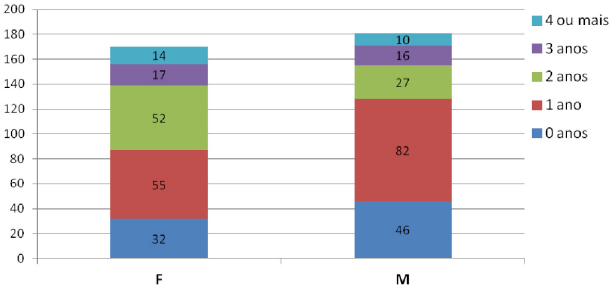
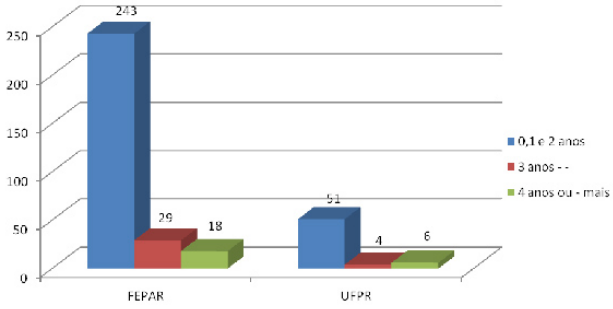
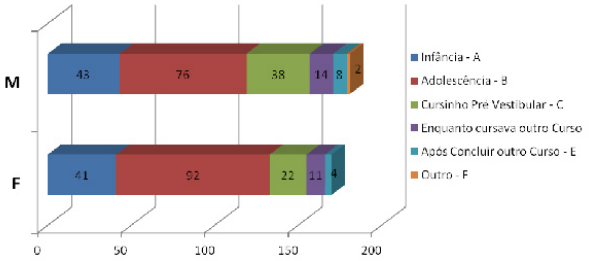


Gráfico 4. Questão 1: quantos anos de cursinho preparatório para ingressar na faculdade. Distribuição de respostas por instituição de ensino.



No que diz respeito ao momento em que o aluno decidiu pela carreira médica (**Questão 2**), os resultados comparando o momento da decisão de homens e mulheres pode ser conferido no **gráfico 5**. A distribuição destas respostas de acordo com período e instituição de ensino foi semelhante, sem diferenças significativas.

Gráfico 5. Questão 2: quando tomou a decisão de cursar Medicina. Distribuição das respostas por gênero.



Dentre os acadêmicos que optaram pelas opções D (enquanto cursava outro Curso Superior) e E (após concluir outro curso superior), o questionário abrangia uma questão extra que buscava o motivo que o levou a trocar o curso antigo pela Medicina. As principais razões estão resumidas na **Tabela 1**.

Tabela 1. Questão 2.1: por que decidiu trocar de campo de atuação *(alunos que responderam as alternativas "d" e "e").

Por que decidiu trocar de campo de atuação?	Feminino	Masculino	TOTAL GERAL
Afinidade	3	1	4
Autonomia	1		1
Insatisfação	4	5	9
Insatisfação e mercado de trabalho		1	1
Integração de conhecimento	2	4	6
Maior área		1	1
Mercado de trabalho	2	4	6
Reconhecimento		1	1
TOTAL GERAL	12	17	29

A questão de número 3 que intitula esta publicação levava em conta a razão pela qual o acadêmico escolheu pela Medicina. Foi permitido que cada aluno respondesse mais de uma alternativa por ordem de preferência. No entanto, para a análise deste estudo, foi considerada apenas a primeira opção de cada aluno. Ou seja, nos dados a seguir leva-se em conta apenas a razão primeira/principal que levou cada aluno a escolher pela Medicina. As razões secundárias serão avaliadas futuramente. O gráfico 6 expõe os principais motivos que levaram os acadêmicos de Medicina a optarem pela profissão. O gráfico 7 e a tabela 2 resumem os achados relacionando-os respectivamente com gênero e período/instituição.

Gráfico 6. Questão 3: por que você escolheu a medicina como profissão?

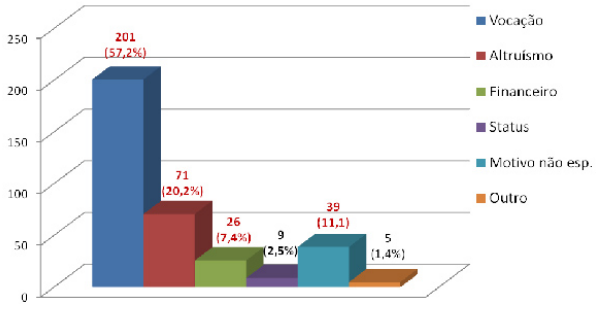
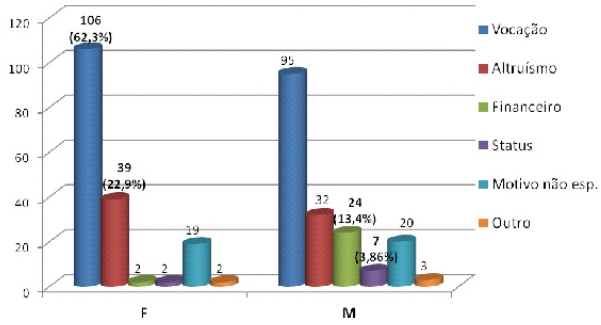


Grafico 7. Questão 3: por que você escolheu a Medicina como profissão?. Distribuição por gênero.

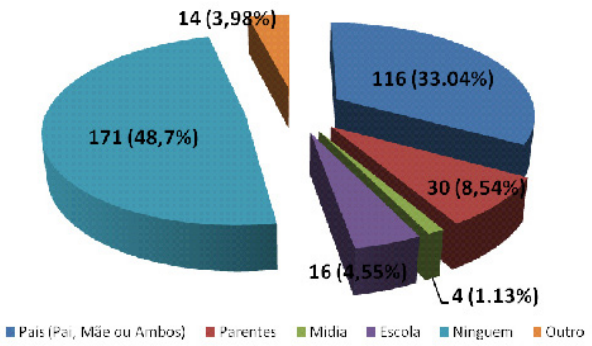


Período	Vocação	Altruísmo	Financeiro	Status	Motivo não especificado	Outro	Total geral
1 - FEPAR	23	9	3	1	2	1	39
2 - FEPAR	25	11	2	1	4		43
3 - FEPAR	8	6		1	5		20
4- FEPAR	24	7	2	1	2		36
7- FEPAR	15	6	4	2	9		36
8- FEPAR	26	9	1	1	2		39
9- FEPAR	29	5	7		6	3	50
10- FEPAR	19	3	3		2		27
6P - UFPR	32	15	4	2	7	1	61
TOTAL GERAL	201	71	26	9	39	5	351

Tabela 2. Questão 3: por que você escolheu a medicina como profissão?. Distribuição por período/instituição.

A questão de número 4 perguntou a respeito das influências que interferiram na decisão pela profissão médica. Foram levados em conta, assim como na questão número 3 primeiro a influência tida como principal. O gráfico 8 resume as principais influências que circundaram essa decisão. A **Tabela 3** destaca mais detalhadamente os responsáveis pelas influencias para os alunos que responderam as alternativas A (pais), B (parentes) e F (outro).

Gráfico 8. Questão 4: quem ou o quê o influênciou na escolha pela Medicina.



Respostas	F	M	Total
AMBOS OS PAIS	17	35	52
AMBOS + IRMÃOS	3	1	4
AMBOS + TIOS		1	1
AMIGO (Outro)		3	3
AVÓS (Parente)	1	2	3
DIVINO (Outro)		1	1
ESPOSA(Parente)		1	1
IRMÃOS(Parente)	5	3	8
MÃE	5	8	13
MÃE + IRMÃOS	1	1	2
MÃE + TIOS	1	1	2
MÉDICO (Outro)	4	2	6
PAI	16	23	39
PAI + IRMÃOS		2	2
PRIMOS (Parente)	3	5	8
PROFESSOR (Outro)	2	1	3
TERAPEUTA (Outro)		1	1
TIOS (Parente)	5	5	10
NAMORADO (Outro)	1		1
TOTAL GERAL	64	96	160

Tabela 3. Questão 4: quem ou o quê o influênciou na escolha pela Medicina. Respostas detalhadas das alternativas A, B E F.

A questão de número 5 levantou as principais especialidades escolhidas pelos acadêmicos. Várias especialidades foram citadas e buscou agrupá-las em grandes grupos como pode ser visto na tabela 4. Não houve diferença significativa na comparação da escolha da especialidade e escolha da profissão médica.

Especialidade	F	M	Total
ANESTESIOLOGIA	2	6	8
CLÍNICA MÉDICA	43	27	70
CIRÚRGICA	33	68	101
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	12	2	14
SÁUDE COLETIVA	3	1	4
MEDICINA INTENSIVA	1	1	2
NÃO SABE AINDA	55	48	103
PEDIATRIA	14	4	18
OFTALMOLOGIA	1	9	10
PATOLOGIA	1	2	3
PSIQUIATRIA	2	11	13
RADIOLOGIA	1	2	3
GERIATRIA	2		2
TOTAL GERAL	170	181	351

Tabela 4. Questão 5: qual especialidade médica você pretende seguir.

DISCUSSÃO

A primeira questão, apesar de não ter grande relevância para o trabalho, pode mostrar uma interessante relação entre o número de anos de cursinho prestados e o gênero e instituição. Dos 181 homens entrevistados, 46 foram aprovados no vestibular no terceiro ano do ensino médio, enquanto mais da metade realizou um ano de cursinho preparatório. Já as mulheres obtiveram maior valor nas respostas 1 e 2 anos de cursinho, com, respectivamente 55 e 52 das 170 que responderam ao questionário. No quesito instituição, percebe-se um maior número de alunos da UFPR que enfrentaram quatro ou mais anos de cursinho (9,83%) em comparação aos da FEPAR (6,2%).

Na questão dois que apresenta dados curiosos a respeito do momento em que os acadêmicos optaram pela Medicina, pode-se observar, tanto no gênero feminino quanto no masculino, uma similaridade de respostas. Ambos computaram 41 e 43 marcações, respectivamente, no item Infância, o que demonstra uma afinidade pela profissão de muitos anos antes do vestibular. Com maior adesão teve-se a opção adolescência, que abrangeu 54,1% das mulheres e 41,9% dos homens. Ainda nessa questão, houve quem afirmou ter decidido pela profissão enquanto cursava outro curso superior ou após já tê-lo concluído (11 alunas e 14 alunos).

Destes, a maioria (31%) diz ter desistido da outra opção de curso por insatisfação, enquanto 20,6% falaram ter mudado por busca de melhor mercado de trabalho. O interessante ainda na questão 2.1 que questionava o motivo de mudança de curso superior foi que apenas quatro de 29 estudantes afirmaram a escolha pela Medicina por afinidade.

A terceira questão que possui ampla significância no trabalho revelou que 57,2% dos acadêmicos de Medicina escolheram por essa carreira por vocação, seguido de 20,2% que optaram por altruísmo. Interessante dizer, em vista da dificuldade de ingressar no curso, que 11,1% disseram não saber o motivo específico de estarem no curso.

Os quesitos financeiros e status tiveram

baixa adesão por parte dos entrevistados, do total, apenas 26 e 9 escolheram essas opções, respectivamente. Porém, quando se avalia essa questão relacionada ao gênero, talvez pela personalidade mais egoísta e orgulhosa do sexo masculino, observou-se 13,4% deles na opção financeiro, contra apenas 1,17% das mulheres. Já em contrapartida, em virtude do lado mais delicado e sensível do sexo feminino, teve-se uma maior adesão deste pelo altruísmo quando comparado ao masculino – 39 mulheres para 32 homens.

Interessante ressaltar que, quando estabelecidas comparações entre os primeiros quatro períodos da faculdade e os quatro últimos, a opção vocação prevaleceu ao longo dos anos do curso de Medicina, visto que em todos os períodos a alternativa mais votada como primeira opção foi esta, sem disparidade, ou seja, em torno de 20 a 30 alunos de cada período da faculdade. Fato este que, provavelmente, possa estar relacionado com o lado humanista da carreira médica, com o diário contato com os pacientes e outras profissionais da saúde.

A questão quatro também forneceu informações interessantes para avaliação do tema do trabalho, na medida em que possibilitou analisar as maiores influências nos acadêmicos para escolherem a Medicina. Os resultados podem confirmar o que foi dito anteriormente sobre o gosto de ajudar os outros dos acadêmicos, pois 48,7% afirmaram não ter tido influência de ninguém na decisão pela profissão. Em segundo plano ficou a alternativa "pais" (pai, mãe ou ambos), com 33,04% dos estudantes.

O interessante ainda é que, além dos pais muitos foram influenciados por parentes. Fato esse que, no geral, quando se reúne as alternativas A e B como sendo "Influência familiar", obtêm-se um percentual de 41,58%, quase atingindo a opção "ninguém". As influências da mídia, amigos e escola não se mostraram muito significativas, somando 9,56%.

Diferente do esperado, muitos homens seguem mais a profissão de seu pai do que as mulheres – 23 para 16, respectivamente. Talvez isso ocorra por razão de a Medicina ter começado sendo uma profissão voltada para o sexo masculino e há pouco tempo perdeu seu caráter machista e tem dentro das salas de aula um número grande de mulheres, podendo alcançar até metade dos alunos.

A última pergunta do trabalho, que não é direcionada a responder a questão principal do projeto, mas sim ter uma noção de como os acadêmicos de Medicina pretendem levar o futuro da profissão, mostrou-se bastante balanceada em todas as áreas disponíveis na carreira. Possivelmente devido à quantidade abundante de opções para se especializar e novas áreas em ascensão, 29,3% dos estudantes não sabem ao certo qual residência irão prestar. Dos que afirmaram saber o que farão após a conclusão do curso, 101 afirmaram seguir a especialidade cirúrgica, enquanto 70 optaram pela clínica médica.

A situação já é critica em postos de saúde com falta de médicos nas unidades públicas, e a análise dos dados mostrou uma possível continuidade nesse quadro do país, visto que apenas quatro pessoas dos entrevistados mostraram interesse em trabalhar na saúde coletiva.

A tabela 5 se refere a um quadro comparativo entre os trabalhos utilizados como referência para esse, que pode ressaltar diferenças entre os acadêmicos de Medicina dos anos anteriores para cá e ainda de estados e instituições diferentes do país.

Alternativas	Ferreira et. al (UFMG – 2000) 5º período e Internato	Ramos et. al (FE-PAR- 2008) 1º, 2º, 3º e 4º períodos	Trabalho atual (FE-PAR/UFPR- 2012) 1º, 2º, 3º, 4,6º, 7º, 8º, 9º e 10º períodos
Vocação	259 (54,3%)	81 (45%)	201 (57,2%)
Altruísmo	110 (23%)	43 (24,2%)	71 (20,2%)
Financeiro	18 (3,8%)	25 (14,5%)	26 (7,4%)
Status	-	2 (1,1%)	9 (2,5%)
Não soube dizer	-	18 (10,1%)	39 (11,1%)
Outro	14 (2,9%)	9 (5,1%)	5 (1,4%)
TOTAL	477	178	351

Tabela 5. Quadro comparativo dos estudos existentes na literatura quanto aos motivos para escolha da profissão médica.(1,2-4).

CONCLUSÃO

Com base na análise dos resultados da pesquisa realizada com os acadêmicos de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná e da Universidade Federal do Paraná, foi possível compreender os principais motivos para a escolha da profissão médica. As indicações da pesquisa foram de significativa importância para se identificar os determinantes que imperam na definição dos futuros médicos.

A principal razão que levou os acadêmicos das instituições pesquisadas a escolherem pela Medicina foi vocação (57,2%). Seguiram-se a esta opção a motivação por altruísmo (20,2%), razões financeiras (7,4%), status (2.5%) e outros (1v4%). Pelo menos 11,1% dos acadêmicos não souberam dizer por que escolheram a Medicina como profissão. Diferenças nestas opções foram mais evidentes na comparação dos gêneros: dos 73 alunos que optaram por altruísmo, 39 eram mulheres e 32 homens; enquanto que dos 26 alunos que optaram por razões financeiras, 24 eram homens e 2 mulheres. Não foi observada diferença significativa entre as instituições privada e pública.

A maior parte dos acadêmicos de Medicina optou por essa profissão por decisão própria, sem a influência de terceiros. Porém, a instituição familiar obteve um bom percentual como fator influente para alguns estudantes.

No que diz respeito as especialidades a serem seguidas, a maioria dos entrevistados (29,3%) ainda não decidiu qual o futuro da sua carreira médica. Dentre as especialidades indicadas prevaleceram as especialidades cirúrgicas (28,8%), seguidas por clínica médica (22,5%). Apenas 1,1% dos entrevistados relataram seguir especialidades relacionadas à Saúde Coletiva. Não houve relação significativa entre os motivos que levaram a escolha da profissão e a escolha da especialidade médica.

ABSTRACT

BACKGROUND: Medicine is currently one of the most desired courses. However, the reason that captivates so many young people to choose medical profession is still questioned in the literature. This study aims to evaluate the reasons and factors that influence medical students to opt for the medical profession.

METHODS: A self-report questionnaire was applied to students of the first, second, third, fourth, seventh, eighth, ninth and tenth periods of Faculdade Evangélica do Paraná. The questionnaire was also applied to students of the sixth semester of Medicine at the Federal University of Paraná. The questionnaire was composed by five questions that addressed the preparation course done in order to enter university or college, when it was decided to study medicine, why this course was chosen , who or what influenced that choice and which medical specialty they aimed to follow.

RESULTS: 351 students participated in the interview, of 490 enrolled in selected periods, being 181 males and 170 females. The majority (57.2%) said they had a vocation to medical practice, followed by altruism factor with 20.2% of respondents, and of those 39 were women and 32 were men, 7.4% said they were motivated by financial issues, being 24 men and 2 women; 11.1% could not say why they chose the course; the options "Status" and "Other" were respectively chosen by 2.5% and 1.4% of the students. The decision was taken mainly during adolescence (47.9%). The influences were more related to the parents (33.04%) and relatives (8.54%), although most say they have decided on their own (48.7%). Most students couldn't indicate the specialty they want to pursue (29.3%). Among all the specialties listed, the surgical specialties prevailed (28.8%) followed by medical clinic (22.5%). Only 1.1% of respondents reported they would follow specialties related to Public Health.

CONCLUSION: The indications of this study have identified important determinants for the definition of young professional doctors. Despite the changes in the medical practice due to the global capitalism, vocation and altruistic factors are still the main motivators for young people to choose a profession.

KEYWORDS: Physicians; Medical Students; Medical Education.

REFERÊNCIAS

1. Ramos GP, Yamamoto GYG, Melo H, Simões JC. "Por que quero ser médico?". Rev Med Residente. 2008 Out;10(4):154-58.
2. Fiore MLM, Yazigi L. Especialidades médias: estudo psicossocial. Pscicol Refl Crit. 2005 Jan;18(2):200-6.
3. Millan LR, Azevedo RS, Rossi E, De Marco OL, Millan MP, de Arruda PC. What is behind a student's choice for becoming a doctor? Clinics (São Paulo). 2005 Apr; 60(2):143-50.
4. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA. O estudante da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. Rev Assoc Med Bras. 2000;46(3):224-31.

Recebido em: 25/06/2012
Aprovado: 30/10/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Gabriela Piovezani Ramos
Rua Saldanha Marinho, 1422, apart. 601, Bigorrilho
Curitiba / PR
Email: gabipiovezani93@gmail.com

ANEXO 1

Disciplina de Historia e Humanização da Medicina

"POR QUE QUERO SER MÉDICO?"

Idade: _____ anos **Período:** _____ **Sexo:** Masculino ( ) Feminino ( )

*** **IMPORTANTE:** as QUESTÕES 1 e 2 devem ter uma **ÚNICA resposta**.

1. Quantos anos de cursinho preparatório para ingressar na faculdade?

a. 0 anos (terceirão) b. 1 ano
c. 2 anos d. 3 anos
e. 4 anos ou mais

2. Quando tomou a decisão de cursar Medicina?

a. Infância b. Adolescência
c. Cursinho preparatório vestibular d. Enquanto Cursava outro Curso Superior**
e. Após Concluir outro Curso Superior** f. Outro:_____

****2.1 Caso tenha respondido as alternativa D ou E , responda:**

Por que decidiu trocar de campo de atuação: _____

*** **IMPORTANTE**: as QUESTÕES 3,4 e 5 em caso de responder mais de uma alternativa.pede-se que o entrevistado ENUMERE por ORDEM DE IMPORTÂNCIA

3. Por que você escolheu a Medicina como profissão?

a. Vocação: Predisposição inata; Talento ; Identificação com a profissão/área de estudo;
b. Altruísmo: Relacionada à vontade de ajudar ao próximo;
c. Financeiro: Relacionado aos honorários da profissão; mercado de trabalho;
d. Status: Reconhecimento da profissão; posição de destaque do médico;
e. Motivo não especificado: desconhece o motivo pelo qual escolheu a profissão;
f. Outro(não se inclui nos acima citados): _____

4. Quem, ou o quê o influenciou?

a. Pais [Se sim marque um X para : ( ) Mãe ; ( ) Pai ou ( ) Ambos] **
b. Parentes [Qual(is):_____] **
c. Mídia
d. Escola
e. Ninguém
f. Outro: _____

****4.1 Caso tenha respondido as letras A, B ou F responda:**

A pessoa que o influenciou era médico? ( ) SIM ( ) NÃO

5. Qual especialidade Médica você pretende seguir? (RESPOSTA ABERTA)

(Exemplo : Clinica Médica, Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, "Ainda não decidi" ...)

ANEXO 2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Você, acadêmico de medicina da Faculdade Evangélica do Paraná , está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: "Por que quero ser Médico". É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

II. O objetivo da pesquisa é avaliar os motivos que levaram os acadêmicos de medicina da Faculdade Evangélica do Paraná a escolherem a profissão médica.

III. Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário auto informe , elaborado pelos autores deste trabalho, que levará em conta quantos anos de cursinho foram necessários para ingressar na Faculdade , motivo da escolha da profissão, momento da decisão e influencias sofridas.Também será indagada a especialidade médica que os estudantes pretendem seguir.

IV. Não há riscos previstos

V. O tempo de entrevista será o necessário para a explicação do questionário, por parte dos autores, e resposta das questões por sua parte.

VI. O pesquisador, João Carlos Simões, é professor da Faculdade Evangélica do Paraná poderá ser contatado pelo telefone 9973-0043 e poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa. A acadêmica de Medicina Gabriela Piovezani Ramos (9925-1959) e o acadêmico Guilherme Piovezani Ramos (9941-0823) também podem ser contatados nos respectivos telefones.

VII. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

VIII. A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

IX. As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo pesquisador e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

X. O questionário não exige identificação, respeitando-se completamente seu anonimato.

XI. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.

XII. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu,_____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Curitiba,___de _____de 2012.

João Carlos Simões

Pesquisador

Artroplastia total cimentada do quadril

Cemented total hip arthroplasty

***Guydo Marques Horta Duarte*[1]**
***Luiz Ronaldo Alberti*[2]**

RESUMO

A artroplastia total do quadril (ATQ), possui como objetivos principais aliviar a dor e restabelecer a capacidade funcional dos pacientes acometidos pelas diversas patologias do quadril. Em meados da década de 80, devido ao grande índice de insucesso das artroplastias causado por osteólise periprotética, ocasionando grandes perdas ósseas e soltura dos componentes protéticos, foram introduzidas as próteses de quadril não cimentadas para solucionar estes fenômenos, interpretados na época como causados pelo cimento acrílico, sendo os mesmos denominados de "doença do cimento".

Com o uso generalizado das próteses não cimentadas não houve desaparecimento da ocorrência destas complicações. Estudos subseqüentes demonstraram que a osteólise periprotética não era causada pelo cimento acrílico, e sim por reações celulares induzidas por partículas geradas nas interfaces, sobretudo a interface articular.

São apresentados os princípios fundamentais da técnica de ATQ cimentada, suas vantagens, desvantagens, limitações, propriedades físicas do cimento ósseo, tratamento concomitante das insuficiências acetabulares, quando presentes, principais complicações e profilaxia das mesmas.

DESCRITORES: Artroplastia de quadril; Cimentos para ossos.

Trabalho realizado no Núcleo de Pós-Graduação da Santa Casa de Belo Horizonte - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG.

1. Ortopedista do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG. Mestre em Medicina.

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

Duarte GMH, Alberti LR. Artroplastia total cimentada do quadril. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.1, 36-49, jan./mar. 2013.

INTRODUÇÃO

A artroplastia de substituição do quadril possui como objetivos principais aliviar a dor e restabelecer a capacidade funcional dos pacientes acometidos pelas diversas patologias do quadril. Seu uso tornou-se generalizado no início da década de 60 com John Charnley, na Inglaterra, quando este introduziu a artroplastia total cimentada de baixo torque friccional.

Em meados da década de 80, devido ao grande índice de insucesso das artroplastias causado por osteólise periprotética, ocasionando grandes perdas ósseas e soltura dos componentes protéticos, foram introduzidas as próteses de quadril não cimentadas para solucionar estes fenômenos, interpretados na época como causados pelo cimento acrílico, sendo os mesmos denominados de "doença do cimento".

Com o uso generalizado das próteses não cimentadas não houve desaparecimento da ocorrência destas complicações. Estudos subsequentes demonstraram que a osteólise periprotética não era causada pelo cimento acrílico e, sim, por reações celulares induzidas por partículas geradas nas interfaces, sobretudo a interface articular.

A degeneração progressiva das articulações vem se tornando cada vez mais comum devido ao aumento constante da vida média da população. As várias patologias que levam a esta degeneração culminam com a perda da cartilagem hialina das superfícies que se articulam.

O quadro clínico da osteoartrose do quadril e várias outras doenças que destroem a cartilagem articular é caracterizado por dor progressiva, perda da mobilidade, marcha claudicante e enfraquecimento progressivo da musculatura que atua na articulação coxofemoral e com várias outras repercussões funcionais sobre todo o sistema músculo-esquelético. Se as medidas terapêuticas conservadoras como diminuição do peso corporal, mudança de hábitos de vida, uso de suportes externos como bengalas e uso de medicamentos analgésicos não produzem alívio suficiente, uma opção cirúrgica deve ser oferecida ao paciente com a realização de uma artroplastia. Várias técnicas de artroplastia vêm sendo desenvolvidas desde 1885, como interposição de pele, fáscias e metais entre as superfícies articulares, osteotomias corretivas, artrodese (fusão articular), substituição parcial e total da articulação coxofemoral. Atualmente o mais utilizado e eficaz tipo de artroplastia é a substituição total da articulação coxofemoral por uma prótese. A prótese do quadril substitui parte do osso e da cartilagem articular, tanto acetabular quanto femoral, proporcionando duas superfícies opostas que se articulam[1].

Existem vários tipos de próteses de substituição que se diferenciam quanto ao desenho dos componentes, a interface de fixação ao osso, o tipo de interface entre o cimento e o implante metálico femoral, aos tipos de biomateriais da interface articular, ao diâmetro da cabeça protética e à conexão entre os componentes (interface modular). Nas artroplastias cimentadas um polímero acrílico, o polimetilmetacrilato é interposto entre os componentes da prótese e o osso (**Figura 1)**. A fixação definitiva se faz por crescimento e remodelamento do tecido ósseo, em torno das porosidades criadas no manto de cimento durante a técnica de cimentação.

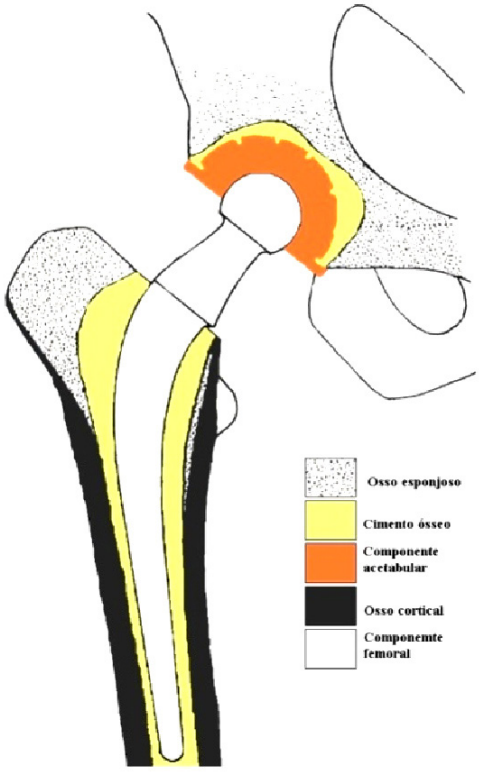


Figura 1. Desenho esquemático de uma prótese cimentada de quadril.

A artroplastia de substituição do quadril teve suas origens com a interposição de uma taça de metal entre a cabeça femoral e o acetábulo, idealizada e realizada por Smith-Petersen. Posteriormente, os irmãos Judet substituíram a cabeça femoral doente por material plástico e outros como Moore e Thompson por metal, todos ajudando a desenvolver o conceito atual de artroplastia de substituição. No final dos anos 50 e no início dos anos 60 os ortopedistas McKee, Watson-Farrar, Ring, Müller e Charnley substituíram ambos os lados da articulação. Sir John Charnley, considerado o grande mentor da artroplastia moderna, foi o idealizador do uso do polimetilmetacrilato para fixação dos componentes protéticos ao osso e também da interface articular metal-polietileno, ainda hoje universalmente usados[2].

Principios técnicos e fundamentos da ATQ cimentada

Robert Mathys foi o primeiro autor a se preocupar com a rigidez das próteses metálicas, iniciando em 1967 pesquisas em busca de um substituto protético com baixo módulo de elasticidade, mais próximo ao do osso. Segundo este autor, os implantes e o osso deveriam deformar-se similarmente quando submetidos às solicitações mecânicas fisiológicas. Os implantes metálicos possuem um módulo de elasticidade de sete a quatorze vezes maior que o do osso cortical e 200 a 400 vezes maior que o do osso esponjoso[3].

A implantação cirúrgica de uma prótese, provoca no tecido ósseo reações teciduais similares àquelas que ocorrem durante o processo de consolidação das fraturas, com fases de dano durante e imediatamente após a implantação, reparo pós-operatório e fase de estabilização a longo prazo, com remodelação completa do leito ósseo definitivo. Portanto, o tecido ósseo que recebe o implante e propicia sua estabilidade imediata é diferente daquele que, após a fase de remodelação, provem estabilidade tardia. Esta evolução da interface de fixação que é uma das principais variáveis para o destino da artroplastia cimentada, está totalmente sob o controle do cirurgião, com a aplicação de boas técnicas de cimentação e escolha do desenho do implante[4].

O osso reage à implantação de uma prótese de acordo com a lei de Wollf, que descreveu, em 1892, a hipertrofia do osso quando submetido a estresse mecânico e sua atrofia na ausência deste. Quanto mais fisiológica for a transmissão de carga proporcionada pelo sistema protético, melhor será a adaptação do osso ao mesmo. Este fenômeno depende principalmente do desenho do implante, da sua

superfície, do seu módulo de elasticidade e da sua estabilidade[5]. O sistema protético que melhor aproveita esta propriedade do tecido ósseo é o cimentado, devido principalmente ao baixo módulo de elasticidade do sistema.

Existem dois tipos de componente femoral cimentado, um fixado ao cimento que se fixa ao osso e outro em forma de dupla cunha ou cone, que possui superfície polida e não se adere ao cimento ósseo fixado ao osso. O do primeiro tipo, que é o tradicional (**Figura 2**), possui alguma forma de colar, o componente metálico, o cimento e o osso deformam-se como um só compósito, sendo o cimento submetido a alta força de cisalhamento e baixo estresse compressivo. Este tipo de fixação atenta contra a integridade da interface osso-cimento, sendo também fonte de liberação de partículas.

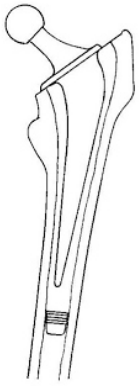


Figura 2. Tipo de componente femoral em que o cimento ósseo é submetido à forças de cisalhamento e de tensão e a baixas forças de compressão.

No segundo tipo (**Figura 3**), o componente não possui colar e não se adere ao cimento ósseo por possuir uma superfície altamente polida. Consequentemente, haverá movimento entre o componente metálico e o cimento quando sob carga, permitindo que o mesmo se acomode, acolhido pela deformação plástica do cimento. A combinação da forma de cone com as propriedades termoplásticas do cimento transformam as forças axiais de cisalhamento na interface implante metálico-cimento em forças compressivas radiais na interface osso-cimento; assim os fenômenos que ocorrem na primeira protegem a interface de fixação, o que é de fundamental importância para a sobrevida da artroplastia. Este tipo de compósito possui então como características principais o aumento progressivo da estabilidade, quando sob carga, provido pelo princípio de transmissão de forças pela forma de cone, e aproveita ao máximo as propriedades mecânicas do cimento, pois o submete a alto estresse compressivo, nenhum estresse tensional e muito baixo estresse de cisalhamento. O micromovimento é acomodado pelo manto cimentado devido à ausência de um ponto final de apoio, proporcionado pelo espaço vazio do dispositivo centralizador, acoplado à extremidade do componente metálico[6] (**Figura 3**).

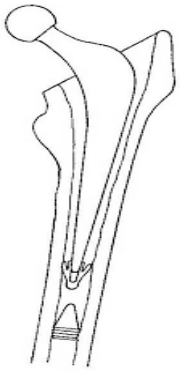


Figura 3. Este tipo de componente femoral submete o cimento ósseo a forças compressivas e a quase nenhuma forças de cisalhamento e de tensão.

O principal mecanismo de falência das artroplastias totais do quadril, a longo prazo é a soltura asséptica dos componentes protéticos.

A soltura é ocasionada por perda óssea periprotética, de etiologia ainda não completamente esclarecida, sendo envolvidos diversos fatores, de natureza mecânica e biológica. Os fatores mecânicos são inerentes principalmente ao tipo de interface de fixação, ou seja, cimentada ou não, o desenho e a forma dos implantes, à interação destes com o cimento e o osso, ao módulo de elasticidade do sistema protético e aos gradientes pressóricos intra-articulares[7]. Os fatores biológicos são devidos a resposta celular às partículas geradas principalmente pelo desgaste da interface articular, mas também de outras interfaces, como a implante cimento e na interface modular. Estas partículas incitam uma reação tecidual granulomatosa, com infiltração de histiócitos, linfócitos e macrofágos e também liberação de enzimas que levam à reabsorção óssea em torno dos implantes, com consequente soltura dos mesmos.

Com o objetivo de minimizar os fenômenos descritos, aumentando, assim, a sobrevida das próteses que são cada vez mais frequentemente implantadas em indivíduos jovens e ativos, existem vários esforços para a melhoria dos biomateriais, desenhos dos implantes, técnicas de cimentação, dentre outros.

A sobrevida da artroplastia do quadril é determinada, entre outros fatores, pela integridade da interface de fixação cimento-osso e da interface articular. As técnicas contemporâneas de cimentação que incluem principalmente um preparo adequado do leito ósseo e pressurização do cimento vêm aumentando marcadamente a sobrevida das artroplastias cimentadas. O desenvolvimento das superfícies que se articulam com melhorias marcantes do polietileno, diminui significativamente o volume das partículas, com consequente diminuição da osteólise periprotética, que é um dos principais fatores envolvidos na soltura dos implantes.

A interface articular composta pelo polietileno de ultra-alto peso molecular e da cabeça femoral metálica é a superfície articular mais comumente usada nas artroplastias de substituição do quadril. O desgaste do polietileno causa sérios problemas clínicos, que limitam a longevidade das artroplastias. As partículas formadas pelo desgaste induzem respostas biológicas que ocasionam osteólise peri protética e soltura dos implantes. O polietileno tem passado por várias modificações nas últimas décadas, que incluem várias modificações e alterações no processo de industrialização, de esterilização e de indução de ligações moleculares cruzadas (cross-linked). O grau de desgaste depende de vários fatores, não só os inerentes à qualidade do polietileno, mas também ao paciente, à técnica cirúrgica e ao desenho dos implantes, tais como: idade, nível de atividade e peso corporal dos pacientes, tempo de implantação, alinhamento dos componentes nos diversos planos, espessura do componente, geometria articular e tipo de interface de fixação. O desgaste do polietileno na interface articular não cimentada é de três a cinco vezes maior do que na cimentada. Em testes experimentais e em estudos clínicos o desgaste do polietileno articulando-se com aço inoxidável e cromo–cobalto são similares. O controle da qualidade do polietileno é essencial para a melhoria da resistência ao desgaste. A manutenção das propriedades mecânicas originais do polietileno é também de grande importância para o seu comportamento *in vivo*. Então, quaisquer efeitos adversos que podem ser causados às propriedades originais do polietileno pelo seu processamento industrial, manufatura e

esterilização devem ser evitados ou minimizados. Os recentes avanços na qualidade do polietileno aumentaram em muito a sua resistência ao desgaste, com sensível diminuição do volume de partículas geradas na interface articular, mas também alteraram as suas propriedades mecânicas originais com diminuição do seu módulo de elasticidade e aumento da dureza relativa. Estas alterações necessitam de seguimento clínico maior para avaliar as suas repercussões no que concerne à correspondente diminuição da osteólise, ocorrência de fissuras e fraturas, sobretudo em áreas de impacto. Apesar da maior resistência ao desgaste alcançada nos polietilenos atuais, não se pode deixar de ressaltar as vantagens relativas das primeiras gerações de polietileno, como o maior seguimento clínico bem documentado, produção de partículas maiores, menos osteolíticas e propriedades mecânicas originais mais preservadas[8,9,10]. Com o objetivo de diminuição do desgaste das superfícies, têm sido desenvolvidas alternativas à tradicional metal polietileno, como metal-metal, cerâmica-polietileno e cerâmica-cerâmica. Estas novas superfícies possuem vantagens e desvantagens que fogem aos objetivos da presente exposição e de uma maneira geral devem ser usadas com cautela, pois necessitam de estudos clínicos com seguimentos clínicos maiores.

O cimento ósseo (polimetilmetacrilato)

O cimento ósseo ou polimetilmetacrilato é um polímero termoplástico, cujas propriedades físicas variam em função da temperatura. Portanto, o seu comportamento *in vivo* é diferente do *in vitro*, à temperatura ambiente. É um polímero altamente resistente às forças de compressão, com média resistência às forças de cisalhamento e fraco às forças de tensão. O osso cortical possui um módulo de elasticidade (módulo de Young) 10 vezes menor que o do cimento, e 100 vezes menor que o de metais como o aço inoxidável e o cromo cobalto. Devem-se usar sistemas protéticos que protejam o cimento das forças de tensão e cisalhamento e que aproveitem a sua resistência às forças compressivas[11].

O cimento ósseo é um polímero que será usado pelos pacientes por longos períodos, muitas vezes ultrapassando 30 anos. Então, o desempenho das suas propriedades a longo prazo são dependentes do tempo de uso, o que é de extrema importância. As principais são deformação sobre carga constante, alterações no nível de estresse sob tensão constante e o efeito cumulativo de aplicações repetidas de ciclos de carga abaixo do nível necessário para causar falência com a aplicação de um simples ciclo. Estas características são diferentes entre os diversos tipos de cimento comercializados, conforme demonstrou A.J.C. Lee[12] que estudou as sete marcas de cimento mais comumente usadas.

A.J.C. Lee et al.[13] descreveram 12 variáveis clínicas que afetam o comportamento e as propriedades mecânicas do cimento ósseo. A influência destas variáveis muitas vezes coexiste, levando a sério comprometimento e redução das propriedades do cimento. A técnica usada pelo(a) cirurgião(ã) exerce substancial influência nas propriedades do cimento que se encontra em uso. Estas variáveis são divididas em três grupos:

1. Totalmente fora de controle do cirurgião: temperatura antes, durante e após polimerização; absorção de fluidos orgânicos; taxa de deformação; envelhecimento e fadiga do cimento.

2. Variáveis totalmente sob controle do cirurgião: uso de substâncias radiopacas; adição

de antibióticos; variações na técnica de mistura; variações na técnica de inserção do cimento no que concerne ao estado de viscosidade da mistura e pressurização antes durante e após inserção dos componentes;

3. Variáveis parcialmente sob controle do cirurgião: inclusão de sangue e fragmentos de tecidos; exposição do cimento a áreas de concentração de estresse por fatores inerentes à estrutura dos implantes e do osso; contenção em toda a superfície do cimento; espessura do manto de cimento.

Analisando estas variáveis e sua influência nas propriedades do cimento, deduzimos facilmente que o conhecimento e aplicação meticulosa dos princípios das modernas técnicas de cimentação exercem grande influência nos resultados da artroplastia, ou seja, como já relatado, boa técnica traduz-se em bons resultados. Deduz-se também que um mesmo tipo de cimento, da mesma marca, terá comportamento diferente dependendo da técnica aplicada pelo cirurgião.

Insuficiências acetabulares

Frequentemente depara-se com patologias que alteram a forma e a estrutura do acetábulo, caracterizando as insuficiências acetabulares, devendo ser diagnosticadas e tratadas simultaneamente quando da realização da artroplastia, associando, assim, um procedimento de reconstrução óssea acetabular. Existe concordância entre a maioria dos autores que nos defeitos acetabulares o componente acetabular deve ser posicionado em sua posição anatômica[14].

As deficiências ou insuficiências acetabulares primárias, de maneira geral, podem ser divididas em dois grandes grupos, contidas ou cavitárias, quando as paredes encontram-se preservadas e não contidas ou segmentares, nas quais há falha estrutural periférica, na maioria das vezes superior e anterior. Essas deficiências encontram-se presentes em várias condições congênitas ou adquiridas, que alteram o crescimento, o desenvolvimento ou a forma do acetábulo[15].

Parker & Hastings[16], em 1975, publicaram a primeira experiência clínica com o tratamento do protrusio acetabuli, utilizando-se enxertos esponjosos picados em combinação com artroplastias cimentadas. Harris et al.[17] foram os primeiros a usar cabeças femorais em forma de enxerto maciço, fixadas com parafusos nos defeitos segmentares. Após seguimento de seis anos com o uso dessa técnica, constatou-se que em grande número de pacientes havia ocorrido reabsorção do enxerto, associada a afrouxamento dos componentes. Em 1984, Slooff[18] publicou sua experiência em seis anos de aplicação clínica de aloenxertos e autoenxertos picados, compactados em artroplastias primárias e em revisões cimentadas do quadril. Publicações mais recentes e com seguimento médio maior que 10 anos demonstram a eficiência e previsibilidade dessa técnica de reconstrução acetabular que apresentou excelente evolução, tanto clínica quanto radiográfica[19–23].

Técnica cirúrgica e resultados clínicos

O primeiro passo da técnica da artroplastia é o planejamento cuidadoso, observando com atenção os detalhes dos achados clínicos e radiográficos[24]. O planejamento possibilita uma pré-visualização da cirurgia após análise meticulosa dos achados clínicos e radiográficos. O uso de transparências do lado acetabular e femoral permitem prever com grande precisão as dimensões dos componentes femoral, acetabular e do restritor de cimento, prever as

reconstruções acetabulares necessárias, tratamento dos cistos acetabulares, ressecção dos osteófitos periféricos e do fundo acetabular, restauração do centro anatômico de rotação do quadril, restabelecer o *offset* vertical e horizontal do fêmur proximal, com consequente equalização do comprimento dos membros e restauração das relações biomecânicas.

A extensão da incisão cirúrgica depende das características físicas de cada paciente, como índice de massa corporal, musculatura, idade e da patologia que motivou a ATQ. Deve-se fazer o menor acesso que permita realizar a artroplastia com máxima segurança. Durante os últimos cinco anos existem muitas controvérsias sobre as reais vantagens de se realizar os acessos minimamente invasivos com pequenas incisões. A ATQ pode ser realizada por pequenas incisões, mas a melhoria funcional, tempo de alta hospitalar, satisfação dos pacientes e necessidade de analgesia pós-operatória parecem ser similares a despeito do tamanho da incisão. A revisão da literatura atual sugere que um paciente que se submete a uma ATQ por pequena incisão não tem uma evolução melhor nas primeiras seis semanas de pós-operatório do que um uma incisão convencional[25].

Durante a artroplastia cimentada é criado um compósito constituído do componente protético, do manto de cimento e do tecido ósseo circunjacente, ou seja, são criadas duas interfaces: a implante-cimento e a osso-cimento, sendo que o sucesso a longo prazo da artroplastia depende da integridade destas interfaces. Assim, a técnica de cimentação assume uma grande importância. A carga aplicada à prótese é transmitida através do cimento ósseo ao esqueleto. Para evitarem-se áreas de alta concentração de estresse a transmissão deve ocorrer em uma área a mais extensa possível. A penetração do cimento nos espaços trabeculares (microinterlock) fornecerá esta área de fixação. Com um compósito industrial as propriedades mecânicas resultantes dependeram do processo de produção. Na artroplastia cimentada o cirurgião seria o produtor e a técnica de cimentação o processo de produção[26].

Para se conseguir uma interface mecanicamente eficiente deve-se preparar muito bem o tecido ósseo, deixando-o receptivo ao cimento, usando-se lavagem contínua sob pressão, escovas para limpeza de coágulos e tecidos moles, agentes hemostáticos como solução de adrenalina e peróxido de hidrogênio e anestesia hipotensora para manutenção do tecido ósseo seco e livre de tecidos moles, tanto do lado acetabular quanto femoral. A preservação do osso esponjoso pelos motivos já expostos é também de grande importância. O cimento ósseo deve ser colocado em estado de baixa viscosidade e pressurizado antes, durante e após a inserção dos componentes, sendo evitado ao máximo que o mesmo seja misturado com sangue ou outros detritos. A pressurização deve ser mantida até que o mesmo atinja um estado de alta viscosidade, usando-se pressurizadores tanto do lado acetabular quanto femoral. A atenção a todos os detalhes técnicos é fundamental para se conseguir uma interface eficiente tanto do ponto de vista mecânico quanto histológico. A qualidade da cimentação obtida no pós-operatório imediato, analisada radiograficamente, constatando-se ausências de linhas de demarcação na interface osso-cimento tem valor preditivo de bom prognóstico das interfaces, não sendo necessário esperar-se por 15 a 20 anos de seguimento para concluir-se que estas terão em bom resultado[27].

A utilização de técnicas anestésicas com

hipotensão controlada são de grande importância para a técnica de cimentação e prognóstico da interface de fixação osso-cimento, pois permite a obtenção de um leito ósseo seco provendo máxima penetração do cimento no osso esponjoso[13,28].

O uso do cimento ósseo para fixação do componente acetabular na ATQ ainda é controverso. O índice de insucesso no acetábulo, a despeito da grande melhoria das técnicas de cimentação, ainda é maior do que no lado femoral no qual o índice de sucesso nos seguimentos a longo prazo é muito alto[33,34,35]. Devido a altas taxas de afrouxamento do acetábulo cimentado no passado com as técnicas iniciais de cimentação, foram introduzidos os componentes acetabulares não cimentados na década de 80. Infelizmente, as taxas de desgaste da interface articular neste tipo de componente foram de três a cinco vezes maiores do que nos cimentados. Além das partículas formadas na interface articular são produzidas partículas entre o polietileno e a taça metálica, com contribuição importante para a ocorrência de osteólise e soltura dos componentes não cimentados[27]. A técnica de cimentação do acetábulo é menos previsível do que a femoral em termos de posicionamento, pressurização e espessura do manto de cimento. Novas técnicas têm sido desenvolvidas para melhorar a sobrevida deste tipo de componente do lado acetabular, igualando-a ao da do lado femoral. No entanto, em termos de sobrevida a longo prazo ainda é o melhor substituto protético para o acetábulo, como bem demonstrado na literatura[28].

Após a realização de uma artroplastia do quadril é necessário, além de um acompanhamento clínico periódico, um estudo radiográfico para se detectar precocemente alterações na interface de fixação cimento-osso do lado acetabular e femoral. Devido ao fato dos pacientes poderem ficar assintomáticos durante anos, mesmo na vigência de perda óssea progressiva, a indicação de revisão cirúrgica é fundamental na preservação do estoque ósseo, quando a soltura é diagnosticada precocemente[7].

A sobrevida das próteses cimentadas é significativamente maior do que as não cimentadas, como demonstrado nos registros de artroplastia da Noruega[32] e da Suécia[33], nos quais são avaliadas a evolução de milhares de próteses de várias marcas, implantadas por diversos cirurgiões, com vários tipos de cimento ósseo, em seguimentos de até 26 anos.

Complicações da ATQ cimentada

A prevalência de complicações da ATQ tem diminuído ao longo dos anos com consequente aumento da longevidade da mesma, devido aos avanços do desenho dos implantes, materiais, técnica cirúrgica e anestésica. Entretanto, o mau posicionamento dos componentes que leva ao desgaste excessivo, instabilidade e discrepância do comprimento dos membros permanece como preocupação importante. Assim, o planejamento pré-operatório é de fundamental importância na realização da ATQ, pois possibilita a obtenção de resultados reprodutíveis e diminui a incidência das várias complicações.

A luxação da prótese após a ATQ é o maior motivo de indicação de revisão precoce, sendo causadora de incapacidade funcional aguda e de insatisfação dos pacientes e cirurgiões. A incidência varia de 0,2% a 7,0% nas diversas séries publicadas. A luxação precoce é definida como a que ocorre nos primeiros três meses de pós-operatório e tem um prognóstico melhor com baixa incidência de recidiva.

O tratamento da luxação é inicialmente não-operatório com redução incruenta e exercícios para reforço muscular e propiocepção. Existem vários fatores de risco identificados associados ao paciente, como distúrbios cognitivos e neuromusculares, demência, alcoolismo, cirurgias anteriores no quadril, fraturas prévias ao nível do quadril, doença do desenvolvimento do quadril, osteonecrose e artropatias inflamatórias. Os fatores de risco associados à cirurgia incluem o acesso cirúrgico, desenho e orientação dos componentes, tensão de partes moles, diâmetro da cabeça femoral, relação entre o diâmetro do colo protético e a cabeça e o offset do componente femoral. Em muitos casos não são identificados fatores predisponentes, sendo a luxação atribuída às alterações individuais de inclinação do plano pélvico anterior durante as atividades da vida diária. Estas variações suportam o conceito de orientação acetabular funcional(34). A incidência de luxação reportada com o acesso posterior é 3,23% contra 2,18% com o acesso lateral. Quando é associada à reparação da cápsula posterior com reinserção da mesma a incidência cai para 2,03% com o acesso posterior[35].

Apesar dos recentes avanços das técnicas cirúrgicas, disciplina nos centros cirúrgicos e antibióticoterapia profilática, as infecções profundas na ATQ permanecem como uma complicação devastadora[36]. O impacto adverso da infecção profunda após ATQ é significativo para o paciente, o cirurgião e o sistema de saúde[37]. Vários fatores de risco são identificados, tais como, artrite reumatoide, diabetes mellitus, anemia de células falciformes, transplantados renais ou hepáticos, imunossuprimidos, corticoterapia, tabagistas, obesidade , insuficiência renal crônica, desnutridos, tempo cirúrgico aumentado e internação hospitalar prolongada. Os fatores de risco de infecção em sítio cirúrgico, de grande importância e não inerentes ao estado de saúde dos pacientes são principalmente relatados aos cuidados da equipe cirúrgica com preparo para a cirurgia, preparo do paciente, duração da cirurgia, técnica cirúrgica, antibioticoterapia profilática, esterilização dos instrumentos cirúrgicos, hemotransfusão, ambiente da sala cirúrgica, dentre outros[37,38]. A qualidade do ar na sala cirúrgica é de grande importância. O nível de microorganismos na sala cirúrgica é diretamente proporcional ao número de indivíduos presentes e movimentando-se na sala, então esforços devem ser feitos para minimizar o trânsito de pessoas.

A contaminação do ar na proximidade das mesas de instrumentos cirúrgicos é associada à contaminação direta e indireta do sítio cirúrgico. Assim, a importância do tratamento do ar em cirurgias de alto risco de infecção como é a ATQ, reverte-se de grande importância[39]. Na década de 60 quando John Charnley introduziu a artroplastia cimentada, o índice de infecção das próteses era um dos principais fatores limitantes do seu sucesso naquela época, pois era de 5% a 10%. Charnley documentou a importância do controle da qualidade do ar na sala cirúrgica, o que diminuiu drasticamente o índice de infecção.

A incidência global de infecções após artroplastias tem diminuído substancialmente, de quase 10% na década de 70 para 0,3 a 1,5%, atualmente, com a adoção de várias medidas profiláticas[38].

A preservação da integridade dos nervos periféricos é de fundamental importância para se conseguir um membro com alto nível de função e para a satisfação dos pacientes. Felizmente, incidência de lesão de nervos periféricos

associada à realização da ATQ é de 1% a 2%, sendo mais frequente nos pacientes que requerem reconstrução acetabular, com reposicionamento do centro de rotação do quadril para sua posição anatômica, com consequente alongamento do membro. O nervo mais comumente lesado é a divisão fibular do nervo ciático, podendo também ser acometidos o nervo femoral, obturador e glúteo superior. As lesões nervosas são classificadas em neuropraxia, axonotmese e neurotmese. O pior prognóstico é encontrado em pacientes com perda completa das funções sensitiva e motora e com causalgia. Outros fatores predisponentes relatados, associados aos pacientes, são idade avançada, neuropatias pré-existentes (associadas à diabetes mellitus, alcoolismo, hipotiroidismo e estenose do canal medular lombar), tabagismo, corticoterapia e vasculopatias[40].

A prevenção das lesões dos nervos periféricos inicia-se com o planejamento pré-operatório, identificando-se os fatores predisponentes inerentes às características gerais de saúde dos pacientes (por exemplo, neuropatias pré-existentes), aos fatores anatômicos locais, como necessidade de reconstruções acetabulares concomitantes e encurtamento do membro. Não se deve alongar o membro inferior mais do que 10% do comprimento do fêmur do paciente. No pré-operatório, além da técnica cirúrgica atraumática, anestesia com bom relaxamento muscular, deve-se ter cuidado para manter os nervos relaxados, mantendo-se o quadril e joelho em flexão, cuidado no posicionamento dos afastadores.

A ATQ é associada com um alto risco de tromboembolismo venoso, sendo a causa mais comum de morte pós-operatória. Sem medidas profiláticas estima-se que a TVP ocorra em aproximadamente 50% dos casos, a embolia pulmonar em 20%, sendo 2% fatais. A profilaxia medicamentosa com as heparinas de baixo peso molecular, por aproximadamente quatro semanas após a realização da artroplastia, tem resultado em diminuição significativa da incidência clínica de trombose venosa profunda, confirmada por flebografia, mas é também associada com grande aumento de perdas sanguíneas no pós-operatório e complicações da ferida operatória. Os fatores de risco particulares de cada paciente devem ser identificados e levados em consideração para decisão do tempo de duração da profilaxia. Apesar da moderna profilaxia, a incidência de fenômenos tromboembólicos é ainda significativa, variando de 2% a 12%. Os principais fatores de risco identificados são tromboembolismo prévio, idade avançada, doenças malignas concomitantes, obesidade, varizes, insuficiência cardíaca congestiva, estado de hipercoagulabilidade, imobilização prolongada, uso de estrógeno, tempo cirúrgico aumentado, trauma intraoperatório, procedimentos bilaterais. O diagnóstico dos fenômenos tromboembólicos é difícil devido a que os sintomas e sinais clínicos são ausentes na grande maioria dos casos. Portanto, um alto grau de suspeição deve ser presente[41,42].

Existe grande controvérsia entre os cirurgiões de quadril quanto ao tipo de profilaxia, se medicamentosa, se mecânica, ou ambas, quanto ao tipo de medicamento, ao início da sua administração, doses e tempo de uso do mesmo. Existe, porém, um consenso que alguma forma de profilaxia é necessária e deve ser usada. Considera-se de grande importância, como medidas profiláticas principais, a mobilização e ação muscular precoces.

A ossificação heterotópica, definida como qualquer formação óssea nos tecidos moles,

excluindo o periósteo, que se desenvolve após a ATQ, sem fatores precipitantes bem identificados, possui incidência radiográfica relatada de 2% a 90%, sendo raramente causadora de manifestações clínicas. Geralmente nenhum tratamento é necessário. Entre os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento de ossificação heterotópica encontram-se osteoartrose hipertrófica, artrose secundária a fraturas acetabulares, pacientes portadores de espondilite anquilosante, hiperostose e doença de Paget[43]. Apesar da baixa morbidade encontrada, considera-se válido a realização de profilaxia medicamentosa, nos casos em que fatores de risco encontram-se presentes.

DISCUSSÃO

A durabilidade e a integridade das interfaces, o desenho dos implantes e a observação meticulosa dos detalhes técnicos são a chave para a longa sobrevida das artroplastias cimentadas. Boas técnicas de cimentação resultam em bons resultados. O cimento ósseo transfere estresse do implante para o osso e devido a sua elasticidade e suas propriedades termoplásticas, permite que o mesmo funcione como verdadeiro amortecedor, o que resulta em movimentos entre o implante metálico relativamente ao osso. Outra grande vantagem do compósito cimento implante metálico é a transformação das forças axiais de cisalhamento em forças compressivas radiais na interface de fixação entre o osso e o cimento.

A artroplastia do quadril é uma ciência em evolução constante, pois a prótese ideal ainda não existe. A escolha entre os diferentes tipos de artroplastia deve se ater ao teste mais fidedigno, que é o resultado clínico ao longo dos anos, como os demonstrados nos recentes registros de artroplastia do quadril da Suécia e da Noruega, onde se evidencia uma sobrevida muito maior das próteses cimentadas do quadril de uma maneira geral[32,33]. O padrão ouro da artroplastia total do quadril ainda é o resultado das artroplastias cimentadas que hoje ultrapassam 40 anos.

Como já relatado, existem dois tipos distintos de artroplastias do quadril, no que se refere à interface de fixação. Uma em que os implantes metálicos fixam-se diretamente ao osso por crescimento ósseo nas microporosidades dos implantes, tanto do lado acetabular, quanto femoral. Assim, neste tipo de prótese, osso e metal deformam-se como um só conjunto. No outro tipo, do lado acetabular é interposto polimetilmetacrilato entre o polietileno e o osso. No lado femoral este polímero é interposto entre o componente metálico e o osso. A fixação também ocorre por crescimento ósseo nas microinterdigitações criadas no cimento durante a cimentação espelhando às do osso. Podemos então dizer que na prótese cimentada a superfície na qual ocorre a formação e a remodelação óssea que levará a fixação da prótese é guiada pela qualidade da técnica de cimentação e, na prótese não cimentada, esta superfície já vem pronta da fabrica. Ao contrário do que é comumente propagado, a diferença básica entre estes dois tipos de implantes não é a maneira como se fixam ao osso, pois são similares, mas sim do módulo de elasticidade destes dois sistemas. Por terem as próteses cimentadas um módulo de elasticidade mais próximo do osso que as próteses não cimentadas, elas incitam no mesmo reações muito mais fisiológicas, com maior harmonia de relacionamento sem a observação de fenômenos de reabsorção óssea por problemas mecânicos, que ocorrem comumente nas próteses não cimentadas.

ABSTRACT

Total hip arthroplasty (THA) has as the main objective, to provide a painless and good functioning hip to patients suffering from the diseases of this joint. In the middle eighties, there was a high ratio of failure of cemented hip prosthesis due to periprosthetic osteolysis misinterpreted as disease caused by the bone cement. To solve this problem there were introduced the cementless prostheses which did not prevent this phenomenon.

Subsequently, several studies proved that the so called cemented disease, was caused by cellular response to particulate debris generated on the several interfaces of the prosthesis, mainly the articular interface.

In this article are presented the basics of the technique of cemented THA, as well as its advantages, disadvantages, limitations, physical proprieties of the bone cement, treatment of concomitant acetabular deficiencies, main complications of the procedure and its prophylaxis.

KEYWORDS: Arthroplasty; Replacement, Hip; Bone cements.

REFERÊNCIAS

1. Sloof TJJH. Revision total hip arthroplasty with bone grafts. University Hospital St. Radboud, Nijmegen; 1997. 5p.
2. Lee HR, Hip Society. The Hip: Proceedings of the eighth open scientific meeting of The Hip Society. St. Louis: Mosby;1980. 68p.
3. Honda E, Aristide RSA, Ono N, Polesello G. Prótese isoelástica: avaliação clínica e radiográfica. Rev Bras Ortop. 2000 Nov-Dez;35(11/12):435-9.
4. Learmonth ID. Interfaces in total hip arthroplasty. Great Britain: Springer; 2000. p. 33-43.
5. Learmonth ID. Interfaces in total hip arthroplasty. Great Britain: Springer; 2000. 87p.
6. Learmonth ID. Interfaces in total hip arthroplasty. Great Britain: Springer; 2000. p.14-15.
7. Gonçalves HR, Honda EK, Ono NK. Análise da incorporação do enxerto ósseo acetabular. Rev Bras Ortop. Abr;38(4):149-160.
8. Gordon AC, D'Lima DD, Colwell CW Jr. Highly cross-linked polyethylene in total hip arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg. 2006 Sep;14(9):511-23.
9. Tsao AK, Jones LC, Lewallen DG; Implant Wear Symposium 2007 Clinical Work Group. What patient and surgical factors contribute to implant wear and osteolysis in total joint arthroplasty? J Am Acad Orthop Surg. 2008;16 Suppl 1:S7-13.
10. Learmonth ID. Interfaces in total hip arthroplasty. Great Britain: Springer; 2000. p.105-111.
11. Learmonth ID. Interfaces in total hip arthroplasty. Great Britain: Springer; 2000. p.11-12.
12. Learmonth ID. Interfaces in Total Hip Arthroplasty. Great Britain: Springer; 2000, p.12-14.
13. Lee AJ, Ling RS, Vangala SS. Some clinically relevant variables affecting the mechanical behaviour of bone cement. Arch Orthop Trauma Surg. 1978 Aug 11;92(1):1-18.
14. Alencar PGC, et al. Uso de enxerto autólogo de cabeça femoral em artroplastia total de quadril primária. Rev Bras Ortoped. 1999 Set-Out;34(9/10):499-504.
15. Borden LS, Greenky SS. The difficult primary total hip replacement: acetabular problems. In: Steinberg ME. The Hip and its Disorders. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991. p.1007-19.
16. Parker SM, Hastings DC. Protrusio acetabuli in rheumatoid arthritis. J Bone Joint Surg. 1974;56:587-596.
17. Harris WH, Crothers O, Oh I. Total hip replacement and femoral-head bone-grafting for severe acetabular deficiency in adults. J Bone Joint Surg Am. 1977 Sep;59(6):752-9.
18. Sloof TJJH. Revision total hip arthroplasty with bone grafts. University Hospital St. Radboud. Nijmegen: Nederlans; 1997. 39p.
19. Bergs B, Wendover N, Timperley AJ, Gie GA. Impaction grafting for acetabular deficiency in total hip arthoplasty for developmental hip dysplasia. Acta Orthop Belg. 2000 Dec;66(5):461-71.
20. Schreurs BW, Van Tienen TG, Buma P, Verdonschot N, Gardeniers JW, Slooff TJ. Favorable results of acetabular reconstruction with impacted morsellized bone grafts in patients younger than 50 years. Acta Orthop Scand. 2001 Apr;72(2):120-6.

21. Welten ML, Schreurs BW, Buma P, Verdonschot N, Slooff TJ. Acetabular reconstruction with impacted morsellized cancellous bone autograft and cemented primary total hip arthroplasty: a 10 to 17 year follow-up study. J Arthroplasty. 2000 Oct;15(7):819-24.
22. Bolder SB, Melenhorst J, Gardeniers JW, Slooff TJ, Veth RP, Schreurs BW. Cemented total hip arthroplasty with impacted morsellized bone-grafts to restore acetabular bone defects in congenital hip dysplasia. J Arthroplasty. 2001 Dec;16(8 Suppl 1):164-9.
23. Rosemberg WW, Schreurs BW, de Waal Malefijt MC, Veth RP, Slooff TJJ. Impacted morsellized bone grafting and cemented primary total hip arthroplasty for acetabular protusion in patients with rheumatoid arthritis: an 8- to 18-year follow-up study of 36 hips. Acta Orthop Scand. 2000 Apr;71(2):143-6.
24. Della Valle AG, Padgett DE, Salvati EA. Preoperative planning for primary total hip arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg. 2005 Nov;13(7):455-62.
25. Vail TP, Callaghan JJ. Minimal incision total hip arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg. 2007 Dec;15(12):707-15.
26. Learmonth ID. Interfaces in total hip arthroplasty. Great Britain: Springer; 2000. p. 45.
27. Crites BM, Berend ME, Ritter MA. Technical considerations of cemented acetabular components: A 30-year evaluation. Clin Orthop Relat Res. 2000 Dec;(381):114-9.
28. Ranawat CS, Peters LE, Umlas ME. Fixation of the acetabular component. The case cement. Clin Orthop Relat Res. 1997 Nov;(344):207-15.
29. Fowler JL, Gie GA, Lee AJ, Ling RS. Experience with the Exeter total hip replacement since 1970. Orthop Clin North Am. 1988 Jul;19(3):477-89.
30. Williams HD, Browne G, Gie GA, Ling RS, Timperley AJ, Wendover NA. The Exeter universal cemented femoral component at 8 to 12 years. A study of the first 325 hips. J Bone Joint Surg Br. 2002 Apr;84(3):324-34.
31. Charity JAF, Gie GA, Hoe F, Timperley AJ, Ling RSM. The Exeter polished stem in the long term: A survivorship study to the 33rd year of follow-up and a study of stem subsidence. J Bone Joint Surg Br. 2006 Apr;88-B(suppl 1):74.
32. Department of Orthopaedic Surgery, Haukeland University Hospital. The Norwegian arthroplasty register 1987-2004. Bergen, Norway, 2005.
33. Department of Orthopaedics Sahlgrenska University Hospital. Swedish hip arthroplasty register annual report 2006 [monografia na Internet]. [Acesso em: 04 maio 2008]. Disponível em: http://www.jru.orthop.gu.se/2007.
34. DiGioia AM, Jaramaz B, Levison TJ, Nikou C, Hafez MA. Functional Implant Alignment Following total hip replacement. In: 72nd Annual Meeting of American Academy of Orthopaedic Surgeons. v.6, 2005. Washington, DC, USA, Scientific Exhibit no. SE014. p. 400-1.
35. Patel PD, Potts A, Froimson MI. The dislocating hip arthroplasty: Prevention and treatment. J Arthroplasty. 2007 Jun;22(4 Suppl 1):86-90.
36. Sudo A, Hasegawa M, Fukuda A, Uchida A. Treatment of infected hip arthroplasty with antibiotic-impregnated calcium hydroxyapatite. J Arthroplasty. 2008 Jan;23(1):145-50.
37. Mangram AJ. Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Am J Infect Control. 1999 Apr;27(2):97-132.
38. Schmalzried TP. The infected hip: Telltale signs and treatment options. J Arthroplasty. 2006 Jun;21(4 Suppl 1):97-100.
39. Rudolph H, Müller W. Hygiene in Hospital and Practice. 3rd ed. Wiesbaden, Germany: Mhp-Verlag Gmbh; 2005. p.149-152.
40. DeHart MM, Riley LH Jr. Nerve injuries in total hip arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg. 1999 Mar-Apr;7(2):101-11.
41. Della Valle CJ, Steiger DJ, Di Cesare PE. Thromboembolism after hip and knee arthroplasty: Diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop Surg. 1998 Nov-Dec;6(6):327-36.
42. Friedman RJ. Optimal duration of prophylaxis for venous thromboembolism following total hip arthroplasty and total knee arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg. 2007 Mar;15(3):148-55.
43. Iorio R, Healy WL. Heterotopic ossification after hip and knee arthroplasty: Risk factors, prevention, and treatment. J Am Acad Orthop Surg. 2002 Nov-Dec;10(6):409-16.

Recebido em: 20/01/2013
Aprovado em: 15/02/2013
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Guydo Marques Horta Duarte
Rua Piauí, 1217, apart. 1001
CEP 30150-321 Belo Horizonte / MG
guydom@terra.com.br

O universo psicológico do futuro médico

The psychological universe of the future physician

***Emanuel Alves Rosa*[1]**
***João Carlos Simões*[2]**

RESUMO

Visto por muitos como exemplo a ser seguido, seja pela perseverança ou pela sabedoria, o estudante de Medicina apresenta muitas adversidades em sua vida acadêmica. Embora desafios, problemas sejam importantes na formação do profissional, alguns eventos podem prejudicar a conduta e o modo de pensar do estudante. Portanto, este trabalho tem por objetivo geral entender o universo psicológico do estudante de Medicina, analisando os prós e os contras da escolha da profissão e o motivo da escolha da tal. Além disso, o presente trabalho aborda algumas situações de conflito que este estudante tem de passar e que podem interferir na formação do profissional. Este estudo caracteriza-se por uma pesquisa exploratória, que busca maiores informações sobre o assunto investigado, realizada por meio de revisão bibliográfica em livros, artigos e sites referentes à temática apresentada. Os critérios de inclusão definidos para a busca dos conteúdos foram: publicações abrangendo o período de 1995 a 2011, escritos em português. Foram consultados 15 textos/artigos.

DESCRITORES: Medicina; Relação professor-aluno; Estudantes de Medicina; Educação médica.

Rosa EA, Simões JC. O universo psicológico do futuro médico. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.1, p. 50-55, jan./mar. 2013.

Trabalho realizado no curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

1. Acadêmico do primeiro período de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná.

2. Professor titular da disciplina de História e Humanização do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

INTRODUÇÃO

Diversos autores nos últimos anos vêm pesquisando as características do estudante de medicina. Perfil socioeconômico, motivo de optar pela profissão, projeto de exercício profissional[1].

Já o interesse pelos aspectos psicológicos do futuro médico é muito antigo. Hipócrates, já antes de Cristo, procurava apresentar conselhos a este profissional da saúde. Também propôs as características fundamentais que o estudante deve ter para adquirir um bom conhecimento em medicina, onde caracteriza-se a aptidão natural, cultura, disposição para estudar, perseverança, tempo livre e amor ao trabalho[2,3].

A justificativa deste trabalho encontra-se em Milan et al, que afirmam que a formação do profissional médico é cercada por diferentes graus de sofrimento emocional. Segundo estes acontecem situações de conflitos ou geradores de estresse já no momento da escolha da profissão[4].

Este trabalho tem por objetivo geral entender o universo psicológico do estudante de Medicina, analisando os prós e os contras da escolha da profissão e o motivo da escolha da tal. Além disso, o presente trabalho aborda algumas situações de conflito que este estudante tem de passar e que podem interferir na formação do profissional.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por uma pesquisa exploratória, que busca mais informações sobre o assunto investigado, realizada por meio de revisão bibliográfica em livros, artigos e sites referentes à temática apresentada.

Os critérios de inclusão definidos para a busca dos conteúdos foram: publicações abrangendo o período de 1995 a 2011, escritos em Português e palavras-chave medicina, relação professor-aluno, psicologia, aprendizagem. Foram consultados 15 textos/artigos.

Um dos grandes desafios superados no século XX foi a ampliação do tempo de vida da população mundial. Esse processo ocorreu de formas e velocidades diferentes entre os diversos países e foi acompanhado de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações[5].

Os mais de 300 mil médicos em atividade e outros que já exerceram tal profissão e que hoje não existem mais, colaboraram e muito para a melhora do panorama na saúde brasileira. Aliado a isso, houve o desenvolvimento de novos recursos diagnósticos, aumento da influência da indústria farmacêutica e de equipamentos e o surgimento e proliferação de empresas que prestam serviços médicos. Embora parcialmente benéfico à população, essas novas instituições acabaram por modificar o cenário do exercício profissional do médico. As mudanças ocorreram em vários campos, como por exemplo, na remuneração, estilo de vida e, inclusive, na saúde física e psicossocial do médico[6].

No entanto, não é somente em sua profissão que o médico apresenta adversidades. Desde o início, no momento da escolha profissional, o então futuro acadêmico começa passar por conflitos e situações geradoras de estresse. A opção pela carreira médica implica diversas mudanças na vida do jovem, que para enfrentar o concorrido vestibular, deve aprender a renunciar horas e horas de lazer e à companhia de amigos e familiares. Autores citam estudos que comprovam que os estudantes de Medicina iniciam o curso estressados devido à preparação para a seleção[2,4,5].

Os motivos/razões que levam a uma pessoa a abdicar a tudo isso compreendem aspectos conscientes e inconscientes. O desejo de saber,

ajudar, de ter prestígio social, autonomia financeira, necessidade de ser útil, são alguns dos pontos conscientes. Já os pontos inconscientes compreendem a identificação com os pais, desejo de expiar impulsos agressivos, negação da morte, entre outros[4,5].

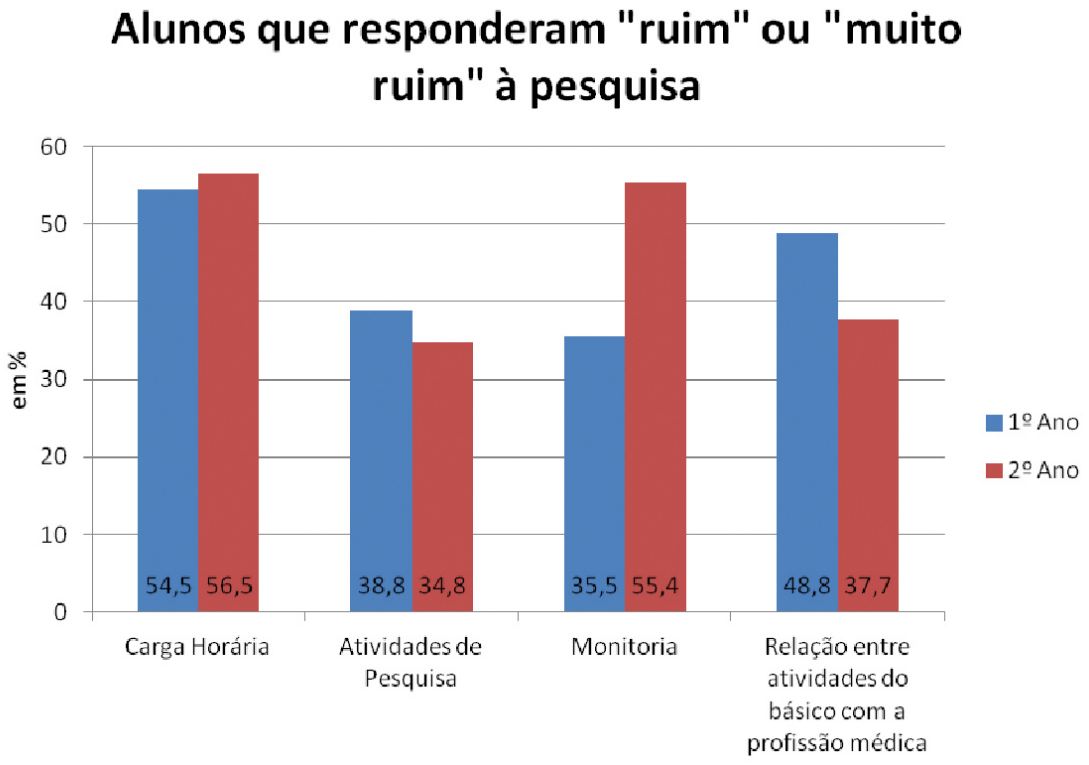
Quintana et al., no artigo "A angústia na formação do estudante médico", analisa o contexto psicológico dos alunos apresentando as principais queixas feitas por estes no ambiente acadêmico/hospitalar[7].

Queixas com o ciclo básico

Entrevistas e observações indicam que grande parte dos alunos encontra-se insatisfeito nos primeiros anos do curso. Essa insatisfação se concentra na grande quantidade de aulas teóricas em relação à quantidade de aulas práticas. Além disso, o distanciamento com um paciente colabora para que os alunos se sintam distantes da prática médica[7].

Um estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) apontou o grau de satisfação de alunos de Medicina do 1º e 2º ano e duas das categorias com alto índice de insatisfação foi a alta carga horária e a relação entre atividades do básico com a profissão médica[8].

Regan-Smith et al. ressaltam a importância de reduzir a aprendizagem pela simples memorização ao nível das disciplinas básicas. Acreditam que o processo de obtenção do conhecimento se dá através de um estudo que seja relevante para a formação clínica futura. Fazem, portanto, críticas ao excesso de informação dado aos alunos (favorecido pela alta carga horária) e à baixa relação das atividades dos primeiros anos com a profissão médica[9].



(Colares, 2004)

Angústia perante o contato com o cadáver

O contato com o cadáver se dá em aulas na disciplina de Anatomia. Geralmente é o primeiro contato do acadêmico com a morte; esse encontro muitas vezes gera um certo mal-estar e angústia, o que segundo Quintana et al., não fica explícito, mas pode ser identificado em conversar paralelas durante as aulas[7].

Uma pesquisa que envolveu 384 alunos do curso de Medicina da UFRJ revelou que a maioria destes nunca havia visto um cadáver até o encontro com este nas aulas de Anatomia. Um ponto importante da pesquisa consiste no fato da necessidade ao ver do estudante, de não expressar qualquer atitude de nojo, medo e tensão. A consideração do cadáver apenas como um objeto também foi muito relevante entre os alunos. No entanto, mesmo com esse distanciamento aparente, o contato com partes anatômicas provocou sintomas como a dificuldade em comer carne e presença de pesadelos envolvendo cadáveres. Além disso, queixas de terror noturno e crise de angústia foram relatados[10].

Da Nova, Filho e Bastos, entretanto, citam vários autores que ressaltam a importância que o encontro com o cadáver proporciona. O convívio com o cadáver e a possibilidade de expressar as suas emoções e preocupações fará com que os estudantes possam se empatizar mais facilmente com os pacientes. A dissecção, portanto, não é um exercício técnico apenas, pois proporciona a discussão de temas como dignidade humana, sexualidade, mortalidade e luto[13].

A crise ante ao contato e aprendizagem com o paciente

A partir do terceiro ano, o aluno se separa do cadáver para encontrar seu novo objeto de estudo: o paciente, um sujeito que fala, pergunta, questiona comportamentos. O primeiro problema apresentado refere-se ao fato da falta de preparo apresentado pelos alunos devido à grande carga de aulas teóricas em relação às práticas. O segundo problema advém do fato do temor das primeiras anamneses, onde o estudante muitas vezes se vê como um abutre que se alimenta (aprendendo) das doenças das pessoas[7].

Nuto et al. afirmam que essa situação provém da separação que existe entre as disciplinas humanas e clínicas, que acaba gerando um processo de dessensibilização progressiva dos alunos durante a graduação. Ressaltam que, para superar essas dificuldades, novas metodologias deveriam ser implantadas de forma que haja a integração entre conteúdos humanos e técnicos[11].

Voto propõe a utilização de animais para contornar o processo que transforma o paciente em objeto de estudo, principalmente quando na iniciação das práticas técnicas dos alunos de Medicina. Tal ação pouparia o sofrimento do paciente, além de não alterar o tempo de execução do trabalho a ser feito neste[14].

Temor excessivo ao professor

A superioridade do professor atua de forma a baixar a autoestima de seus alunos. Branden afirma que quando os professores apresentam baixa autoestima, quase sempre apelam a táticas destrutivas e humilhantes para manter o controle da classe, mas isso acaba interferindo negativamente no moral dos alunos[15].

Para Noro & Noro, quando o educador em saúde respeita e trata com dignidade o aluno, acaba por desenvolver neste a capacidade de procurar em si mesmo as respostas para os seus problemas, o que o faz agente de seu próprio processo de aprendizagem[11].

Batista afirma que o relacionamento entre o professor e aluno deve ser de respeito mútuo. O professor deve ouvir a ajudar seu aluno de forma a que este desenvolva a capacidade de diálogo e comunicação com os outros. Essa relação promove uma melhor qualidade no processo de ensino-aprendizagem[12].

CONCLUSÃO

Mediante todas as adversidades enfrentadas pelos alunos de Medicina nas diversas universidades do país, fica evidente a necessidade de um apoio psicológico a estes acadêmicos. O Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno da FMUSP é um dos exemplos bem-sucedidos no que diz respeito a aproximar alunos e docentes para resolver seus conflitos.

No entanto, mesmo com a criação de tais estruturas de apoio, tem-se a necessidade de perder o preconceito a visita destas. Muitos alunos afirmam que poderiam ser prejudicados caso procurassem ajuda nesses grupos de apoio.

Notou-se, por este trabalho, a necessidade da integralização das disciplinas técnicas e humanas durante todo o curso, de forma a provocar o menor sofrimento no paciente e, a partir de uma nova metodologia, proporcionar um melhor aprendizado ao aluno.

ABSTRACT

Seen by many as an example to be followed either by the wisdom and perseverance, the medical student has many adversities in his academic life. Although challenges, problems are important in professional training, some events may affect the conduct and thinking of the student. So, this study aims to understand the general psychological universe of the medical student, analyzing the pros and cons of choice of occupation and the reason for this choice. Also, this paper discusses some conflict situations that this student has to pass and that may interfere with professional training. This study is characterized by an exploratory research, which seeks more information on the subject investigated, performed by means of a literature review of books, articles and websites relating to the theme presented. The inclusion criteria defined for the search of the contents were as follows: publications covering the period 1995 to 2011, written in Portuguese. Have been referred 15 texts/articles.

KEYWORDS: Medicine; Teacher-student relationship; Students medical; Education medical.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA, Valadão MMA. O estudante de medicina da universidade federal de Minas Gerais: perfil e tendências. Rev Ass Med Brasil, 2000;46(3):224-31.
2. Millan LR. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
3. Milan LR, Arruda PCV. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. Rev Assoc Med Bras. 2008;54:90-4.
4. Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em medicina. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2002 Ago;6(11):107-116.
5. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad Saúde Pública. 2003 Jan/jun;19(3):700-1.
6. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. Rev Bras Med Trab. 2003 Jul/Set;1(1):56-68.
7. Quintana AM, Rodrigues AT, Arpini DM, Bassi LA,

Cecim PS, Santos MS. A angústia na formação do estudante de medicina. Rev Bras Edu Med. 2008 Jan/Mar;32(1):7-14.

8. Colares MFA. Reflexões e vivências de estudantes de medicina do ciclo básico através do sociodrama educacional [Tese-Doutorado]. Ribeirão Preto, SP: USP; 2004.
9. Rendas António B, Pinto PR, Morais MG, Costa PF, Magalhães J. Aplicações da aprendizagem por problemas no ciclo básico do curso de medicina. Acta Méd Port. 1995;8:459-462.
10. Bastos LAM, Proença MA. A prática anatômica e a formação médica. Rev Panam Am Salud Publica. 2000;7(6):395-402.
11. Nuto SAS, Noro LRA, Cavalsina PG, Costa ICC, Oliveira AGRC. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 Jan/Mar;11(1):89-96.
12. Batista G. O relacionamento entre professor e aluno, no processo de ensino aprendizagem [monografia na Internet]. 2011 [acesso em 13 de Maio 2012]. Disponível em: http://www.webartigos.com/artigos/o-relacionamento-entre-professor-e-aluno-no-processo-de-ensino-aprendizagem/65502/.
13. Da nova JLL, Bezerra Filho JJ, Bastos LAM. Lição de anatomia. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2000;4(6):87-96.
14. Votto LGR. Uma proposta para viabilizar o aprendizado psicomotor do aluno de graduação médica. Acta Cir. Brás. 1996 Jul/Set;1(3):151-6.
15. Branden N. Auto-estima e os seus pilares. 5ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

Recebido em: 14/07/2012
Aprovado em: 20/09/2012
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
João Carlos Simões
Rua Nicolau J Gravina, 65 Cascatinha
CEP 82025-265 – Curitiba / PR
E-mail: drjcs@uol.com.br

PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) em paciente com lupus eritematosos sistêmico. Relato de caso

PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) in lupus patients. Case report

***Ciliane Cardoso*[1]**
***Morgana Medeiros*[1]**
***Diogo de Paula*[1]**
***Thelma L. Skare*[2]**

RESUMO

PRES ou posterior reversible encephalopathy syndrome é uma entidade neurológica pouco conhecida que aparece em pacientes hipertensos, em eclâmpsia, em insuficiência renal e em uso de drogas imunossupressoras. Cursa com cefaleia, alterações no estado mental e convulsões. Relata-se aqui o caso de uma paciente com lúpus eritematosos sistêmico que desenvolveu PRES ao ser introduzido o uso de ciclofosfamida e pulsos de corticoide para tratamento de uma glomerulonefrite lúpica classe 4.

DESCRITORES: Lúpus eritematoso sistêmico; Estudo de caso.

Cardoso C, Medeiros M, Paula D, Skare TL. PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) em paciente com lupus eritematosos sistêmico. Relato de caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.1, p.56-59, jan./mar. 2013.

INTRODUÇÃO

Em 1966 foi descrita uma síndrome neurológica secundária a edema vasogênico na substância branca dos lobos occipital e parietal e caracterizada por cefaleia, alterações do estado mental, convulsões e perda visual transitória[1]. Em 2000, Casey et al.[2] propuseram o termo síndrome da encefalopatia posterior reversível (PRES) para essa entidade.

Trabalho realizado no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC)
1. Residentes do Serviço de Reumatologia do HUEC.
2. Profª de Reumatologia do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do PR.

PRES é uma sindrome cuja patogênese ainda não está completamente entendida. Acredita-se que possa ser causada por falência de autorregulação no tônus vascular com consequente vasodilatação, como a que é vista na encefalopatia hipertensiva[1]. Vasoespasmo e alterações isquêmicas também podem desempenhar um papel na etiopatogenia[1].

Na ressonância magnética (RM), o achado típico é o de hiperintensidade subcortical em T2 sem impregnação em regiões parieto-occipitais. Outras estruturas como tronco cerebral, cerebelo e lobos frontal e temporal também podem estar envolvidas. Embora as anormalidades da substância branca subcortical sejam regra nesta afecção, o córtex e os gânglios da base podem estar eventualmente afetados[2–4]. A PRES pode resultar de um número de morbidades associadas como hipertensão, eclâmpsia, uso de medicamentos imunossupressores e citotóxicos[5]. Outras possíveis etiologias incluem transplantes e infecções sistêmicas[3,4]. Em doenças autoimunes ela tem sido descrita principalmente no lúpus eritematoso sistêmico (LES). Descrevemos aqui o caso de uma paciente com LES que desenvolveu PRES.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, branca, 14 anos, tem diagnóstico de LES desde os 9 anos de idade com acometimento renal, classe IV, hipertensão arterial secundária. NA época registrou-se um FAN > 1/640, nuclear pontilhado fino, artrite, pericardite, miocardite, anti-ds DNA reagente, e proteinúria 1,81g/24h. Foi acompanhada, na época, em outro serviço e não lembra detalhes de uso de medicamentos.

Devido a um novo surto de glomerulonefrite, a paciente procura o serviço de reumatologia de adultos, sendo instalada em uso de metilprednisolona e ciclofosfamida além de medicamentos voltados para tratamento de hipertensão. Além disso, estava em uso de antimaláricos.

Dois dias após aplicação de pulso de metil prednisolona e ciclofosfamida evoluiu com quadro cefaleia difusa, diplopia e, no dia seguinte, com quadro de crise convulsiva tônico-clonica generalizada, exigindo atendimento de emergência e sendo realizadas repetidas infusões de hidantal. Na admissão a pressão arterial era de 140 x 80 e a paciente tinha edema generalizado mais acentuado em membros inferiores. O exame dos pulmões, coração e abdome eram normais e a paciente estava afebril. Não foram observadas alterações neurológicas focais e a paciente recuperou-se dos episódios com função cognitiva normal. Uma punção liquórica mostrou liquor com características normais. Uma RM de crânio mostrou, em T2, focos subcorticais hiperintensos em T2 e FLAIR e hipointensos em T1 sem impregnação em ambos os lobos parietais (**Figuras 1A e 1B**).

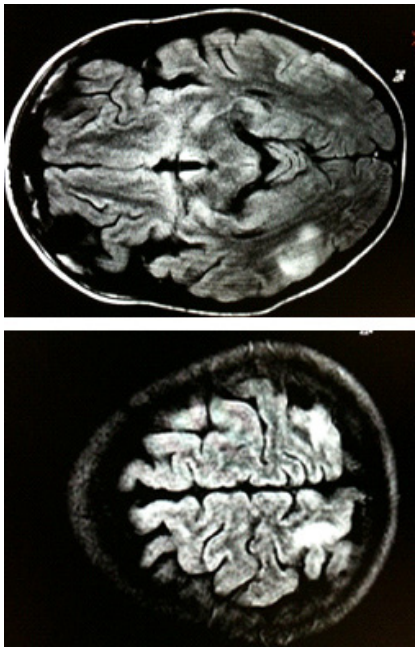


Figura 1A e 1B. RMN de crânio mostrando, em T2, focos subcorticais hiperintensos.

O hemograma mostrou Hb 9,9 Ht 29, leucócitos 36.900 bastões 7% segmentados 80%, plaqueta 194.000; creatinina de 0,7 mg/dl, albumina 2,1 mg/L. FAN 1/640 nuclear pontilhado fino, C3 60,8 mg/l, C48,6 mg/l anti- DNA reagente 1/10. Proteinuria de 24h de 5,5 gramas. Os exames LAC, anticardiolipina IgG e IgM foram negativos, porém com exames anteriormente citados mostrando atividade do LES. Três dias após, a paciente teve um novo episódio de diplopia que durou apenas duas horas, regredindo espontaneamente. Novos exames neurológicos e oftalmológico foram normais.

A paciente foi submetida a uma redução rápida da corticoterapia e mantida com anticonvulsivantes. Devido à gravidade do quadro renal, optou-se pela não retirada do imunossupressor mas pela substituição de ciclofosfamida por mofetil micofenolato. Após o terceiro dia, a paciente ficou assintomática e duas semanas após recebeu alta hospitalar em bom estado, com retorno ambulatorial para continuidade de tratamento. Ressonância magnética repetida dentro de três semanas mostrou desaparecimento quase completo das lesões.

DISCUSSÃO

A PRES deve ser considerada em qualquer paciente com lúpus que se apresente com manifestações neurológicas por causa de sua potencial reversibilidade quando adequadamente manejada[3]. As queixas mais comuns são as de cefaleia,alterações visuais e convulsões. Casos associados com hemorragia cerebral, infartos e até mesmo óbito têm sido relatados[3]. Os sintomas, em geral, têm um início abrupto[3]. O papel exato do LES no aparecimento destes eventos não está claro porque tais pacientes, em geral, têm hipertensão associada, lesão renal e fazem uso frequente de doses altas de esteroides e de imunossupressores. No seu tratamento se incluem uso de medicamentos anti-hipertensivos, anticonvulsivantes e retirada de terapia imunossupressora e citotóxica[2,4]. No quadro descrito, apesar deste tipo de tratamento ter sido reduzido, ele não foi totalmente removido dada a gravidade do lúpus subjacente.

A PRES é uma desordem enigmática. Acredita-se que aconteça por extravasamento de capilares secundários à hipertensão ou medicamentos citotóxicos[3].

Além da PRES, são múltiplos os fatores causais de achados neurológicos em paciente com LES: vasculites, doença tromboembólica causada por síndrome do anticorpos antifosfolípides e infecções de SNC, incluindo-se infecções pelo vírus JC. Todos devem ser considerados no diagnóstico diferencial. Os achados de ressonância magnética podem orientar na diferenciação. No caso descrito, o aparecimento da PRES pode ter sofrido influência de múltiplos fatores: doença renal, picos hipertensivos e a infusão de ciclofosfamida e da metilprednisolona. Outro fator, a hipoalbuminemia grave[6], também presente em nossa paciente, tem sido considerado por como agente corroborante para seu aparecimento.

Um estudo com 70 pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva com PRES[7] mostrou que em 88% dos casos existia remissão dos achados tomográficos e que complicações hemorrágicas aconteceram em 14% deles. Nesta mesma casuística, 15% dos pacientes morreram e 37% permaneceram com dano neurológico. Os fatores que influíram na recuperação dos pacientes foram os valores de glicose no primeiro dia do evento e tempo para remoção do agente agressor.

Os autores concluem que pacientes lúpicas com quadro de cefaleia, alteração da acuidade visual e convulsão devem ser investigadas para PRES, uma vez que o reconhecimento adequado desta síndrome é importante para o seu manejo.

ABSTRACT

PRES or posterior reversible encephalopathy syndrome is an almost unknown neurological entity that appears in hypertensive patients, eclampsia, renal failure and in patients using immunosuppressive treatment. It causes headache, mental status alterations and convulsions. We describe here a case of a systemic lupus erythematosus patient who developed PRES while receiving cyclophosphamida as treatment for class 4 lupus glomerulonephritis.

KEYWORDS: Lupus erythematosus, systemic; Case Report.

REFERÊNCIAS

1. Streck AS, Staub HL, Freitas CZ, Marrone L, Costa J, Gadonski G. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) and systemic lupus erythematosus: report of two cases. Rev Bras Reumatol. 2012 Oct;52(5):804-10.
2. Casey SO, Sampaio RC, Michel E, Truwit CL. Posterior reversible encephalopathy syndrome: utility of fluid-attenuated inversion recovery MR imaging in the detection of cortical and subcortical lesions. AJNR Am J Neuroradiol. 2000 Aug;21(7):1199-206.
3. Leroux G, Sellam J, Costedoat-Chalumeau N, Le Thi Huong D, Combes A, Tieulié N, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome during systemic lupus erythematosus: four new cases and review of the literature. Lupus. 2008 Feb;17(2):139-47.
4. Srikakulam S, Askanase A. Focal Neurological Deficits due to a Contrast Enhancing Lesion in a Patient with Systemic Lupus Erythematosus. Case report and Review of Literature. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2012;70(2):115-9.
5. Yamada A, Atsumi M, TAshiro A, Hiraiwa T, Ueda N. Recurremt posterior encephalopathy symdrome in nephrotic syndrome: case report and review of literature. Clin Nephrol. 2012 Nov;78(5):406-11.
6. Pirker A, Kramer L, Voller B, Loader B, Auff E, Prayer D. Type of edema in posterior reversible encephalopathy syndrome depends on serum albumin levels: an MR imaging study in 28 patients. AJNR Am J Neuroradiol. 2011 Mar;32(3):527-31.
7. Legriel S, Schraub O, Azoulay E, Hanson P, Magalhaes E, Coquet I, et al. Determinants of recovery from severe posterior reversible encephalopathy syndrome. PLoS One. 2012;7(9):e44534.

Recebido em: 10/01/2013
Aprovado em: 15/02/2013
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Thelma L. Skare
Rua João Alencar Guimarães, 796,
CEP 80310-420 – Curitiba / PR
e-mail: tskare@onda.com.br

Hemorragia digestiva baixa, severa e obscura por GIST de delgado. Relato de caso

GIST's low gastrointestinal bleeding. Case Report

***Eduardo Lopes Martins*[1]**
***Vitor Mamoro Haida*[2]**
***Rafael C.S. Pires*[2]**
***Sérgio Ossamu Ioshii*[3]**
***Jorge M. Yokochi*[4]**
***Milton Márcio Machota Júnior*[5]**
***Fernando Issamu Tabushi*[6]**
***Benur Polonio*[1]**

RESUMO

Relatamos o caso de paciente adulto com hemorragia digestiva severa causada por GIST de intestino delgado. Apresenta-se o relato do caso de um paciente atendido no serviço de urgência e emergência do HC-UFPR. Paciente feminina, adulta, apresentou enterorragia severa. Após reposição volêmica e estabilização, realizou-se esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia sem se identificar a etiologia do sangramento. O diagnóstico foi feito por angiotomografia, que identificou um tumor submucoso, hipervascular de 2cm em jejuno proximal. Na laparotomia realizou-se a ressecção de um segmento de delgado de 12cm englobando o tumor e anastomose término-terminal manual com boa evolução. O exame anatomopatológico após exame imuno-histoquímico demonstrou tratar-se de um GIST de intestino delgado. Apresenta-se uma revisão da literatura sobre o tema. Nos casos de hemorragia digestiva baixa obscura, em adultos, o tumor GIST de intestino delgado deve ser considerado.

DESCRITORES: Hemorragia Gastrointestinal; Tumores do estroma gastrintestinal; Estudos de casos.

Martins EL, Haida VM, Pires RCS, Ioshii SO, Yokochi JM, Machota-Júnior MM, Tabushi FI, Polonio B. Hemorragia digestiva baixa, severa e obscura por GIST de delgado. Relato de caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.1, p.60-63, jan./mar.2013.

Trabalho realizado no Serviço de Urgência e Emergência (SUE) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR)

1. Cirurgião do Aparelho Digestivo, SUE, HC-UFPR.
2. Médico Residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HC-UFPR.
3. Professor Adjunto de Patologia da UFPR.
4. Médico Radiologista do HC-UFPR.
5. Médico Residente de Patologia da UFPR.
6. Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo, Hospital Vita Curitiba.

INTRODUÇÃO

O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é o mais comum tumor mesenquimal do trato digestório, sendo sua origem das células intersticiais de Cajal e representa 1% das neoplasias deste sítio. A prevalência é semelhante em ambos os sexos e o pico de incidência ocorre entre a 4a e 6a décadas de vida. Acomete todo o trato gastrointestinal, sendo o estômago (60-70%) e local mais atingido, seguido pelo intestino delgado (30%), reto (5%) e o restante distribuído no esôfago, apêndice e cólon[1,3,4,6].

Este tipo de tumor possui apresentação clínica variada, sendo que 70% dos pacientes apresentam sintomas (hemorragia digestiva, dor abdominal, massa abdominal, náuseas e vômitos), 20% são assintomáticos e 10% são detectados apenas em autópsias[6,11]. Pequenos GISTs <2cm geralmente são assintomáticos e são diagnosticados em sua maioria acidentamente, seja por endoscopia, imagens radiológicas ou laparotomia[2,6,7].

Os GISTs expressam como marcadores imuno-histoquímicos para seu diagnóstico o CD 117 (70-95%), assim como o CD 34 (60-70%), marcadores originários das células de Cajal. Como tratamento de escolha o ideal é a ressecção cirúrgica com margens livres, não havendo necessidade de esvaziamento linfonodal, uma vez que em sua maioria os GISTs são benignos (75%). Se necessário, pode ser discutido o uso de terapia adjuvante com quimioterápicos[8,11].

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de hemorragia digestiva baixa causada por GIST de delgado, localizado com angiotomografia e diagnosticado após ressecção cirúrgica e análise anatomopatológica com marcadores imuno-histoquímicos.

RELATO DE CASO

Paciente, feminina, de 44 anos, sem comorbidades prévias, foi atendida no pronto atendimento com quadro de melena havia dois dias e enterorragia havia algumas horas. Negava dores abdominais, alterações prévias do trato gastrointestinal ou perda ponderal. Há cerca de cinco meses referia quadro semelhante, sendo necessário transfusões de hemoderivados. Nesta ocasião, foi investigada com endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ambas sem alterações.

Ao exame apresentava-se hipocorada, taquicárdica com dados vitais estáveis, abdome sem alterações. Após estabilização, procedeu-se a investigação com endoscopia digestiva e colonoscopia, ambas sem evidências de anormalidades. Realizou-se angiotomografia abdominal com enterografia com contraste negativo para melhor visualização de alças de delgado. Este exame mostrou uma lesão hipervascular em jejuno proximal próximo ao ângulo de Treitz de aproximadamente 2m de diâmetro (**Figura 1**).

Foi indicada laparotomia exploradora. O achado operatório foi uma lesão nodular de aproximadamente 2cm situada a aproximadamente 5cm do ângulo de Treitz. Realizou-se enterectomia segmentar de aproximadamente 12cm de jejuno proximal e enteroenteroanastomose manual (**Figura 2**). O exame anatomopatológico à microcopia mostrou presença de células fusiformes, com 1 mitose atípica a cada 10 campos de maior aumento (**Figura 3**). Foi realizada imunohistoquímica da lâmina que apresentou positividade para CD 117 (c-Kit) e CD 34 (**Figura 4**). A paciente apresentou boa evolução pós-operatória com retorno ambulatorial sem outros episódios de hemorragia.

DISCUSSÃO

A apresentação mais comum de GIST de delgado é a hemorragia digestiva obscura, seguido por obstrução intestinal, presença de massas palpáveis, entre outros. Porém, a hemorragia gastrointestinal severa com instabilidade hemodinâmica não é o usual[1,5,9,10]. Apesar de não ser o local mais comum de aparecimento, o intestino delgado é o segundo local mais frequente. Pela dificuldade técnica para realizar o diagnóstico, é na maioria das vezes diagnosticado por suas complicações.

Este caso mostra uma paciente em seu segundo episódio de hemorragia digestiva severa com repercussões clínicas em que investigação primária com endoscopia digestiva alta e colonoscopia não evidenciaram a causa do sangramento. Estas duas técnicas diagnosticam entre 90-95% das hemorragias digestivas, sendo o restante denominado hemorragia digestiva obscura e deve ser investigado por outras técnicas[10].

Exames contrastados de intestino delgado, como trânsito intestinal com contraste baritado, exames com cápsula endoscópica e mais recentemente enteroscopia, auxiliam o diagnóstico de patologias que acometem o intestino delgado. Neste caso, utilizamos a tomografia como exame auxiliar com uso de contraste endovenoso e picossulfato via oral para distensão de delgado e sua melhor visualização tomográfica.

Apesar de representarem rara causa de hemorragia digestiva, lesões estromais (GIST) devem ser consideradas como diagnóstico diferencial, sendo a apresentação obscura um desafio a ser vencido.

O tratamento consiste em ressecção cirúrgica com margens livres. A dissecção linfonodal não é rotina, uma vez que sua disseminação é predominantemente hematogência para o fígado. A indicação do uso do inibidor da tirosinoquinase (imatinibe) seria nos casos de recorrência, metástases ou lesões irressecáveis[3,8].

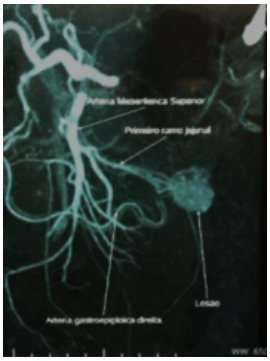


Figura 1. Angiotomografia, lesão hipervascular em jejuno proximal.

Figura 2. GIST de jejuno proximal, peça cirúrgica aberta.

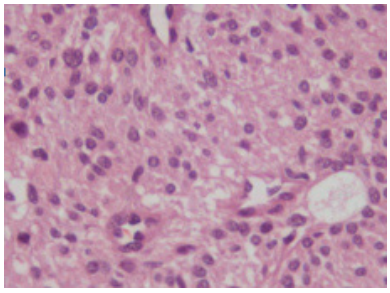


Figura 3. GIST, microscopia ótica (HEX200)

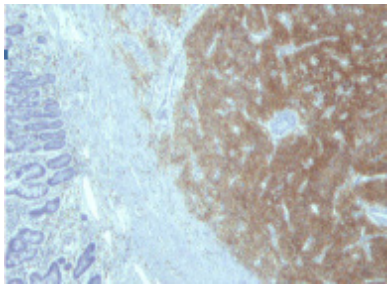


Figura 4. GIST, imunohistoquímica, anti-CD117 positiva

ABSTRACT

We report the case of an adult patient with severe gastrointestinal bleeding caused by small intestinal GIST. We present a case report of a patient seen at the emergency room in HC-UFPR. Female patient, an adult, had severe rectal bleeding. After volemic reposition and stabilization, an esophagogastroduodenoscopy and a colonoscopy was performed without identifying the etiology of the bleeding. The diagnosis was concluded by angiography, which revealed a submucosal tumor, hypervascular 2cm in the proximal jejunum. At laparotomy, it was performed resection of a segment encompassing the slender 12cm tumor and manual termino-terminal anastomosis showing good evolution. Pathological examination after immunohistochemical examination showed the presence of a small bowel GIST. It presents a literature review on the topic. In cases of obscure haemorrhage in adults, the GIST tumor of the small intestine should be considered.

KEYWORDS: Gastrointestinal Hemorrhage; Gastrointestinal stromal tumors; Case Studies.

REFERÊNCIAS

1. Butt J, Rowley S, Byme PJ, Reynolds JV. Management of gastrointestinal stromal tumours: a single-centre experience. Ir J Med Sci. 2007 Sep;176:157-60.
2. Goh BK, Chow PK, KesavanS, Yap WM, Wong WK. Outcome after surgical treatment of suspected gastrointestinal stromal tumors involving the duodenum: is limited resection appropriate? J Surg Oncol. 2008 Apr 1;97(5):388-91.
3. Gold JS, Dematteo RP. Combined surgical and molecular therapy: the gastrointestinal stromal tumor model. Ann Surg. 2006 Aug;244(2):176-84.
4. Kown SH, Cha HK, Jung SW, Kim BC, Park JS, Jeong ID, et al. A gastrointestinal tumor of the duodenum masquerading as a pancreatic head tumor. World J Gastroenterol. 2007 Jun 28;13(24):3396-9.
5. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel Diverticulum: The Mayo Clinic Experience With 1476 Patients (1950–2002). Ann Surg. 2005 Mar;241(3):529–33.
6. Ponsaing LG, Kiss K, Loft A, Jensen LI, Hansen MG. Diagnostic procedures for submucosal tumors in the gastrointestinal tract. World J Gastroenterol. 2007 Jun 28;13(24):3301-10.
7. Ponsaing LG, Kiss K, Hansen MB. Classification of submucosal tumors in the gastrointestinal tract. World J Gastroenterol. 2007 Jun 28;13(24):3311-5.
8. Ponsaing LG, Hansen MB. Therapeutic procedures for submucosal tumors in the gastrointestinal tract. World J Gastroenterol. 2007 Jun 28;13(24):3316-22.
9. Tang S, Zaidi A. The trouble with investigating anemia in young adults: bleeding from a giant Meckel's diverticulum without ectopic gastric mucosa. Ann R Coll Surg Engl. 2009 Mar;91(2):W15-7.
10. Vallicelli C, Coccollini F, Catena F, Ansaloni l, Montori G, Di Vaverio S, Pinna AD. Small bowel emergency surgery: literature's review. World J Emerg Surg. 2011 Jan 7;6(1):1-8.
11. Van der Zwan SM, DeMatteo RP. Gastrointestinal stromal tumor: 5 years later. Cancer. 2005 Nov 1;104(9):1781-8.

Conflito de interesses: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhuma.
Recebido em: 05/12/2012
Aprovado em: 10/01/2013

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

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

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

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.1, p.64-68, jan./mar. 2013.

Paciente extrofiado. Construção de cunho coloquial. Mais adequado à linguagem científica formal: paciente com bexiga extrofiada. A bexiga é que está extrofiada, não exatamente o paciente. A expressão é perfeitamente compreensível para os médicos, mas, em técnica de redação formal, recomenda-se optar pelo uso lógico para evitar possíveis questionamentos.

Paciente iniciou com. Em anotações de prontuário, é comum a expressão "Paciente iniciou com..." (e, a seguir, acrescentam-se as manifestações). Assim, formam-se frases imperfeitas por faltar-lhes o complemento do verbo iniciar. Quem inicia, inicia algo. Digamos mais adequadamente: Paciente apresenta (queixa-se de, tem, refere) dor. Ou: O quadro se iniciou com dor. O paciente é quem sofre as doenças. Os agentes causadores é que, de ordinário, as iniciam, não o doente. Em geral, as manifestações são iniciadas pelas lesões, não pelo doente, embora, em certos casos, seja o próprio enfermo causador de lesões. Um indivíduo, por exemplo, pode iniciar envenenamento ao tomar substâncias tóxicas ou infecção intestinal se ingerir alimento infectado. Mas, de ordinário, não é o que ocorre. É característica da linguagem não-literária haver construções como: "O paciente internou", "Ele formou em medicina", "Ele levantou cedo". Mas, na linguagem formal, a regência dos verbos é estabelecida por normas de uso culto.

Palavras inventadas. Na literatura médica, há grande número de termos ausentes dos dicionários. São invenções desnecessárias por haver equivalentes perfeitos no léxico. Denotam desconhecimento de linguagem e, às vezes, pernosticismo e podem estar malformados. É recomendável evitá-los até que sejam dicionarizados ou usados por alguma autoridade em gramática ou por médicos

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.

reconhecidamente conhecedores de gramática e de linguagem médica e científica. Neologismos são bem-vindos quando não há termos substitutos na linguagem corrente, como ensinam bons lingüistas. Muitos são decorrentes do desenvolvimento científico. Alguns exemplos de nomes criticáveis, colhidos da literatura médica, e termos equivalentes registrados nos dicionários: reflexos "lentificados" (reflexos lentos), rim "funcionante" (rim produtivo ou ativo), paciente "vitimizado" (paciente vitimado), hipernatremia "dilucional" (hipernatremia por diluição), déficit "atencional" (deficiência de atenção), criança "carenciada" (criança carente), fígado 'cirrotizado" (fígado com cirrose), "cirrotização" hepática (cirrose hepática), doente "analgesiado" (doente medicado com analgésico), "medicalização' eficiente (medicação ou medicamentação eficiente), "factibilidade" (exeqüibilidade), medida "paliativista" (medida paliativa), "oportunizar" (tornar oportuno), "perviedade" (permeável), "obituar" (morrer, ir a óbito), "refluxante" (com refluxo), "topicização" (tornar tópico), "tumefativo" (tumefacto), "urgencializar" (tornar urgente), "sequelado" (com seqüela), "recreacional" (recreativo) e outros. Convém verificar.

Palpação manual. Palpação manual é expressão redundante, uma vez que palpar significa tatear (usar o tato) ou tocar com as mãos ou com os dedos das mãos, como está nos dicionários, inclusos os médicos. Do latim palpatio, onis, toque, de palpare, tocar com as mãos, acariciar. Todavia, na linguagem médica, existem as expressões palpação manual e palpação digital, usos úteis para indicar procedimentos diferentes. Poderia haver mesmo especificação, como palpação palmodigital para indicar uso de toda a mão. Entretanto, com a exceção de indicações especiais como essas, pode-se dizer apenas palpação.

Papa de hemácias. Apesar de ser expressão registrada no Aurélio, o termo médico mais adequado é concentrado de hemácias (recomendável usar o plural, hemácias). Também: concentrado de plaquetas, concentrado de leucócitos, concentrado de fator. A acepção própria de papa é alimento em forma de mingau, especialmente farinha cozida no leite ou na água até adquirir consistência de pasta mais ou menos espessa. Em rigor, papa de hemácias equivale a mingau de hemácias. Do latim pappa ou papa, alimento na linguagem infantil (Ferreira, 1999).

Palpação manual. Pode configurar redundância, uma vez que palpar significa tatear (usar o tato) ou tocar com as mãos ou com os dedos das mãos, como está nos dicionários, inclusos os médicos. Do latim palpatio, onis, toque, de palpare, tocar com as mãos, acariciar. Na linguagem médica, existem as expressões palpação manual e palpação digital, usos úteis para indicar procedimentos diferentes. Poderia haver mesmo especificações, como palpação palmodigital para indicar uso de toda a mão, bimanual ou bidigital. Entretanto, com exceção de indicações especiais como essas, em medicina, pode-se dizer apenas palpação.

Parasito – parasita. Do grego para (junto), e sitos (alimento, sobretudo trigo) e do latim parasitus. Parasitos, propriamente, é aquele que come ao lado de outro (Victoria, 1966). Segundo esse autor, é recomendável parasito para animais e parasita em relação a plantas, por este (planta) ser nome feminino (Sacconi, 1979, p. 332; Victoria, 1959). O termo parasita

é de uso mais recente como tradução do francês parasite (Rezende, 1992). Em espanhol e italiano, línguas de origem latina, escreve-se parásito(a), parasito(a), e parassito ou parassita respectivamente. Por sua etimologia, parasito é essencialmente substantivo (do grego para, junto, e sitos, alimento, formou-se parásitos [substantivo masculino], comensal e, em latim, parasitus [subst. masc.], papa-jantares, hóspede). Por força de uso, é aceito como adjetivo e, assim, tem flexões: bactéria parasita, verme parasito, uso registrado no VOLP (1999). Este estabelece parasito como adjetivo e como substantivo masculino, e parasita, como adjetivo e como substantivo comum aos dois gêneros e assim está também registrado em bons dicionários como o Aurélio (2004), o Houaiss (2001) e o Michalis (1998). Em vista disso, o uso de parasita como substantivo ou como adjetivo sem flexão de gênero é aceito oficialmente: inseto parasita, bactéria parasita. Além disso, o uso popular consagra parasita sem flexão de gênero como substantivo e como adjetivo. Como é fato da língua, não cabe dizer que é certo ou errado. Estará certíssimo no nível de linguagem popular ou coloquial, por exemplo. Mas, na linguagem médica científica formal, convém adotar os usos de acordo com a faixa normativa da linguagem padrão gramatical culto, por serem disciplinados e abonados pelos profissionais da área, que sabem muito mais que nós, médicos. Nesse caso, estará correto o uso de parasito ou parasita como substantivo ou adjetivo. Assim, pode-se dizer: A bactéria saprófita é uma parasita. O Ascaris lumbricoides é um parasito intestinal. Ambos são organismos parasitos. Ambos têm funções parasitas. || Por esse artifício, esses usos conformam-se perfeitamente às regras gramaticais em que o substantivo varia em gênero e número (parasito[s], parasita[s]) e o adjetivo concorda em gênero e número com o substantivo a que se refere (bactéria[s] parasita[s], verme[s] parasito[s]).

Parcela. É impróprio referir-se a "parcela única" por incoerência, e a "pequena parcela" por redundância (Duarte SN, Língua Viva, JB, 9.1.2000). Parcela é o mesmo que pequena parte. Do francês parcelle; do latim popular particella, de pars, partis, parte, e cella, pequeno compartimento. Se é parte, não poderia ser única. Desse modo, são questionáveis termos como: "Parcela muito pequena da população tem alergia alimentar". "As políticas públicas de distribuição de medicamentos existentes atualmente atingem apenas uma pequena parcela de pacientes." "Uma pequena parcela da população não tem preferência por nenhuma das mãos." Ou: "O seguro será pago em parcela única." "Requerimento do subsídio de parcela única devido ao parto e cuidados infantis." "O pagamento da operação será feito em parcela única."

Patologia rara – patologia grave. Nos dicionários, em geral, patologia não é sinônimo de doença. Patologia significa o estudo das enfermidades. É o ramo da medicina que se ocupa das alterações sofridas pelo organismo em decorrência de doenças. Do grego pathós, sofrimento, e lógos, tratado, discurso. Incluir patologia entre os sinônimos de doença é uso criticado no meio médico. É impropriedade desnecessária, porque há dezenas de nomes equivalentes mais adequados em nossa língua, como: acometimento, afecção, agravo, anomalia, anormalidade, caso, condição, defeito, defeito congênito, deformidade, desarranjo, doença, desordem, desordem congênita,

defeito, defeito congênito, disfunção, distúrbio, endemia, enfermidade, entidade clínica ou cirúrgica, epidemia, estado mórbido, indisposição, lesão, mal, moléstia, malformação, má-formação, morbidade, morbo, perturbação, processo, sofrimento, transtorno, caso cirúrgico, caso clínico. Ou termos específicos: associação, combinação, seqüência, enteropatia, osteopatia, pneumopatia, dermatose, toxicose, nefrose, artrose, micose, hepatite, cardite, encefalite, síndrome, díade, tríade, além dos nomes da própria doença. Em lugar de patologia do fígado, pode-se dizer, por exemplo, hepatopatia, distúrbio hepático, doença hepática, afecção hepática.

Perfeito. Tem sentido absoluto. Significa ausência de quaisquer defeitos. Não há perfeição parcial, nem graus de perfeição. É inadequado dizer "hemostasia o mais perfeita possível". Comparável a "paciente bastante grávida", "certeza absoluta", "totalmente lotado".

Pérfuro-cortante. Recomendável: perfurocortante, como está na ortografia oficial (Academia, 2004). Por coerência, perfurocontundente, perfuroinciso (o mesmo que perfurocortante). É descabida a grafia pérfurocortante. A sílaba subtônica per não leva acento. Também são formas recomendáveis: cortocontuso, lacerocontuso, laceroperfurante, todas presentes na literatura médica conforme se vê nas páginas de busca da Internet. É muito comum o uso de cortante em relação à ferida, mas, em rigor, cortante emprega-se para o agente causador (faca, lâmina de bisturi, canivete, arma branca) e inciso para o ferimento ou ferida, resultado da ação do agente cortante. Alguns dizem ferida cortante, porém não é uso adequado. Assim, perfurocortante emprega-se para o agente que tem ação perfurante e cortante ao mesmo tempo (exemplo, o punhal). Perfuroinciso(a) seria o ferimento (ferida) causado por agente perfurocortante. O mesmo aspecto se verifica referente a contundente (agente) e contusa(o), a ferida (ferimento). Assijm, cortocontundente refere-se ao agente e cortocontusa(o) à ferida (ferimento). Perfurocontundente – agente e perfurocontusa – ferida. Desse modo, o emprego de perfurocortante ou perfurocontundente para as feridas não é adequado, pois a ferida não é cortante ou contundente, isto é empregado para o agente causador. Em bom estilo, seria assim: O paciente sofreu um ferimento perfuroinciso, causado por um objeto perfurocortante.

Peri-operatório. Costuma-se usar perioperatório em relação ao período que precede ou sucede imediatamente à operação. O prefixo peri é usado no VOLP (Academia, 2004) sem hífen. Não há perioperatório nesse vocabulário, mas aparecem periósteo, periovular, periorbitário e outros para comparação da grafia. Em pediatria, diz-se muito período perinatal em referência ao tempo imediatamente antes e ou depois do nascimento de uma criança, como se registra no Houaiss (2001). É inadequado usar peri no sentido de durante ou dentro, quanto a um evento que se relata. Peri significa em torno, em volta. Assim, é mais adequado dizer complicações perioperatórias (que ocorrem imediatamente antes ou depois da operação) e complicações peroperatórias (é mais comum dizer intra-operatórias) para referir-se às que ocorrem durante a intervenção. Estabelecer peri e per como termos sinônimos pode criar rejeições, pois não há esse registro nos dicionários em geral.

ÍNDICE DE ASSUNTOS DO VOLUME 14/2012
SUBJECT INDEX TO VOLUME 14/2012

Ácido ascórbico, n.4, 236
Adenocarcinoma, n.2, 101
Anamnese, n.4, 256
Anamnesis, n.4, 256
Apendicite, n.4, 230
Apendicitis, n.4, 230
Aprendizagem, n.2, 116
Ascorbic Acid, n.4, 236
Auto-Imagem, n.2, 94; n.4, 248
Avitaminosis, n.3, 173

Blood Donors, n.1, 22
Breast Neoplasms, n.3, 156
Caregivers, n.2, 94
Cefaléia Histamínica, n.1, 11
Cervical Pain, n.3, 205
Child, n.1, 54, 59, 63
Cicatrização, n.4, 236
Cirurgia geral, n.1, 47
Cistos, n.1, 59
Clinical Evolution, n.1, 63
Cluster headache, n.1, 11
Colorectal Neoplasms, n.4, 248
Complicações Pós-operatórias, n.1, 47; n.2, 125
Cordão espermático, n.2, 121
Criança, n.1, 54, 59, 63
Cuidadores, n.2, 94
Cysts, n.1, 59

Deficiência de Vitaminas, n.3, 173
Depressão, n.1, 11; n.2, 94; n.3, 156; n.4, 248
Depression, n.1, 11; n.2, 94; n.3, 156; n.4, 248
Dermatofibrossarcoma, n.2, 132
Diabetes Mellitus, n.2, 94, n.2, 108; n.4, 236
Divertículo Ileal, n.3, 200
Doadores de Sangue, n.1, 22
Doenças da Bexiga Urinária, n.3, 186
Doenças Renais Císticas, n.1, 59
Dor Facial, n.3, 205

Educação Médica, n.2, 87, 88, 92; n.4, 227
Education, Medical, n.2, 87, 88, 92; n.4, 227
Enurese, n.1, 54
Enuresis, n.1, 54
Escolas Médicas, n.1, 9; n.3, 151
Espiritualidade, n.2, 94; n.3, 156; n.4, 248
Estado Nutricional, n.3, 181
Esterilização Tubária, n.4, 229
Evolução Clínica, n.1, 63
Exenteração Pélvica, n.2, 125

Facial Pain, n.3, 205
Fibromialgia, n.1, 11
Fibromyalgia, n.1, 11

Gastrointestinal Hemorrhage, n.3, 200
Gastrointestinal Neoplasms, n.4, 260
Gastrointestinal Stromal Tumors, n.4, 260
Gender, n.1, 11
General surgery, n.1, 47
Gênero, n.1, 11
Gestational Age, n.3, 181
Gravidez, n.3, 165

Hematúria, n.3, 186
Hemorragia Gastrointestinal, n.3, 200
Hemotherapy Service, n.1, 22
Hepatite B Crônica, n.1, 22
Hepatitis B, Chronic, n.1, 22

Idade gestacional, n.3, 181
Imipramina, n.1, 54
Imipramine, n.1, 54
Incontinência urinária, n.1, 54
Infant, Newborn, n.3, 181
Insulin, n.2, 108
Insulina, n.2, 108
Internato e Residência, n.1, 7; n.2, 90, 116
Internship and Residency, n.1, 7; n.2, 90, 116

Keloide, n.2, 132
Kidney Diseases, Cystic, n.1, 59
Labor Market, n.3, 193
Learning, n.2, 116
Leiomiossarcoma, n.1, 30
Leiomyosarcoma, n.1, 30
Liposarcoma, n.2, 121
Lipossarcoma, n.2, 121

Meckel diverticulum, n.3, 200
Médical Schols, n.1, 9; n.3, 51
Mercado de trabalho, n.3, 193
Methodology, n.2, 116
Metodologia, n.2, 116

Nefrolitíase, n.3, 186
Neoplasias Colorretais, n.4, 248
Neoplasias Cutâneas, n.2, 132
Neoplasias da Mama, n.3, 156
Neoplasias do Colo do Útero, n.2, 125
Neoplasias Gástricas, n.2, 101
Neoplasias Gastrointestinais, n.4, 260
Neoplasias Vulvares, n.2, 125
Neoplasias, n.2, 121
Neoplasms, n.2, 121
Nephrolithiasis, n.3, 186
Nephrotic Syndrome, n.3, 186
Nutritional Status, n.3, 181

Pelvic Exenteration, n.2, 125
Período Pré-operatório, n.1, 47
Physician-Patient Relations, n.4, 256
Postoperative Complications, n.1, 47; n.2, 125
Preceptorship, n.2, 116
Pregnancy, n.3, 165
Pre-operative Period, n.1, 47
Prognosis, n.2, 101
Prognóstico, n.2, 101

Qualidade de Vida, n.1, 11; n.2, 94
Quality of Live, n.1, 11; n.2, 94
Quelóide, n.2, 132

Recém-nascido, n.3, 181
Recidiva, n.2, 125
Recurrence, n.2, 125
Refluxo vesico-ureteral, n.1, 54
Relações Médico-Pacientes, n.4, 256
Residência Médica, n.1, 7; n.2, 90
Resultado de Tratamento, n.2, 125

Schools, Medical, n.1, 9; n.3, 151
Self Concept, n.2, 94; n.4, 248
Serviço de Hemoterapia, n.1, 22
Sexualidade, n.3, 156
Sexuality, n.3, 156
Sífilis Congênita, n.3, 165
Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular, n.3, 205
Síndrome Nefrótica, n.3, 186
Sintomas, n.3, 205
Skin Neoplasms, n.2, 132
Spermatic Cord, n.2, 121
Spirituality, n.2, 94; n.3, 156; n.4, 248
Sterilization, Tubal, n.4, 229
Stomach Neoplasms, n.2, 101
SUS, n.2, 92; n.3, 155
Symptoms, n.3, 205
Syphilis, Congenital, n.3, 165

Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome, n.3, 205
Terapêutica, n.2, 108
Therapeutics, n.2, 108
Treatment Outcome, n.2, 125
Tuberculose miliar, n.1, 63
Tuberculosis, Miliary, n.1, 63
Tumores do Estroma Gastrointestinal, n.4, 260
Tutoria, n.2, 116

Ultra-sonografia, n.4, 230
Ultrasonography, n.4, 230
Urinary Bladder Diseases, n.3, 186
Urinary Incontinence, n.1, 54
Uterine Cervical Neoplasms, n.2, 125

Veia cava inferior, n.1, 30
Vena Cava, Inferior, n.1, 30
Vesico-ureteral Reflux, n.1, 54
Vitamin D, n.3, 173
Vitamina D, n.3, 173
Vulvar Neoplasms, n.2, 125
Wound Healing, n.4, 236

ÍNDICE DE AUTORES DO VOLUME 14/2012
AUTHOR INDEX FOR VOLUME 14/2012

Alberti, Luiz Ronaldo, n.1, 63; n.2, 121
Almeida, Ana Andréa n.4, 236
Almeida, Anelysa Macedo de, n.2, 94; n.3, 157
Alves, Elaine, n.1, 66; n.2, 136; n.3, 210; n.4, 265
Alves, Paulo Roberto, n.2, 121
Auricchio, Ricardo, n.3, 205; n.4, 260
Aurichio, Ricardo A. E, n.4, 260

Bacelar, Simônides, n.1, 66; n.2, 136; n.3, 210; n.4, 265
Baer, Cinthya Nate, n.2, 108
Baldissera, Renato Luiz, n.2, 101
Bellote, Mateus Cosentino, n.1, 59
Bertin, Sílvia Karakida, n.3, 181
Bertol, Marina Fabíola Rodoy, n.3, 186
Bioni, Pâmela Ogassawara, n.1, 54
Bizinelli, Fernanda, n.3, 200
Bobato, Camila Travensoli, n.3, 165
Bordignon, Jociel Romano, n.4, 260
Borges, Márcia Mantovani, n.4, 230
Borges, Ricardo Salgueiro, n.4, 230
Brum, Edisom de Paula, n.2, 108

Câmara, João Pedro Pontes, n.3, 181
Campos, Eurico Cleto Ribeiro de, n.2, 101
Campos, Lucca Felipe Lins Cajazeira De Macedo, n.4, 256
Carvalho, Maria Fernanda Uady, n.2, 108; n.3, 165
Casteleins, William A, n.3, 205
Castro, Adham do Amaral e, n.1, 11
Cavalli, Rafael Cavalheiro, n.1, 59
Cecílio, William A. C, n.4, 260
Ceribelli, Eliezer Junior, n.4, 230
Ciupak, Lara Franken, n.3, 181
Colombari, Milena Lacerda, n.2, 132
Cristovam, Marcos Antônio da Silva, n.3, 181

D'Acampora, Armando Jose, n.2, 92; n.3, 153
Dallagnol , Juliana Corrêa, n.2, 125
Dias, Diogo F, n.3, 205
Driessen, Ana, n.3, 205

Falcão, Diogo Parente, n.1, 47
Follador, Lorete, n.2, 108
Franciscato, Deisi Vanessa, n.3, 181

Gabardo, Luiza Cribari, n.2, 108
Galletto, Vinicius Canezin, n.1, 54
Galvão, Carmem Cecília, n.1, 66; n.2, 136; n.3, 210; n.4, 265
Geara, Luiz Felipe De Mio, n.4, 256
Guedes, Alexandre, n.2, 101
Guerra, Mariana Escani, n.1, 47
Guerreiro, João Antônio, n.2, 125

Hatschbach, Sergio Bruno Bonatto, n.2, 125
Hendges, Jarbas Joel, n.1, 22
Henriques, Gilberto Simeone, n.4, 236
Ioshii, Sérgio Ossamu, n.3, 200

Kamei, Douglas Jun, n.2, 101
Kitanishi, Ligia Keiko , n.1, 11
Konrad, Fernando Alves, n.3, 181

Lacerda, Angela, n.3, 193
Lobo, Júlio César Souza, n.3, 200

Mafra, Rogério Saint-Clair Pimentel, n.2, 121
Manfrinato, Lucimara Moreira Cardoso, n.4, 229
Marcos Neto, João, n.2, 121
Marques, Fabrício Machado, n.3, 200
Massigna, Angeline G, n.3, 193
Mattana, Jeferson Luis, n.2, 125
Melchioretto, Eduardo Felippe, n.1, 59
Mello, Giselle Lustosa de,n.3, 181
Moleta, Fernanda Bora, n.1, 59
Monteiro, Márcia Regina Pereira, n.4, 256
Motter, Alan, n.3, 205
Motter, Alan C. H, n.4, 260
Moura, Fernanda Piloto de, n.1, 63

Nascimento, André Ribeiro, n.2, 132
Nassif, Antonio Celso Nunes, n.1, 9; n.2, 88
Nassif , Priscila Wolf, n.2, 132
Neves, Bruno Vinicius Duarte, n.1, 59
Novillo, Edgar Alarcon, n.1, 63
Novo, Neil Ferreira, n.2, 94
Nunes, Fernanda Aguiar, n.2, 94; n.3, 157

Obregón, Ingrid Sheila Zavaleta, n.3, 181
Oliveira, Maria Carolina Mendes de, n.4, 248
Oliveira, Rafaela Saint-Clair Pimentel Mafra de, n.2, 121
Oliveira, Tulio Coelho de, n.4, 248

Paggi , Bernardho Anthonio Lopes, n.2, 130
Pavesi, Juliana, n.3, 181
Pedrado, Karla Rocha, n.3, 200
Pereira, Caroline de Souza, n.1, 47
Pereira, Simone Cardoso Lisboa, n.4, 236
Peres, Luís Alberto Batista, n.1, 54; n.3, 186
Pinheiro, Enzo Barbosa Aires, n.2, 101
Plewka, Ana Cláudia Lopes, n.3, 181
Polonio, Benur, n.3, 200
Prudek, Márcia Regina Zanello, n.3, 165

Reda, Somaia, n.3, 165
Rezek, Gabrielle Sormanti Schnaider, n.2, 94
Ribeiro, Reitan, n.2, 125
Rocha, Tiago José da, n.1, 30
Rolla, Marta, n.1, 63
Ronchi, Fernanda Carneiro, n.2, 125; n.3, 173
Ronchi, Maria da Graça Carneiro, n.3, 173

Sá, Daniela Carvalho de, n.1, 63
Sampaio, Pedro Augusto Chéquer Freire, n.3, 171
Santos, Fábio Marchini Raimundo dos, n.2, 101
Sartorelli, Márcio Sella, n.4, 230
Schnaider, Taylor Brandão, n.4, 94; n.3, 157; n.4, 248
Seki, Henrique, n.3, 181
Sigwalt, Marcos Fabiano, n.1, 47
Simões, João Carlos, n.1, 7, 30; n.2, 87, 101; n.3, 151, 193, 205; n.4, 256, 260
Skare, Thelma Larocca, n.1, 11; n. 2, 116;
Skinovsky, James, n.1, 47
Sleiman, Mohamad, n.1, 54
Soltoski, Paulo Roberto, n.1, 30
Sonagli, Marina, n.3, 173
Stival, Belisa Cristina, n.2, 132
Sugiuimatsu, Ligia Cecilia Fuverki, n.4, 256

Tabisz, Laiza, n.3, 165
Tabushi, Fernando Issamu, n.3, 200
Takimura, Marcos, n.3, 165
Tallini, Carolina n.4, 260
Tambara Filho, Renato, n.1, 59
Taninaka, Eric Hiromoto, n.1, 30
Tarchi, Karoline n.4, 236
Tavares, Paulo, n.1, 66; n.2, 136; n.3, 210; n.4, 265

Utzumi, Gabriel, n.1, 22

Vanoli, Antonella, n.3, 193

Wolaniuk, Emerson, n.3, 155

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

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

REDE DE ASSISTÊNCIA A SAUDE METROPOLITANA
Rua Dom Pedro I, 65 – Jardim Independencia
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, Bigorrilho
80435-050 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3320-4900 – Fax: (41) 3320-9439
e-mail: heidelberg@onda.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Ratzke

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

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL DO PARANÁ
Avenida Vicente Machado, 1310 – Batel
80420-011 – Curitiba – PR
Fone: (41) 3016-6622/3017-5258 – Fax(41) 3017-5261
E-mail: coremehcv@cruzvermelhapr.com.br
Coordenador da COREME: Dr. James Skinovsky
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Mauricio Palu Gelatti

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

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

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI
Rua Pedro Collere, 890, Vila Isabel
80320-320 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3013-9267 – Fax: (41) 3244-7093
E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Sérgio Gustavo
Representante dos Residentes: Drª Fabiane Fernandes Schmitt

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA
Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga
86015-900 – Londrina – PR
Telefone: (43) 3378-1326 – Fax: (43) 3324-7772
Email: diretoriamedica@aebel.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Adilson Herrera
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Abel Esteves Soares

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU
Avenida São José, 300, Cristo Rei
80350-350 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3271-3009/3271-2991 – Fax: (41) 3262-1012
E-mail: academica.huc@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Adriano Keijiro Maeda
Representante dos Médicos Residente: Dr. Fernando Ferraz Faria

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA
Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrilho - 80730-400 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3240-5486 – Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuec@hotmail.com
Coordenador da COREME: Dr. Flamarion dos Santos Batista
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Paulo Eduardo Dietrich Jaworski

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

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

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

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

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

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

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

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
Rua Mendes Leitão, 2806, Centro
83005-150 - São José dos Pinhais – PR
Telefone (41) 3381-5850
E-mail: adolpho@lucem.org
Coordenador da COREME: Dr. Adolpho Oscar G. Barreiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ/DPTO. DE MEDICINA
Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá - 87080-000 Maringá – PR
Telefones: (44) 3011-9119/3011-9096 – Fax (44) 3011-9423
e-mail: sec-dmd@uem.br / ereis2@uem.br
Coordenador da COREME: Dr. Hilton José Pereira Cardim
Representante dos Médicos Residentes: Dra. Ellen Andressa Sotti Barbosa

(*) Dados atualizados até o primeiro semestre de 2012. As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para cermepar@crmpr.org.br

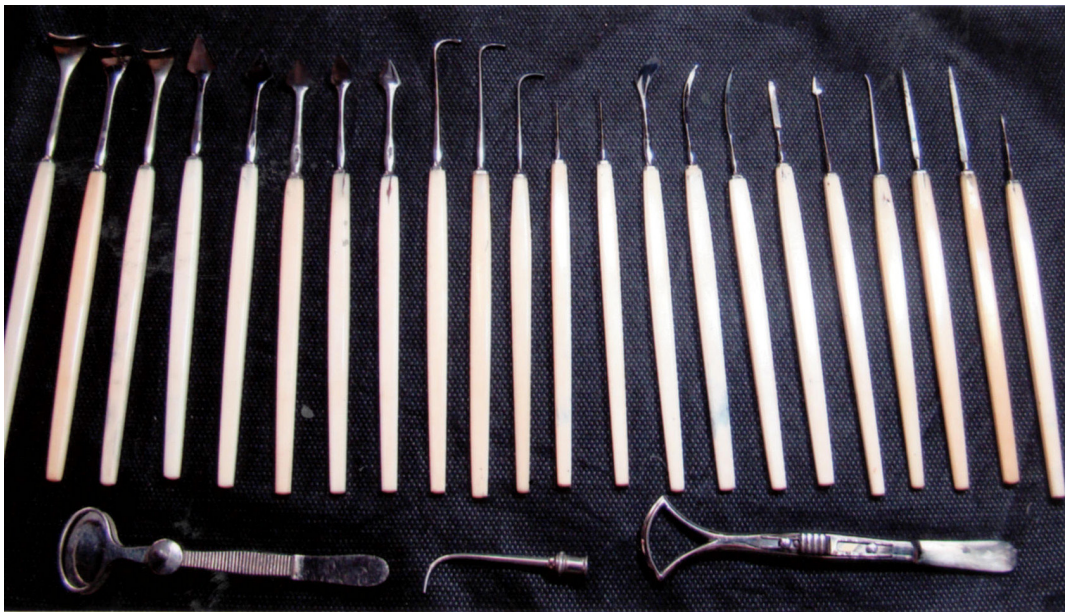
Ehrenfried Othmar Wittig*

MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

Instrumental Cirúrgico Oftalmológico
Ophthalmic surgical instruments

Wittig EO. Instrumental Cirúrgico Oftalmológico. Rev Med. Res., Curitiba, v.15, n.1, p.72-74, jan./mar. 2013.



MATERIAL: INSTRUMENTAL CIRÚRGICO OFTALMOLÓGICO
Período de aquisição: década de 30
Doação: Família Jorge Meyer Filho

DESCRITORES: instrumental, cirúrgico, oftalmologia, Jorge Hermano Meyer, Georg Hermann Meyer, Jorge Meyer Filho, Viggo Jorge Meyer, Casa de Saúde São Francisco, cabo de marfim.

KEYWORDS: instrumental, surgical, ophthalmology, Jorge Hermano Meyer, Georg Hermann Meyer, Jorge Meyer Filho, Viggo Jorge Meyer, home health San Francisco, Ivory handle.

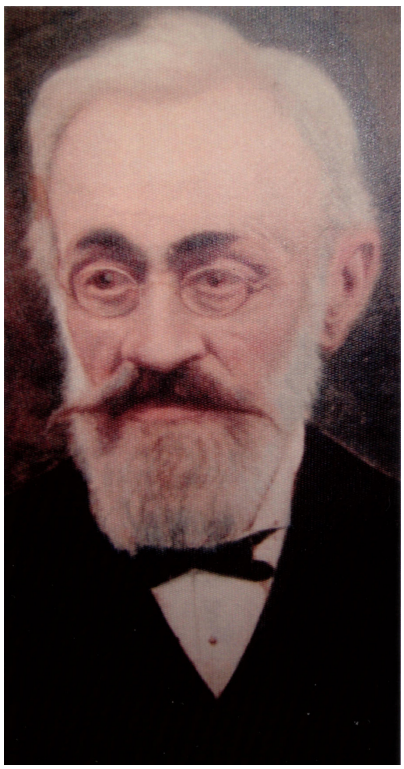
** Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná.*
Prof. Adjunto (apos.) de Neurologia do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Esta preciosa coleção de material cirúrgico oftalmológico pertenceu ao Dr. Jorge Hermano Meyer Filho. A fabricação remonta à década de 1910, aproximadamente. Do acervo fomos resgatar um pouco da história da família Meyer, que tem estreita relação com atividades médicas e também políticas do Paraná.

A saga da família começou com Georg Hermann Meyer (com nome aportuguesado para Jorge Hermano Meyer), nascido em 1832 na cidade alemã de Osnabrück. Imigrou para o Brasil aos cinco anos de idade, após embarcar com parentes no Porto de Havre, França. Era um dos 15 filhos de Philipp Ludwig Franz Joseph Meyer, que ficou no país de origem. Estabelecido em Santa Catarina, tornou-se grande industrial e fazendeiro. Faleceu em Florianópolis, em 1899, aos 67 anos.

Um dos filhos, que levou seu nome e se tornou médico, nasceu em 1862 em São José (SC) e se casou em Curitiba, em 1885. Em janeiro de 1894, como tenente-cirurgião, participou ao lado do Dr. Brazílio Luz de atenção aos feridos na Revolução Federalista (iniciada um ano antes). Os médicos militares sobreviveram a um ataque que atingiu o hospital de campanha da Cruz Vermelha, montado na região de Tijucas do Sul. Dois dos enfermeiros que os ajudavam foram feridos, um deles mortalmente.

Teve ainda destacada atuação política e foi eleito vereador em Curitiba, tendo assumido interinamente a prefeitura da cidade (foi o terceiro na história da emancipação), em 1896, como presidente da Câmara, sucedendo a Cyro Velloso, que renunciou. Chegou a disputar a eleição para chefe do executivo com Cícero Gonçalves Marques, que o derrotou. Apesar do curto mandato, aprovou a liberação de verbas para compra de equipamentos e a formação do Corpo de Bombeiros de Curitiba. Na época, com



Georg Hermann Meyer

bondes e carroças predominando no transporte, tracionados por animais, exibiu consciência ambiental e de proteção aos animais ao adotar leis que restringiam a "perturbação da ordem pública" com proibição de gritos e açoites com chicotes. Morreu em abril de 1925, aos 63 anos, de ataque cardíaco, atendendo em seu consultório durante um intervalo de consultas.

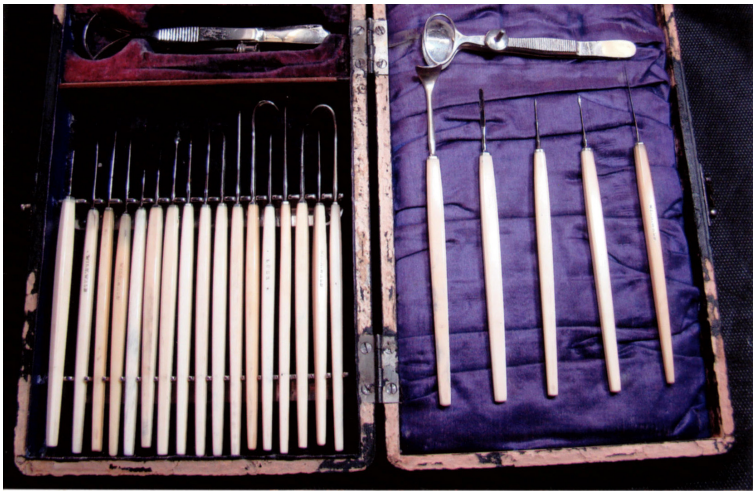
Um dos filhos do ex-prefeito também herdou o nome e seguiu seus passos na Medicina. Jorge Meyer Filho, nascido no final do século XIX (05/05/1889), iniciou os estudos em Munique, em meio a Primeira Grande Guerra, e aperfeiçoou a formação em Göttingen e Heidelberg, após servir em hospitais militares. De volta ao Brasil, em Curitiba, no ano de 1927 adquiriu a Casa de Saúde São Francisco, localizada na então conhecida "Rua dos Alemães" (hoje Rua São Francisco) e que se constituía no hospital particular mais antigo do Paraná. Fora fundado em 1908 pelo Dr. Foseph Ferencz, que

faleceu em 1924 e foi sucedido na direção pelo Prof. Miroslau Szeligowski.

O Dr. Jorge Meyer Filho atuou como médico voluntário em meio a Segunda Guerra, no "Hospital Alemão" montado como possível suporte pela comunidade curitibana no salão do Clube Concórdia. Faleceu em 1953. Quem assumiu no início dos anos 60 a direção da Casa de Saúde, que se destacava na área cirúrgica, foi um dos filhos do Dr. Jorge, o também médico radiologista Viggo Jorge Meyer, que viria a ter participação ativa na constituição das instituições representativas dos hospitais, como o sindicato e a associação de classe. E a seguir coube ao seu genro Nivaldo Almeida Júnior, também médico, que possuía um dos primeiros serviços de radioterapia do Estado em funcionamento na Casa de Saúde.

A partir do mês de outubro de 1975, a instituição passou a ser administrada pelo Dr. Octaviano Baptistini Junior, médico anestesiologista, e sua esposa, a enfermeira Mara Almeida Baptistini, filha de Nivaldo Almeida Júnior e neta de Jorge Meyer Filho. Em dezembro de 1999, esta grande e meritória instituição encerrou as atividades, prevendo à crise que até hoje alcança os serviços médicos-hospitalares.

O belo instrumental aqui mostrado em foto foi preservado pelos membros do hospital e, juntamente com outras peças históricas, foi doado ao Museu da História da Medicina. Na reconstituição desta história, fragmentos podem apresentar possíveis incorreções. Assim, informações complementares ou esclarecedoras seriam bem-vindas.



INSTRUMENTAIS DE CIRURGIA OFTALMOLÓGICA FABRICADOS NO INÍCIO DO SÉCULO PASSADO
Período de aquisição: década de 30
Doação: Família Jorge Meyer Filho

Agradecimentos ao Dr. Octaviano e enfermeira Mara pelo auxílio nos dados biográficos da família Meyer.

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

CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

24º CONCURSO DE MONOGRAFIAS

sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica

TEMA 2013

Privatização na Saúde Pública

Qual o futuro dos princípios da equidade, universalidade e integralidade do SUS?

Inscrições até 12 de agosto de 2013

IMPORTANTE

As monografias participantes devem ser inéditas, podendo ter mais de um autor. O conteúdo deve seguir as normas da ABNT e conter entre 35 mil e 55 mil caracteres com espaços, sendo que pode apresentar, a título de exemplo, material ilustrativo.

QUEM PODE PARTICIPAR

O Concurso de Monografias do CRM-PR é aberto a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de formação ou profissão. As normas para identificação do autor estão contidas no regulamento.

INSCRIÇÕES

O prazo final para entrega dos trabalhos é às 18h do dia 12 de agosto de 2013, tendo validade o material protocolado na sede ou Delegacia Regional do CRM-PR ou postado via Correios até esta data e horário.

DIREITOS AUTORAIS

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

DIVULGAÇÃO DO RESULTADO

A decisão da Comissão Julgadora será apresentada no final de setembro, sendo que a premiação ocorrerá durante os festejos do Dia do Médico, em outubro.

PREMIAÇÃO

A monografia classificada em primeiro lugar receberá o prêmio de **R$ 7.500,00***, cabendo ao segundo lugar, se escolhido, premiação no valor de **R$ 3.000,00***, além de certificado pela contribuição à atividade médica. Poderá, ainda, ser concedida "Menção Honrosa" a outros trabalhos, conforme decisão da Comissão Julgadora**.

* O CRM-PR informa que incidirá descontos de impostos previstos em Lei (IRRF e INSS) sobre os valores pagos aos premiados.

** A Comissão Julgadora poderá, a seu exclusivo critério, deliberar pela não premiação de qualquer das monografias apresentadas se considerar que não atendem aos méritos desejados ou, ainda, atribuir "Menção Honrosa" a outras monografias que julgar merecedoras. Das decisões da Comissão Julgadora não caberão recursos.

Confira o regulamento do Concurso (Resolução CRM-PR 186/2012) no site do CRM-PR.

ISSN 2237-7131

CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

www.crmpr.org.br