

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:

Ariane Sayuri Tamura

arianetamura@hotmail.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.2 (abr./jun. 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

- 83 **A Indexação da Revista do Médico Residente**
The Indexing of the Revista do Médico Residente
João Carlos Simões
- 85 **Pretexto de suprir médicos visa ocultar descaso da saúde**
Pretext of supplying medical neglect designed to cover health
Mauricio Marcondes Ribas
- 87 **A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”**
Health, the SUS and the more Doctors
Gastão Wagner de Sousa Campos
- 90 **No Brasil faltam Médicos?**
Is there a lack of doctors in Brazil?
Editorial publicado no jornal Folha de S. Paulo (27/02/2013)
- 91 **O médico não é uma ilha**
Doctor is not a island
Rogério W. de Aguiar

Artigo Original - Original Article

- 93 **Perfil psicológico do estudante de Medicina**
Medicine's Graduate Psychological profile
Bruna Ayumi Harada, Carlos Fernando Faxina, Carolina de Marchi Capeletto, João Carlos Simões.

Artigo de Revisão - Review Article

- 102 **Atestado médico para uso de piscinas coletivas**
Medical certificate for collective pool
Kátia Sheylla Malta Purim, Neiva Leite
- 115 **Dreno na cavidade abdominal: uso ou não uso?**
Drains in abdominal cavity: Use it or not?
Armando José d'Acampora, Jorge Bins Ely, Ricardo Fantazzini Russi, Saint Clair Vieira de Oliveira, Sandro Melim Sgrott

Artigo Especial - Special Article

- 120 **O Professor Dr. Daniel Egg**
Professor Dainel Egg MD
João Carlos Simões

Relato de Caso - Case Report

- 125 **Paraganglioma Retroperitoneal – Relato de Caso**
Retroperitoneal paraganglioma – Case report
Ana Paula Nudelmann Gubert, Fábio Maurizio Nery, Fabio Roberto Fin, Marciano Anghinoni, Rayssa Helena Rosa de Sena
- 132 **Dermatomiosite eritrodérmica: Relato do primeiro caso brasileiro**
Erythrodermic dermatomyositis: The first case reported in Brazil
Letícia Dalla Costa Kusano, Andre Luis David, Carlos Augusto Sperandio Junior, Mauricio Shigeru Sato, Heitor João Lagos
- 138 **Síndrome de Plummer-Vinson: Relato de caso e revisão da literatura**
Plummer-Vinson Syndrome: Case Report and Literature Review
Anna Carolina Boti de Oliveira, Débora Mattana Vasconcelos Teixeira, Guilherme Figueiró Ferronato
- 143 **Metástase cerebral de osteossarcoma: relato de caso e revisão de literatura.**
Brain Metastase in Osteosarcoma: Case report and literature review.
Alceu Correia, Rodrigo Leite Moraes, Andrei Leite Moraes, Johmi Oswaldo Zamponi Junior

Expressões médicas - Medical expression

- 148 **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

- 154 **Prof. Dr. Mario Braga de Abreu, um médico adiante do seu tempo**
Prof. Dr. Mario Braga de Abreu, a doctor ahead of his time
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
Site:
<http://www.crmpr.org.br/Publicacoes+1+43.shtml>

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

Autorizada a republicação de artigos com a citação da fonte.

REVISÃO LÍNGUA INGLESA

Cristiane Medeiros Vianna

NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

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

CONSULTORES INTERNACIONAIS

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

JORNALISTA RESPONSÁVEL

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

JORNALISTAS ASSISTENTES

Amália Dornellas
Bruna Bertoli Diegoli

DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

FUNDADOR E EDITOR CIENTÍFICO

João Carlos Simões (FEPAR) - Curitiba (PR)

EDITORES ASSOCIADOS

Alcino Lázaro da Silva (UFMG) - Belo Horizonte (MG)
Carlos Vital Tavares Correa Lima (CFM) - Recife (PE)
Vinicius G. Gava (FURG) - Porto Alegre (RS)
Fernando Carbonieri (Academia Médica) - Curitiba (PR)

CONSELHO EDITORIAL

Ademar Lopes (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)
Allan Cezar Faria Araújo (UNIOESTE) - Cascavel (PR)
André Lopes Carvalho (USP) - Barretos (SP)
Andy Petroainu (UFMG) - Belo Horizonte (MG)
Antonio Carlos Lopes (UNIFESP) - São Paulo (SP)
Antonio Nocchi Kalil (Santa Casa) - Porto Alegre (RS)
Armando d’Acampora (UFSC) - Florianópolis (SC)
Carlos Edmundo Rodrigues Fontes (UEM) - Maringá (PR)
Carlos Teixeira Brandt (UFPE) - Recife (PE)
Ivan Tramuja da Costa e Silva (UFAM) - Manaus (AM)
Ivo Pitanguy (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ)
José Eduardo de Siqueira (UEL) - Londrina (PR)
Luiz Alberto Sobral Vieira Jr (HUCAMoraes – UFES) - Vitória (ES)
Fábio Biscegli Jatene (USP) - São Paulo (SP)
Marcos Desidério Ricci (USP) - São Paulo (SP)
Marcus Vinicius Henriques Brito (UEPA) - Belém (PA)
Maria do Patrocínio Tenório Nunes(USP) - São Paulo (SP)
Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho (UFPR) - Curitiba (PR)
Nicolau Kruehl (UFSC) - Florianópolis (SC)
Orlando Martins Torres (UFMA) - São Luis (MA)
Reginaldo Ceneviva (USP) - Ribeirão Preto (SP)
Ricardo Amaral Filho (UFAM) - Manaus (AM)
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)
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 (UFPI) - Teresina (PI)
José Eduardo Aguiar do Nascimento (UFMT) - Cuiabá (MT)
José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian UFMS) - C. Grande (MS)
Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno-Infantil) - Goiânia (GO)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE) - Cascavel (PR)
Luiz Carlos Von Bahten (PUCPR) - Curitiba (PR)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)
Manoel R. M. Trindade (UFRGS) - Porto Alegre (RS)
Marcelo Thiele (UNICAMP) - Campinas (SP)
Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL) - Maceió (AL)
Milton de Arruda Martins (USP) - São Paulo (SP)
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 (UFSE) - Aracaju (SE)
Simões Baccelar (UNB) - Brasília (DF)
Taylor Brandão Schnaider (UNIVAS) - Pouso Alegre (MG)
Thelma Larocca Skare (FEPAR) - Curitiba (PR)

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

AUTHORS INSTRUCTIONS

ISSN 2237-7131

MISSÃO

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

A revista passou em 2011 para o formato exclusivo digital/eletônico. Os sistemas digitais utilizados são: um em formato flip, por meio do qual é possível folhear cada revista na tela do computador, imprimir e salvar os arquivos; e o segundo tem como base o software SEER (Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas), que dá o caráter científico às publicações eletrônicas.

Os formatos e as edições anteriores podem ser acessadas em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/revista-medico-residente/>

MANUSCRITOS

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

MODELO DE CARTA DE AUTORIZAÇÃO

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

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

Incluir também:

1. Declaração de responsabilidade de autoria pelo conteúdo e 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 Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Periodicals", 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, validade dos métodos, dos resultados e procedem a aprovação ou não. A critério do Editor Científico, o artigo poderá ser submetido a revisores externos. Artigos rejeitados serão devolvidos aos autores anexados com as sugestões dos revisores.

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

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

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

TIPOS DE ARTIGOS

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

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

até seis. Com mais de seis autores, cita-se depois dos seis nomes a expressão et al.

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

Relato de caso: descrição de casos clínicos peculiares, geralmente 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

Citações: As citações bibliográficas no texto devem ser numeradas em algarismos arábicos sobrepostos e entre parênteses, na ordem do texto. Exemplo: Em 1956, o endocrinologista Seyle⁽³⁾...

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>.

A Indexação da Revista do Médico Residente

The Indexing of the Revista do Médico Residente

João Carlos Simões*

"Há maior alegria quando se conclui alguma coisa do que quando se começa. Todo começo é repleto de inquietude que cessa apenas quando se consegue o fim apetecido e esperado que leva a começá-lo. O coração não canta vitória pelo que começa, mas pelo que termina."

SANTO AGOSTINHO

A *Revista do Médico Residente*, órgão oficial de publicação científica do Conselho Regional de Medicina do Paraná, que está em seu 15.^o ano de circulação recebeu um parecer favorável, mas com restrições para indexação na base de dados LILACS, biblioteca virtual em saúde que se constitui no mais importante e abrangente índice de literatura científica da América do Sul e Caribe. Este objetivo vem sendo buscado desde os primeiros fascículos da revista, hoje integrada os meios de comunicação oficiais do CRM-PR. A LILACS abrange hoje 860 periódicos em 27 países.

Dos periódicos analisados na XIII Reunião

do Comitê de Avaliação e Seleção de Periódicos LILACS Brasil, realizada na BIREME/OPAS/OMS, em São Paulo, somente três foram aprovados sob implementação das recomendações de normalização, estando a *Revista do Médico Residente* entre elas.

Um dos desafios agora é ampliar o volume de contribuições de artigos – principalmente original e de revisão. Há necessidade de aumentar a abrangência dos autores dos artigos fora do estado do Paraná. Incluindo, assim, autores de outras regiões do país, como Norte e Nordeste.

A nova visibilidade a ser dada à revista e aos

*Fundador e Editor Científico da *Revista do Médico Residente*.

autores, com a indexação, tende a ser fator de estímulo para ampliar a colaboração de artigos, como avalia o editor, que destaca a necessidade de se alcançar percentual de 50% de artigos originais para enriquecer o conteúdo de cada edição.

Sendo assim, além de questões técnicas de aprimoramento que são facilmente corrigíveis pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná, é mister se atender outras recomendações, para as quais peço a inestimável e necessária ajuda, além do necessário empenho, dedicação, esforço, fidelidade e boa vontade de todos os qualificados e competentes membros Associados, Editoriais e de Revisores da Revista do Médico Residente, além dos colegas colaboradores, em relação aos seguintes tópicos:

1) Precisamos melhorar e aumentar a distribuição geográfica do nosso corpo editorial, reforçando a representatividade do Nordeste, Norte e Centro-Oeste do País e de preferência com pessoas ligadas a produção científica dentro da residência médica;

2) Precisamos implementar que a Revista do Médico Residente seja um veículo científico que acolha a produção dos médicos residentes e preceptores de todo os programas

de residência do Brasil, fruto da exigência de monografias, TCC e artigos de conclusão requeridas por muitos programas de RM, podendo, assim, criar incentivos à comunidade da produção científica entre os preceptores e médicos residentes para que acolham a Revista do Médico Residente como um órgão científico preferencial;

3) A Revista do Médico Residente necessita, urgentemente, da colaboração de todos para o envio de mais artigos, principalmente originais e de revisão. Mas toda a contribuição será sempre bem vinda como editoriais, artigos especiais, de debate e reflexão para a residência médica e até relato de casos;

4) Conclamamos a todos os colegas que vivem e respeitam a Residência Médica, os membros dos conselhos editoriais e de revisores da RMR para incentivar os seus respectivos Serviços de Residência Médica, colaboradores, amigos e colegas para que possamos fazer um esforço concentrado para vencer esse repto.

Tenho absoluta convicção que poderemos, com a ajuda de todos, construir mais um veículo acadêmico, científico e institucional que muito contribuirá para a formação e valorização da Residência Médica do Brasil.

Pretexto de suprir médicos visa ocultar descaso da saúde

Pretext of supplying medical neglect designed to cover health

*Mauricio Marcondes Ribas**

Temos de expressar nosso espanto e também repúdio às decisões autoritárias implementadas pelo governo federal na área de saúde, por estarem desprovidas de coerência e se sustentarem em discurso demagógico e eleitoral. O descaso à saúde permanece intocado na medida em que a União não aplica sua obrigação constitucional de 10% das receitas e ignora as propostas para, de fato, assegurar um atendimento digno à população. Os recursos, que este ano representariam pelo menos R\$ 30 bilhões a mais no orçamento, são vitais para a estruturação da rede de serviços e para que sejam ofertadas as condições de trabalho que, sob respaldo de uma carreira de Estado, irão atrair os médicos às regiões de vazios assistenciais.

O programa “Mais Médicos”, lançado em meio a outros tantos equívocos como de multiplicação de vagas sem garantia de qualidade na formação, de elevação do tempo de duração dos cursos de Medicina e do serviço civil obrigatório, é uma afronta aos ordenamentos legislativos e jurídicos brasileiros. Mais uma agressão à Constituição, que se vem tornando habitual nas atitudes deste governo. Enquanto confiam na análise sóbria do Parlamento sobre a MP que criou o programa, as entidades médicas reiteram que não se furtarão em buscar na esfera do Judiciário o devido resguardo das leis vigentes, impedindo medidas arbitrárias como profissionais graduados no exterior atuando sem a revalidação de diploma ou estudantes

**Professor das disciplinas de Saúde da Criança e de Pediatria da Faculdade Evangélica do Paraná e Preceptor da Residência de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC). Vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná.*

trabalhando no SUS antes de concluir a graduação, expondo a população a riscos.

O veto parcial da Presidente Dilma Rousseff à regulamentação das competências médicas, a Lei do Ato Médico, soa como intimidação ou chantagem que a classe médica não vai aceitar, mobilizando as bases políticas para que o Projeto de Lei 268/2002, de volta ao Congresso, possa ser restaurado à forma moldada após 12 anos de tramitação, com intensos debates com todas as profissões de saúde, incluindo 27 audiências públicas. É preciso resguardar as responsabilidades dos atos privativos dos médicos, sob pena de se abrir perigoso caminho para o exercício ilegal da Medicina, que até tornaria desnecessária a preocupação com o número de médicos. Nós, médicos, não aceitaremos que conceitos falsos propaladas à exaustão, que tentam confundir até as demais profissões de saúde, ocultem os verdadeiros desmandos que assolam a saúde.

Não queremos médicos humanistas que possam só dar um pouco de sua atenção ou um abraço em seu paciente. Queremos profissionais capazes de oferecer o melhor de si e sob condições igualitárias, técnicas e éticas adequadas na assistência de cada pessoa. O Brasil tem hoje 400 mil médicos e começa a formar outros 18 mil a cada ano. Os números são mais do que necessários à nossa realidade. Não faltam médicos. Falta governo, faltam políticas de saúde compromissadas com a sociedade. A voz das ruas continua ignorada? Ela pediu mais eficiência nos serviços públicos e também mais responsabilidade no trato do dinheiro público. Na saúde, hoje, de tudo que é gasto, os investimentos públicos representam somente 44%, o

que significa que nós, cidadãos, continuamos pagando a maior parte. O percentual de financiamento é o menor da história recente do Brasil, o que enfraquece o discurso da saúde como “prioridade de governo”.

A classe médica não aceitará assumir o ônus do caos assistencial decretado pela inépcia de nossos governantes, arregimentando todos os meios para que a dignidade do profissional seja respeitada e ele possa cumprir sua missão hipocrática, que se reflete na atenção à saúde da população. Do mesmo modo, aberta ao diálogo como sempre esteve, não se furtará de, se convocada a qualquer tempo, contribuir para debater e edificar propostas responsáveis que associem infraestrutura de serviços e interiorização do médico com formação de qualidade. E, reiteramos, serão bem-vindos os colegas graduados no exterior, desde que comprovada a sua qualificação. Mas é bom saber que se preenchidas todas as vagas que o ministro Padilha quer, não acrescentaremos mais do que 2,5% do contingente de profissionais. Ou o equivalente a mais dois médicos por município, que praticamente em nada alteraria o quadro de dificuldades na assistência aos cidadãos.

Os médicos e estudantes paranaenses são conclamados a repudiar juntos este momento de desrespeito à Medicina, aos profissionais, à saúde e à sociedade. Assembleia Geral Extraordinária será realizada pelas entidades médicas nesta terça-feira, 16 de julho, às 19h em primeira convocação, para deliberar sobre a reação aos atos autoritários do governo federal.

O médicos e futuros médicos exigem respeito!

A Saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”

Health, the SUS and the more Doctors

*Gastão Wagner de Sousa Campos**

O programa “Mais Médicos” apresentado pelo governo federal é uma tentativa de responder ao movimento social dos últimos meses. O projeto tem quatro propostas principais que objetivariam melhorar a qualidade da política pública de saúde e do SUS.

Essa iniciativa levanta temas que merecessem apoio, mas, ao mesmo tempo, traz vários aspectos que não deverão ser apoiados por aqueles interessados no bem-estar dos brasileiros.

Merece nosso apoio o propósito de “contratar” 10.000 médicos para a rede de atenção básica (primária), particularmente, em postos localizados em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária, tanto em municípios pequenos ou médios quanto na periferia dos grandes centros. A extensão da atenção primária à saúde em geral, e da Estratégia de Saúde da Família, para mais de 90% dos brasileiros, nunca foi assumida como meta por nenhum governo federal ou estadual. Vários políticos haviam desistido da Saúde da Família, haviam se encantado com a substituição desse modelo

pela demagogia das Unidades de Pronto Atendimento. Então, louvor ao propósito do governo federal de apoiar os municípios para provimento de médicos.

Entretanto, não merece nosso apoio a forma de “contrato” indicada pelo governo. Em realidade, é um contrato ilegal e as condições de recrutamento parecem inventadas para “espantar” os eventuais candidatos. Primeiro, porque se trata de um “contrato” provisório, três anos, prorrogáveis por mais três. O que significa que os médicos deverão deixar todas suas atividades – plantões, consultórios, etc. – para algo que terminará e o deixará com uma mão à frente e outra atrás. O governo federal dá um péssimo exemplo ao insistir em recrutar pessoal de maneira canhestra, a margem da lei, sem segurança ao profissional. As contratações precárias são um dos principais problemas do SUS hoje. Por que não propor uma carreira para os médicos da atenção básica? Uma carreira do SUS, com cofinanciamento da União, estados e municípios. Fazer concursos por estado da federação. Criar um interstício

* *Professor titular de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp.*

de cinco anos em que o médico estaria obrigado em permanecer no posto. Depois, antes de outro concurso, ele poderia escolher outra localidade ou outro posto. Como ocorre com juízes e promotores, há município sem juiz? A queixa das entidades médicas em relação ao modelo de contratação tem sentido e conduzirá o programa ao fracasso. Além do mais já é hora de criar-se uma política de pessoal decente para o SUS. Temos recursos e proposições factíveis que combinam a cobrança de responsabilidade sanitária, para médicos e outros profissionais, com autonomia profissional.

Merece ainda nosso apoio a preocupação com a formação dos médicos segundo métodos empregados em países com sistemas públicos de saúde, no caso, aumentando estágio na atenção primária ou básica. Merece também nosso elogio a decisão de recrutar uma parte dos médicos da atenção básica segundo normativas compulsórias ou estratégias de indução. Todos os países do mundo têm dificuldade para compor médicos para a atenção primária.

Entretanto, não tem cabimento racional estender-se o curso de medicina para oito anos! O necessário será realizar-se reforma do ensino médico, objetivando formar médicos com formação geral, em clínica e em saúde pública, com estágios práticos em todos os serviços do sistema, inclusive na atenção básica.

Ao invés de acrescentar-se mais dois anos ao já longo curso de graduação seria muito mais simples obrigar que todas as residências, de todas as especialidades, realizassem todo o primeiro ano em unidades básicas de saúde. Nesse caso, durante esse ano, as bolsas de residência seriam aumentadas segundo o piso inicial da carreira dos médicos da atenção básica. Óbvio que com supervisão de professores

no local e à distância, por meio das Universidades responsáveis pelos cursos de residência. Para isto, bastaria que MEC e Ministério da Saúde apenas alterassem as normas da residência médica e teríamos esses dois objetivos atendidos: tanto o de melhorar a formação dos médicos, reforçando o caráter integral e humanista, afinal médico lida com gente e não com máquinas, quanto garantindo que entre sete e dez mil médicos, no primeiro ano de residência, estariam na atenção básica, de preferência nas localidades com alta vulnerabilidade. Vale lembrar que, em torno de 90% das bolsas de residentes, são de origem pública. União e estados da federação.

Merece ainda nosso apoio, a ampliação, em torno de dez mil novas vagas, para residência. Particularmente se forem priorizadas residências para médicos de saúde da família e comunidade (generalistas, especializados em atenção primária) e outros especialistas em falta no SUS: anestesistas, psiquiatras, oncologistas, pediatras, entre outros.

Entretanto, não tem cabimento a proposta de ampliarem-se dez mil vagas para graduação médica. O Brasil tem 1,8 médicos por mil habitantes; o Canadá, 1,7; a Inglaterra, 2,4; com mais dez mil médicos se formando ao ano, em menos de uma década, teríamos um número excessivo de médicos. Elemento danoso conforme demonstram caso dos EUA e de Cuba.

Entretanto, de fato, necessitamos de mais médicos, mais vagas nas Faculdades de Medicina, não entre dez a onze mil; mas algo entre três e quatro mil vagas. Nesse caso, o governo e o SUS deveriam apoiar a ampliação da rede de Faculdades Públicas, não há porque estimular a abertura de escolas privadas.

Resta-nos a intenção governamental de "importar" médicos estrangeiros no caso de

brasileiros não preencherem a cota necessária. Caso se adotasse a proposta de realizar-se o primeiro ano de residência, em todas as especialidades, na atenção primária, seriam de sete a dez médicos a mais na rede básica! Bem, ainda tendo em vista o modelo de contratação já criticado, parece-nos que a inevitabilidade destas contratações é determinada muito mais pela falta de carreira e possibilidade de remanejamento e promoção ao longo dos anos, do que a outros fatores. Por outro lado, o subfinanciamento crônico do SUS e estímulos fiscais à medicina de mercado fizeram com que, para atender aos 25% de brasileiros com seguro privado, tenhamos 54% dos recursos financeiros gastos em saúde. Isto induziu uma distribuição de médicos distorcida, quase 55% da capacidade de atendimento médico é absorvida pelo setor privado.

Falta SUS, portanto.

O Brasil escolheu o "direito universal à saúde" quando elaboramos nossa Constituição. Trata-se de um princípio de natureza ética, moral, que se transformou em lei. Nossa Lei Maior responsabilizou o Estado e a sociedade pela transformação desse valor abstrato em realidade. Indicou ainda um modelo organizacional para dar concretude a essa aspiração: o SUS.

Falta enfrentar o entrave do subfinanciamento, calcula-se que seria necessário dobrar os gastos com o SUS. De 3,6% do PIB chegar-se a mais de 7%. Falta eliminar o incentivo fiscal e os repasses de orçamento público ao setor privado, cálculos indicam que seriam injetados mais de 20 bilhões de reais no SUS ao ano se isto acontecesse.

Falta realizarmos uma radical reforma do

modelo de funcionamento da assistência à saúde em geral e da assistência médica em particular. O SUS é uma adaptação tupiniquim da tradição dos Sistemas Públicos e Universais de Saúde que surgiram na Europa a partir da segunda metade do século XX. Estes países inventaram a atenção primária com base em médicos e enfermeiros generalistas, encarregados do atendimento clínico e preventivo de toda a população e não somente dos pobres. Os hospitais e especialistas funcionam articulados, integrados, em rede com a atenção primária. Os serviços de urgência e de saúde coletiva são complementares.

Falta prosseguir na reforma administrativa e do modelo de gestão do SUS. O SUS está fragmentado, dividido, com políticas e programas diferentes conforme o governo, conforme seja da União, dos estados ou dos municípios. O SUS está dividido entre atenção primária, hospitais, ambulatorios, urgência, saúde mental, etc. O SUS está sendo esvaçado entre serviços públicos, organizações sociais, fundações, entidades filantrópicas, uma Babel em que não há solução gerencial mágica. O SUS sofre com as mesmas mazelas do Estado brasileiro: ineficiência, privatização de interesses, clientelismo, burocratização. Precisamos, urgente, de uma reforma do modelo de gestão que diminua o poder discricionário do poder executivo e que assegure sustentabilidade e continuidade ao SUS.

Falta, vale insistir, uma ampla e generosa política de pessoal: repensar a formação, carreiras com responsabilidade, condições de trabalho adequadas, e educação permanente.

O Brasil precisa do SUS.

No Brasil faltam Médicos?

Is there a lack of doctors in Brazil?

Editorial publicado no jornal Folha de S. Paulo (27/02/2013).

Médicos não nascem prontos, precisam ser treinados. E, como lidam com um dos bens mais preciosos de cada indivíduo, a própria saúde, garantir que sua formação seja adequada torna-se de relevante interesse social.

Uma fase vital no treinamento do médico é a residência. É nesse período em geral, de dois a cinco anos que ele aprende a pôr em prática a formação teórica recebida nos seis anos da graduação. Aí também ele desenvolve a capacidade de reconhecer os casos graves em situações do mundo real e, se for um cirurgião, adquire a confiança necessária para operar.

Lamentavelmente, faltam vagas de residência em todo o país. Em especial nas regiões mais afastadas dos grandes centros.

Dados compilados no estudo “Demografia Médica no Brasil – 2”, encomendado pelo Conselho Federal de Medicina e coordenado por Mário Scheffer, mostram que é alto o número de profissionais que não cursaram residência médica nem obtiveram título de especialista através de prova específica. Nessa categoria de “generalistas” estão mais de 180 mil dos 388 mil médicos que atuam no país, ou 46%.

É preciso, porém, relativizar essa cifra. O número inclui tanto profissionais jovens, que ainda não tiveram tempo de concluir sua

formação, quanto aqueles mais velhos, sobreviventes de tempos em que a especialização não era considerada importante.

Se considerado somente o universo de médicos com idade entre 30 e 60 anos, o índice de generalistas cai para pouco mais de um terço. Verifica-se ainda que nas faixas etárias imediatamente posteriores aos 30 anos cresce a proporção dos titulados, o que aponta tendência de paulatina redução na quantidade de médicos com formação menos completa.

Outro problema grave é o da distribuição desses profissionais com melhor qualificação. Eles chegam a 2,69 por mil habitantes em Brasília (a unidade federativa com mais titulados), mas são apenas 0,26 por mil no Maranhão.

O caminho correto, ao contrário do que cogita o governo, não é abrir escolas e residências médicas a torto e a direito nas áreas mais carentes. Outros dados do levantamento sugerem que o médico só fixa moradia onde encontra uma combinação de salário, condições de trabalho e perspectivas futuras que considere adequada.

A carência de profissionais não será resolvida com decretos e golpes de marketing. É preciso investir em todos os elos da rede de capacitação de profissionais de saúde.

O médico não é uma ilha

Doctor is not a island

Rogério W. de Aguiar*

Já há alguns anos, o governo federal insiste em facilitar o ingresso no país de médicos formados em Cuba, sob o pretexto de que os médicos brasileiros rejeitam trabalhar nos lugares mais distantes do nosso imenso território. Há pouco, o governo anuncia que iria contratar 6 mil médicos cubanos e depois inclui espanhóis e portugueses.

O Cremers e todas as entidades médicas brasileiras são frontalmente contrários a essa iniciativa, que antes de tudo contraria a legislação e, o que é intrigante, ignora um programa do próprio governo, o Revalida, criado para avaliar a capacidade do médico formado no Exterior e não apenas em Cuba que deseja exercer a Medicina no Brasil.

É preciso deixar muito claro que não há falta de médicos no país. O censo que o Conselho Federal de Medicina divulgou recentemente mostra que o Brasil tem, em média, mais do que o dobro do preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Entretanto, há uma enorme irregularidade na distribuição dos médicos, que se concentram nos grandes centros urbanos.

Antes de importar médicos, independentemente da nacionalidade, o governo deveria,

isto sim, criar um programa de interiorização, que começaria pela criação de uma carreira de Estado para os médicos e demais profissionais da saúde.

É conveniente para a União dizer que os médicos brasileiros não querem trabalhar nos lugares mais remotos. É uma forma de isentar-se da responsabilidade que tem pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e pela ausência de uma política de saúde que regionalize o atendimento. Quantos hospitais regionais foram construídos ou equipados no Rio Grande do Sul, para que os pacientes tivessem atendimento próximo de suas residências, sem necessidade de deslocamento para a Capital? Nenhum.

Faltam médicos no SUS como podem confirmar todos aqueles que esperam meses até conseguir atendimento médico e sobra desfaçatez para remunerar os médicos em R\$ 2 por consulta ambulatorial e cerca de R\$ 10 por consulta especializada.

Os prefeitos se queixam de que faltam médicos. Sim, e as razões para isso são muitas, entre elas: empregos sem estabilidade; nenhuma garantia de que irão permanecer ao final do mandato do prefeito; falta de equipamentos,

* Presidente do CREMERS (Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul).

materiais e dificuldades de acesso a exames laboratoriais. Some-se a isso, ainda, a inexistência de um sistema regulador eficiente de leitos.

Nesse contexto, teremos mais um médico perdido num local distante, com um paciente grave na sua frente, pendurado horas num telefone, tentando conseguir transferência do enfermo. Isto acontece diariamente em nosso Estado, não apenas na Amazônia. **O médico não é uma ilha, não trabalha isolado, sem apoio, sem suporte.**

O outro ponto crítico é a intenção de revalidação automática de diploma, passando por cima dos jovens que se submetem ao

vestibular, cursam uma faculdade inteira e fazem residência médica. É uma temeridade e uma irresponsabilidade permitir que pessoas com diploma médico obtido no Exterior exerçam a Medicina sem passar por qualquer processo de avaliação. É um risco à população.

Continuamos com o nosso lema: não se faz saúde sem médicos. Mas médicos que cumpram as leis brasileiras, que sejam devidamente fiscalizados e que tenham comprovada sua qualificação. Médicos que possam encontrar nos locais de trabalho um mínimo de condições para exercer a profissão com dignidade.

Perfil psicológico do estudante de Medicina

Medicine's Graduate Psychological profile

Bruna Ayumi Harada¹
Carlos Fernando Faxina¹
Carolina de Marchi Capeletto¹
João Carlos Simões²

RESUMO

OBJETIVO: A cobrança por um amadurecimento precoce, e a carga de responsabilidade aplicada ao indivíduo que decide entregar sua vida aos estudos do organismo humano, não cabe somente ao profissional, mas também ao estudante. A discussão, então, que tange essa situação, é o preparo psicológico que o estudante deve ter. O objetivo desse estudo foi o de mensurar os níveis de estresse que os alunos de diversos períodos do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná estão submetidos, bem como sintomas associadas à tensão e percepção de alterações psicológicas após o ingresso no âmbito acadêmico.

MÉTODOS: Para a realização da análise psicológica do estudante de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná foram aplicados questionários sistematizado aos acadêmicos do 1º ao 4º ano. Os alunos foram escolhidos aleatoriamente, sendo que 120 (60 mulheres e 60 homens) responderam ao questionário, sendo 36 do primeiro ano, 29 do segundo, 32 do terceiro e 23 do quarto.

RESULTADOS: Nos estudantes do 3º ano não foram encontrados indivíduos autoavaliados sem estresse; 78% das pesquisas apontaram estresse moderado e 22% estresse intenso. Em contrapartida, no 4º ano 9 % dos alunos não tem estresse, 82% estresse moderado e 9% estresse intenso. Destaca-se o fato de não ter ocorrido casos de estresse muito intenso em nenhum ano. Além da avaliação quanto ao ano de curso, os acadêmicos também foram distinguidos por sexo. Observa-se que para o sexo feminino 2% não apresentaram estresse, 70% com estresse moderado e 28%

Trabalho realizado no Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), em Curitiba, Paraná, Brasil.

1. Acadêmicos do primeiro período do curso de Medicina da FEPAR.

2. Professor da disciplina de História e Humanização da Medicina do curso de Medicina da FEPAR.

com estresse intenso. Com relação ao sexo masculino o índice de indivíduos sem estresse foi de 10%, 87% declarados com estresse moderado e 3% com estresse intenso.

CONCLUSÃO: Depreende-se, a partir dos resultados, que, no cômputo geral, o 3º ano concentrou a maior taxa de estresse e o 1º ano apresentou menor ocorrência de sintomas associados à tensão e irritabilidade, caracterizando um quadro tipicamente estressor. Isso pode estar relacionado ao fato de que, no 1º ano, os acadêmicos ainda não dimensionam com a mesma amplitude que os alunos do 3º ano a carga excessivamente austera que compete ao médico. Além disso, alunos do 3º ano estão há mais tempo em ritmo árduo de estudo, o que lhes dá chances maiores de desenvolver sintomas ligados à exaustão, cansaço, decepção e tensão.

DESCRITORES: *Estudantes de Medicina; Esgotamento profissional; Estresse psicológico.*

Harada BA, Faxina CF, Capeletto CM, Simões JC. Perfil psicológico do estudante de Medicina. Rev. Med. Res., v.15, n.2, p. 93-101, abr./jun. 2013.

INTRODUÇÃO

O estresse pode ser definido como um estado antecipado ou real de ameaça ao equilíbrio do organismo e a reação do mesmo, que visa restabelecer o equilíbrio através de um complexo conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais. A manutenção deste estado de equilíbrio, homeostase, é essencial para a vida e é constantemente desafiado por forças internas ou externas.

Hipócrates (460-377 a.C.), o pai da Medicina, discorreu em sua obra "A Lei" a respeito da personalidade esperada em um estudante de Medicina:

"AQUELE QUE DESEJA ADQUIRIR UM BOM CONHECIMENTO DE MEDICINA DEVE TER AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: APTIDÃO NATURAL, CULTURA, DISPOSIÇÃO PARA ESTUDAR, INSTRUÇÃO DESDE CEDO, PERSEVERANÇA, AMOR AO TRABALHO E TEMPO DISPONÍVEL. ANTES DE MAIS NADA, É PRECISO TALENTO NATURAL, POIS QUANDO A NATUREZA SE OPÕE, TUDO É EM VÃO. QUANDO, PORÉM ELA INDICA O CAMINHO E A DIREÇÃO DO QUE É MELHOR, O APRENDIZADO DA ARTE SE FAZ DE MANEIRA PRAZEROSA. O ESTUDANTE DEVE TENTAR, POR SEU LADO, ASSIMILAR ESSE APREN-

DIZADO ATRAVÉS DA REFLEXÃO, TORNANDO-SE LOGO DE INÍCIO UM ALUNO EM UM LOCAL APROPRIADO À INSTRUÇÃO, DE MODO QUE OS CONHECIMENTOS QUE ESTÃO SE ENRAIZANDO PRODUZAM FRUTOS APROPRIADOS E ABUNDANTES."

É perceptível que, apesar da distância cronológica, as observações feitas por Hipócrates são perfeitamente aplicáveis aos tempos modernos. A cobrança por um amadurecimento precoce, e a carga de responsabilidade aplicada ao indivíduo que decide entregar sua vida aos estudos do organismo humano, não cabe somente ao profissional, mas também ao estudante. A discussão, então, que tange essa situação, é o preparo psicológico que o estudante deve⁽¹⁾.

A exigência ao futuro universitário inicia-se no período de preparo para o ingresso à escola médica, uma vez que o curso está entre os mais concorridos. Dessa forma, privações dos mais diversos níveis, a começar pelo sono, momentos de lazer, atividade física, interação com a família, entre tantos outros, somadas a

exigências próprias do curso, podem vir a alterar a condição psicológica do aluno, e futuro profissional⁽²⁾.

Objeto de estudo desde tempos remotos, a saúde mental dos estudantes de Medicina costuma ser abordada sob o prisma de um viés indicativo de estresse, haja vista os momentos potencialmente estressantes da vida do acadêmico. Provas factíveis disso são os estudos contemporâneos que revelam de forma unânime o elevado uso de drogas e psicoativos químicos entre os estudantes da área médica.

Em maior ou menor grau, a condição estressante permeia todo o processo de formação do acadêmico, tendo sua gênese ainda no período de vestibular, em virtude da concorrência acirrada enfrentada pelos estudantes que almejam uma vaga no curso de Medicina.

Uma pesquisa de mestrado realizada na Unicamp, em 2007, apontou grau máximo de estresse no vestibulando de Medicina no mês de setembro, período que precede a realização dos processos seletivos e que se caracteriza por um quadro de cansaço cumulativo. Para avaliar o nível de estresse dos estudantes, eles foram submetidos, mensalmente, a coletas de saliva que mediam a concentração do cortisol, um hormônio indicador biológico do estresse. Vale ressaltar que, de agosto a novembro, todas as taxas de cortisol foram elevadas se comparadas a parâmetros considerados normais⁽³⁾.

Em 1956, o endocrinologista Seyle⁽³⁾ sistematizou um conceito de estresse em que se observavam três fases:

» Fase de alerta: começa quando a pessoa se confronta inicialmente com um estressor. Nesse momento, o organismo se prepara para movimento de “luta ou fuga”, com a consequente quebra da homeostase. Quando o estressor tem curta duração, a restauração da homeostase

ocorre, e o indivíduo sai da fase de alerta sem complicações para seu bem-estar.

» Fase de resistência: quando o estressor é de longa duração, como é o caso da formação médica, o organismo tenta restabelecer sua homeostase de um modo reparador. A energia adaptativa de reserva é utilizada na tentativa de reequilíbrio. Se essa reserva é suficiente, a pessoa recupera-se e sai do processo do estresse. Caso contrário, o organismo se enfraquece e se torna vulnerável a doenças.

» Fase de exaustão: ocorre se a resistência da pessoa não for suficiente para lidar com a fonte estressora ou se aparecerem outros agentes estressores. Ocorrerá a exaustão psicológica, comumente em forma de depressão, e a exaustão física manifestar-se-á, com consequente aparecimento de doenças.

O presente trabalho, portanto, pretende mensurar os níveis de estresse que estudantes do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná estão submetidos, bem como sintomas associadas à tensão e percepção de alterações psicológicas após o ingresso no âmbito acadêmico.

MÉTODOS

Para a realização da análise psicológica do estudante de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná foram aplicados questionários aos acadêmicos do 1º ao 4º ano. Os alunos foram escolhidos aleatoriamente, sendo que 120 (60 mulheres e 60 homens) responderam ao questionário e estão distribuídos conforme tabela 3.1:

	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano
Total	36	29	32	23

Tabela 3.1. Distribuição dos alunos.

A pesquisa era composta por 23 perguntas autoanalisáveis, as quais se referiam à sintomatologia ocasionada pelo estresse. Havia três possibilidades de respostas: “Não tenho tido problema”, “Ocasionalmente”, “Frequentemente”. Cada uma recebeu uma pontuação específica e crescente, estabelecendo-se entre 0, 1 e 2. Ao final todas as respostas foram somadas e por meio de um padrão de graduação pode-se mensurar o nível de estresse conforme a figura 3.1:

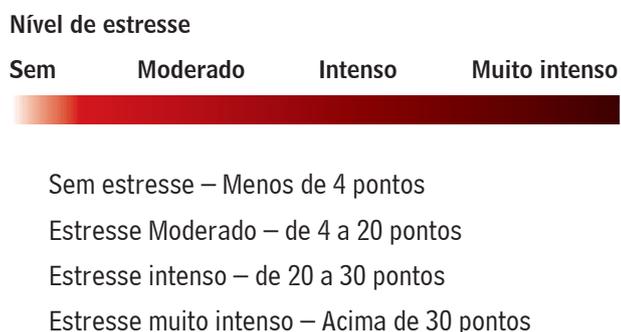


Figura 3.1. Nível de Estresse.

RESULTADOS

Alunos matriculados no 1º ano apresentaram índice de 11% declarados sem estresse, também 11% de estresse moderado e 17% de estresse intenso (Gráfico 4.1). Para os acadêmicos do 2º ano (Gráfico 4.2), as somatórias indicaram 3% sem estresse, 76% de estresse moderado e 21% de estresse intenso.

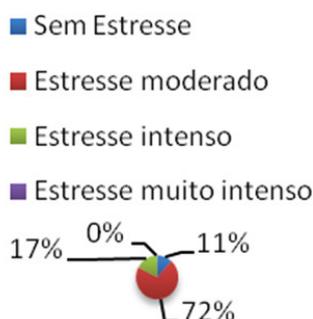


Gráfico 4.1. Alunos do 1º Ano.

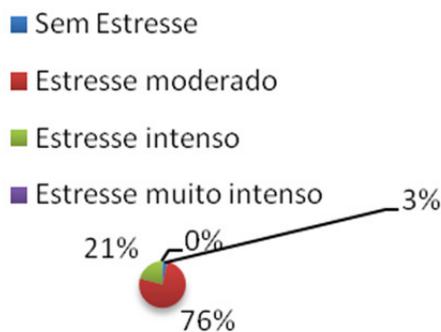


Gráfico 4.2. Alunos do 2º Ano.

Nos ingressos no 3º ano não foram encontrados indivíduos autoavaliados sem estresse; 78% das pesquisas apontaram estresse moderado e 22% estresse intenso (Gráfico 4.3). Em contrapartida, no 4º ano (Gráfico 4.4), 9% dos alunos não têm estresse, 82% estresse moderado e 9% estresse intenso. Destaca-se o fato de não ter ocorrido casos de estresse muito intenso em nenhum ano.

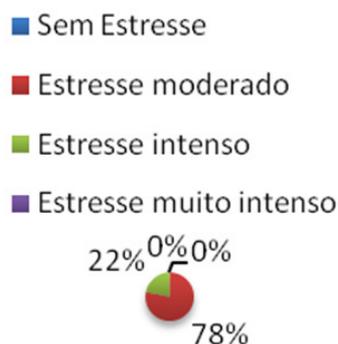


Gráfico 4.3. Alunos do 3º Ano.

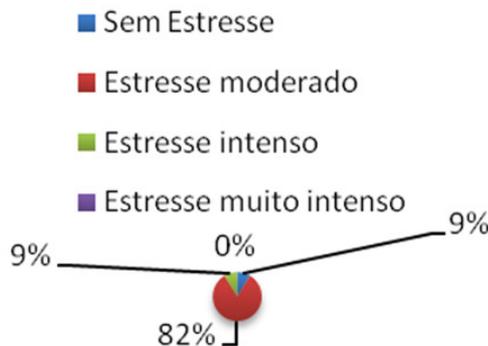


Gráfico 4.4. Alunos do 4º Ano.

Além da avaliação quanto ao ano de curso, os acadêmicos também foram distinguidos por sexo. Observa-se que para o sexo feminino (Gráfico 4.5) 2% não apresentaram estresse, 70% com estresse moderado e 28% com estresse intenso. Com relação ao sexo masculino (Gráfico 4.6) o índice de indivíduos sem estresse foi de 10%, 87% declarados com estresse moderado e 3% com estresse intenso.

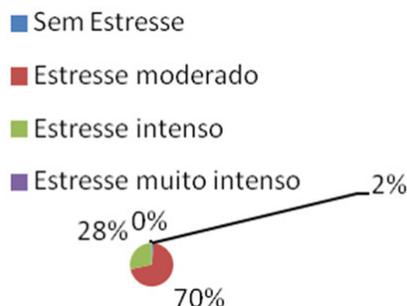


Gráfico 4.5. Nível de estresse para o sexo feminino.

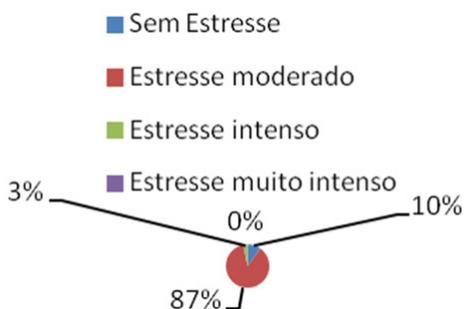


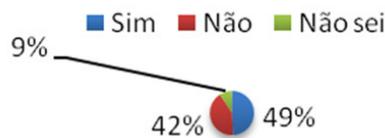
Gráfico 4.6. Nível de estresse para o sexo masculino.

Com relação às atividades do curso de Medicina como fator gerador de tensão 75% dos alunos pesquisados afirmaram positivamente, 18% negativamente e 7% não tem opinião formada quanto ao assunto. Já quanto ao aumento da apreensividade, 49% responderam seguramente estarem mais apreensivos, enquanto que 42% não notaram mudanças e 9% indicaram não saber.

Atividades de Medicina como...



Apreensividade após ingresso no...



DISCUSSÃO

Demonstrou-se, através da coleta de dados, que alunos do 3º ano de faculdade apresentam maior índice de estresse (Gráfico 4.3) -78% com estresse moderado e 22% com estresse intenso. Em contrapartida, os alunos do 1º ano tiveram um índice de 11% sem estresse e a menor taxa de estresse, de modo geral (Gráfico 4.1).

A análise quantitativa dos dados coletados via questionários demonstrou também que, em todos os anos estudados nessa pesquisa (1º, 2º, 3º e 4º), prevaleceu a graduação “estresse moderado”, categoria também dominante na análise de gênero. Essa categoria atingiu seu pico no 4º ano – 82% (Gráfico 4.4) e seu valor mais baixo no 1º ano – 72% (Gráfico 4.1), e, entre os sexos, foi dominante entre estudantes homens – 87% (Gráfico 4.6), já que entre as mulheres o índice foi de 70% (Gráfico 4.5).

A segunda maior ocorrência registrada foi a graduação “estresse intenso”, embora esta classe

tenha tido oscilações dentro de cada ano avaliado. O 3º ano apresentou a maior ocorrência de “estresse intenso” – 22% (**Gráfico 4.3**), e os alunos do 4º ano foram representados com a menor parcela de ocorrência dessa categoria – 9% (**Gráfico 4.4**). As porcentagens para o 1º e o 2º anos, nessa modalidade, foram, respectivamente, 17% (**Gráfico 4.1**) e 21% (**Gráfico 4.2**). Analisando-se separadamente os gêneros, o sexo feminino despontou com a maior ocorrência de “estresse intenso” – 28% contra 3% masculinos.

Esse estudo não detectou a ocorrência de “estresse muito intenso”, nem entre os anos e tampouco entre os gêneros.

A opção “sem estresse” apareceu com maior frequência no 1º ano – 11% (**Gráfico 4.1**) e com menor frequência no 3º ano – 0% (**Gráfico 4.3**). Seus valores para o 2º e 4º anos foram, respectivamente, 3% (**Gráfico 4.2**) e 9% (**Gráfico 4.4**). Contrapondo-se gêneros, mulheres somaram 2% nessa categoria, 8 pontos percentuais a mais do que homens (**Gráfico 4.5**).

Quase 50% dos entrevistados se julgam mais apreensivos desde que ingressaram no curso de Medicina e menos de 20% acreditam não haver vínculos entre o curso e fatores estressores, contra os 75% que, categoricamente afirmaram haver estreita relação entre as atividades acadêmicas e potenciais situações desencadeadoras de estresse.

Depreende-se, a partir dos resultados, que, no cômputo geral, o 3º ano concentrou a maior taxa de estresse e o 1º ano apresentou menor ocorrência de sintomas associados à tensão e irritabilidade, caracterizando um quadro tipicamente estressor. Isso pode estar relacionado ao fato de que, no 1º ano, os acadêmicos ainda não dimensionam com a mesma amplitude que os alunos do 3º ano a carga excessivamente austera que compete ao médico. Além disso, alunos do

3º ano estão há mais tempo em ritmo árduo de estudo, o que lhes dá chances maiores de desenvolver sintomas ligados à exaustão, cansaço, decepção e tensão.

O fato de alunos do 4º ano terem demonstrado menor índice de estresse em relação aos do 3º ano pode ser analisado sob a ótica da expectativa: aqueles estão mais perto de iniciar o Internato, o que pode mitigar a carga estressante ou mesmo encobri-la, já que situações inéditas costumam suscitar perspectivas de mudança por vezes positivas. A aproximação do fim do curso também pode ser um fator passível de relativização do estresse, já que, nessa época, o estudante goza de liberdade para escolher a carreira que lhe apraz, tendo, assim, o vislumbre da possibilidade de estudar com mais ênfase aquilo com o que tem afinidade.

A prevalência de “estresse intenso” no sexo feminino pode estar refletindo a interferência das oscilações hormonais, mais bruscas em mulheres, no desencadeamento de um perfil estressado. Além disso, a sensibilidade mais aguçada, peculiar às mulheres em geral, também pode trazer para um plano mais factível a ocorrência de decepções e desequilíbrios potencialmente estressores. O sexo masculino, geralmente mais objetivo e pragmático, tende a estar sob a égide de um perfil menos sensível, o que atenuaria a carga emocional negativa advinda dos dissabores do curso.

A não ocorrência da categoria “estresse muito intenso” pode estar relacionada ao fato de que, embora cansativas, as atividades do curso de Medicina incutem curiosidade, motivação e interesse nos alunos. Assim, a cobrança excessiva acaba sendo eclipsada pelo prazer que as atividades acadêmicas conferem, pois, sabe-se, o estresse guarda relações profundas com mecanismos motivacionais; se o aluno se sente

estimulado a evoluir profissionalmente, acaba por relevar ou negligenciar parcelas consideráveis de irritabilidade e cansaço.

Outro estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), em março de 2007, considerou as taxas de stress dos acadêmicos do 1º, 4º e 8º períodos. Dos 200 estudantes que participaram do estudo, 73,5% (n = 147) consideraram suas atividades na faculdade como fonte de estresse. Apesar dessa percepção, apenas 35,8% (n = 71) informaram realizar alguma atividade para a promoção de saúde física e/ou mental. Ainda, os sintomas de estresse se revelaram superiores no sexo feminino (66,7% versus 35,8%). No 8º período, a prevalência de sintomas de stress (40,6%) diminuiu em relação ao 4º período (67,2%). Ainda que aquele seja o momento em que o aluno se prepara para a entrada no internato, essa queda poderia ser explicada pela adaptação do estudante ao ambiente e por já ter ultrapassado a transição do Ciclo Básico para o Clínico⁽³⁾.

Um estudo realizado com 413 estudantes da Faculdade de Medicina de Marília, em 2003, demonstrou que, dos estudantes com estresse, 88,19% se encontravam na fase de resistência.

Segundo Lipp, quando alguém vivencia a fase de resistência do estresse ainda não há uma patologia instalada. Sendo assim, pode-se fazer alguma coisa para que esse processo seja revertido, o que não significa se distanciar do agente estressor, uma vez que não apenas a duração do curso médico é longa, mas a também a residência e toda a trajetória desse profissional estarão suscetíveis às situações estressoras⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

É lícito supor que o perfil tenso, típico de estudantes de Medicina, abrange as complexidades intelectuais exigidas do aluno, a carga horária pouco flexível, a responsabilidade excessiva, a necessidade de amadurecimento precoce e comprometimento integral e as possíveis desilusões e situações conflitantes frequentes na vida desses estudantes, tudo isso culminando para edificar um perfil psicológico tendenciosamente estressado, severo e comprometido. A interface que o curso oferece entre situações primariamente empíricas e questões metafísicas, como a morte e seus tabus, também corrobora um aspecto psicológico tenso, retraído, pensativo e conflituoso.

ABSTRACT

BACKGROUND: The demand for an early maturing, and the amount of responsibility applied to the individual who decides to dedicate his life to the study of the human body is not applied only to the professionals but also to the students. The discussion regarding this situation is the psychological preparation the student should go through. The aim of this study is to measure the levels of stress that students from various periods of the medical course of the Evangelical School of Paraná are submitted to, as well as, the symptoms associated with stress and the perception of psychological changes after entering the academic life.

METHODS: In order to perform an analysis of the medical student of the Evangelical School of Paraná, systematic questionnaires were applied to academics from 1st to 4th year. Students were randomly selected, and 120 students (60 men and 60 women) completed the questionnaire, 36 of

the first year, 29 of the second year, 32 of the third year and 23 of the fourth year..

RESULTS: In the 3rd year there were students who did not present some stress, 78% of the studies reported moderate stress and 22% intense stress. In contrast, in the 4th year 9% of students did not present stress 82% presented moderate stress and 9% presented severe stress. Noteworthy is the fact that there were no cases of very intense stress in any of the years. Besides assessing the students accordingly to the year they were in they were also assessed by their gender. Observe that for females 2% showed no stress, 70% with moderate stress and 28% with severe stress. With regard to males the number of individuals without stress was 10%, with 87% reported moderate stress and 3% with intense stress..

CONCLUSION: The results show that, overall, there was a higher rate of stress in the students of the 3rd year and a lower incidence of symptoms associated with tension and irritability in the students of the 1st year, featuring a typical stressor frame. This may be related to the fact that the students of the 1st year cannot measure the austere responsibility demanded from a doctor to the same extent as the students of the 3rd year. In addition, students of the 3rd year have been on the pace of studying hard longer than the students of the 1st year what gives them greater chances of developing symptoms related to exhaustion, fatigue, disappointment and tension..

KEYWORDS: *Students, Medical; Burnout, Professional; Stress, Psychological.*

REFERÊNCIAS

1. 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):107-16.
2. Seyle H. A Syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1998;10(2):138-32
3. Millan LR, Arruda, PCV. Assistência psicológica ao estudante de Medicina: 21 Anos de experiência. Rev Assoc Med Bras. 2008 Set;54(1):904.
4. Aguiar SM, Vieira APGF, Vieira KMF, Aguiar SM, Nobrega JO. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. J Bras Psiquiatr. 2009;58(1):34-8.
5. Guimarães KBS. Incidência de estresse e formação médica. Rev Psicol UNESP. 2006;5(1):41-57.

Enviado em: 20/11/2012

Aprovado em 20/05/2012

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Bruna A. Harada

Faculdade Evangélica do Paraná

Rua Padre Anchieta, 2770 - Bigorrrilho - Curitiba / PR

CEP: 80730-000

Telefone: (41) 3240-5500

e-mail: medicina@fepar.edu.br

ANEXO 1

Questionário Geral

Idade: _____ anos

Período: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

As respostas a essas perguntas definem sua compreensão sobre o estresse em sua vida diária.

Assinale a frequência com que você vivenciou, nos últimos dois meses, cada um dos itens abaixo:

Nervosismo:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Úlceras ou gastrite:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Ingestão de álcool/remédios sem receita:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Comer em excesso:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Preocupações Excessivas:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Sono irregular:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Dores nos músculos do pescoço e ombros:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Irritabilidade:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

As semanas de provas alteram negativamente meu humor:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

O ingresso na faculdade de Medicina me deixou mais apreensivo

() Sim () Não () Não sei

Sinto-me mais cansado por conta das atividades acadêmicas:

() Não tenho tido problemas () Ocasionalmente () Frequentemente

Acredito que as atividades vinculadas ao curso de medicina são fatores estressantes:

() Sim () Não () Não sei

Atestado médico para uso de piscinas coletivas

Medical certificate for collective pool

Kátia Sheylla Malta Purim¹

Neiva Leite²

RESUMO

Este artigo de revisão discute a importância dos aspectos socioprofissionais e ético-legais do atestado médico para uso de piscinas coletivas com o objetivo de apresentar proposta de itens básicos no preenchimento deste documento. Fundamentando-se em conceitos técnico-científicos e legislação vigente, são apresentadas as abordagens profissionais em relação à avaliação médica prévia, requisitos para a emissão deste documento, finalidades, periodicidade e validade. Ao final, é sugerido roteiro hierárquico quanto ao atestado, valorizando condutas preventivas e de promoção da saúde, para que este instrumento seja vínculo entre o bem estar pessoal e a qualidade de vida da comunidade.

DESCRITORES: *Atestado de saúde; Natação; Atividades de lazer; Esportes; Prevenção primária; Piscinas.*

Purim KSM, Leite N. Atestado médico para uso de piscinas coletivas. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p.102-114, abr./jun. 2013.

Trabalho realizado no Núcleo de Qualidade de Vida da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Curso de Medicina da Universidade Positivo (UP).

1. Médica dermatologista. Doutora em Medicina. Professora Titular da Disciplina de Dermatologia do Curso de Medicina da Universidade Positivo (UP). Pesquisadora do Núcleo de Qualidade de Vida da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Contribuiu com delineamento do projeto, levantamento de dados, análise e interpretação; elaboração do manuscrito e aprovação da versão final.

2. Médica do Esporte. Professora Adjunta do Curso de Educação Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Pós-Doutora pela Universidade de Coimbra – Portugal. Pesquisadora do Núcleo de Qualidade de Vida da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Contribuiu com o delineamento do projeto, levantamento de dados, análise e interpretação; elaboração do manuscrito e aprovação da versão final.

INTRODUÇÃO

A prática de atividades aquáticas aumentou em diversos grupos de indivíduos nos últimos anos como ocupação ou alternativa para o lazer, condicionamento físico e terapêutica⁽¹⁾. Os ambientes aquáticos coletivos são utilizados por pessoas de diversas faixas etárias, condições socioeconômicas, cognitivas e de saúde. Os riscos existentes nestes locais são biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e fatais como afogamentos e outros acidentes eventuais⁽¹⁾. Teoricamente, a avaliação dermatológica é requisito obrigatório para frequentar estes locais e os candidatos ao exame médico devem se encontrar de acordo com as exigências de saúde antes da concessão do atestado^(1,2).

A elaboração de atestado para piscina é atividade rotineira na prática médica⁽²⁾. As informações contidas nestes atestados são fundamentais para a interpretação da saúde dos usuários de piscinas, bem como para a sua liberação e acesso a atividades aquáticas coletivas ou programa de exercícios físicos^(3,4,5,6). No entanto, há carência de publicações científicas sobre o assunto e não existe consenso quanto aos requisitos para o exame, o preenchimento deste tipo de atestado e periodicidade na deliberação em relação às condições de saúde para compartilhamento de piscinas. Por sua importância, amplitude e implicações, a liberação médica à prática de natação e atividades aquáticas coletivas mediante emissão deste tipo de documento merece reflexões.

MÉTODOS

Foi realizada inicialmente revisão da literatura sobre conceitos de atestado, principais

normas, legislação e recomendações vigentes para a melhor atualização do tema. A busca dos trabalhos para a presente abordagem foi realizada no site do Conselho Federal de Medicina e nas bases de dados eletrônicas PubMed e SciELO. No processo de busca, foram utilizados os seguintes descritores em língua portuguesa e inglesa: atestado de saúde (medical certificate); natação (swimming); atividades de lazer (leisure activities); esportes (sports); piscinas (swimming pools); legislação brasileira (Brazilian legislation). Recorreu-se aos operadores lógicos “and”, “or” e “and not” para combinação dos descritores e termos utilizados a fim de efetuar o rastreamento das publicações. O período de tempo específico de publicação para a busca foi de janeiro de 2003 a janeiro de 2013, sendo utilizados artigos originais publicados em periódicos, legislação e livros disponíveis on-line. Trabalhos que tinham apenas o resumo disponível, impossibilitando a leitura do manuscrito na íntegra, não foram utilizados. Este ensaio foi resultante de um conjunto de contribuições da literatura, experiências do grupo de pesquisa, discussão e reflexão circunstanciada a respeito deste relevante tema no contexto socioesportivo e higiênico-ocupacional.

RESULTADOS

Atividades realizadas em piscinas

As atividades mais executadas em piscina se relacionam a recreação, socialização, promoção da saúde e condicionamento físico. Os exercícios e esportes realizados geralmente estão associados à natação, hidroginástica, hidroterapia e suas modalidades (hidrogestante, hidrodrown), nado sincronizado, polo aquático,

saltos ornamentais e treinamento de mergulho. Os grupos profissionais que permanecem mais tempo em atividades aquáticas ocupacionais nestes ambientes são professores de educação física, treinadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, atletas e recreadores.

O risco de contrair doenças em piscinas com administração e tratamento adequado é mínimo. Quando ocorrem, geralmente, resultam de higiene e controle deficientes, favorecendo condições propícias para a transmissão de infecção e acidentes⁽¹⁾. Porém, a não observância pelo trabalhador das normas de higiene e segurança padronizadas para a atividade que executa podem favorecer dermatoses ocupacionais⁽¹⁾.

Importância do atestado médico

O atestado médico é documento constituído por informações de conteúdo médico e de interesse jurídico, apresentadas por escrito por médico habilitado que tenha prestado o ato profissional que o justifique^(7,8). Sua utilidade e segurança estão vinculados à certeza da sua veracidade. Qualquer que seja a situação, quem emite e quem recebe o atestado assume responsabilidade de efeitos ético-legal, profissional e social^(2,7,8).

Os requisitos para o atestado são: ser executado por médico habilitado na forma da lei; ser subscrito por quem, de fato, examinou o beneficiário da declaração; ser elaborado em linguagem simples, clara e de conteúdo verídico; omitir a revelação explícita do diagnóstico, salvo quando ocorrente dever legal, justa causa ou pedido expresso do paciente; expressar a prudência do médico ao estabelecer as consequências do exame e do documento elaborado^(9,10,11).

Neste documento deve constar o nome

completo do indivíduo que foi examinado, data, informações sobre a aptidão ou não para frequentar piscinas e/ou prática de esportes, nome e assinatura do médico que examinou, e número do seu registro profissional^(2,7).

Exame médico para uso de piscinas

A admissão de qualquer pessoa em escola de natação ou atividades aquáticas esportivas é condicionada à apresentação de exame médico que declare a inexistência de quaisquer contraindicações para a prática da atividade física e desportiva aí desenvolvida⁽²⁾. Considerando que tanto banhistas e desportistas quanto profissionais que trabalham nestes ambientes estão sujeitos a problemas médicos, independentemente do atestado emitido e da legislação em vigor, a manutenção destas atividades, com maior qualidade e segurança, ocorrerá mediante a renovação periódica da avaliação das condições de saúde^(1,3,8).

Antes da emissão do atestado, a avaliação da saúde dos praticantes de atividades físicas, exercícios regulares e competições esportivas devem ser compostos por anamnese e exame físico, acompanhada ou não de recursos tecnológicos e parecer de especialistas. O exame médico, em si, inclui tanto a história clínica completa, quanto o exame físico realizado, bem como eventuais investigações complementares, laboratoriais, de imagem ou outros que se façam necessários. Os exames complementares constituem o conjunto de exames específicos e justificados para a situação, como os respectivos laudos emitidos por profissionais credenciados⁽³⁻⁶⁾.

O exame médico é requisito implícito ao atestado que serve de medida de prevenção primária para manter o indivíduo sadio e auxiliar a prescrição de atividades físicas sob a

supervisão de médicos do esporte, professores de educação física, fisioterapeutas e demais profissionais qualificados⁽³⁻⁶⁾.

Na prática, as principais modalidades deste atestado se relacionam ao exame clínico dermatológico para frequentar piscinas e ao exame de aptidão física para avaliação dos riscos individuais ou para reintegração às atividades.

Exame clínico dermatológico

O exame médico para piscina, geralmente realizado na maioria dos complexos aquáticos coletivos, funciona como rastreamento clínico de lesões dermatológicas. Tem caráter de prevenir e diagnosticar de forma precoce os agravos à saúde relacionados ao uso das piscinas. O local para realizar esta avaliação precisa ser bem iluminado, oferecer conforto térmico e privacidade. O examinando deve preferencialmente usar trajes de banho, comparecer sem maquiagem e sem esmalte nas unhas⁽¹⁾.

Este exame visa detectar alterações na pele e em seus anexos, utilizando a inspeção e a palpação dos elementos cutâneos, complementado com observação detalhada com dermatoscópio de eventuais alterações tegumentares, mucosas ou em fâneros. Exames micológicos, anatomopatológicos, imuno-histoquímicos e outros, quando indicados, poderão ser úteis para melhor avaliação ou estudo⁽¹⁾. Caso seja constatada dermatose que contraindique o esporte, o indivíduo será abordado educadamente, orientado, afastado pelo tempo necessário para o tratamento pertinente. Sua reintegração poderá ocorrer mediante nova avaliação médica das condições de saúde.

Em situações em que o desportista é portador de doença dermatológica crônica, que não impeça de frequentar piscinas ou ambientes esportivos coletivos, isto deve ser deixado

claro ao paciente, registrado por escrito e verificado com ele as possíveis situações que possam gerar desconforto socioemocional. Pacientes portadores de HIV/SIDA controlados e com níveis altos de CD4, ou imunossuprimidos sem lesões infectocontagiosas podem ser beneficiados com atividades esportivas adaptadas às suas condições, desde que adequadamente orientados e acompanhados regularmente pelo seu médico⁽¹⁾.

Se durante a prática esportiva forem identificados fatores iniciantes, mantenedores ou agravantes da saúde cutânea, o indivíduo precisará orientação e encaminhamento para assistência e adoção de medidas cabíveis quanto a tratamento, afastamento e posterior reintegração⁽¹⁾. As interações entre o médico assistente, treinadores, atletas e departamento médico facilitam o atendimento e continuidade do programa desportivo.

Adeptos de esportes radicais, praticantes de mergulho em apneia e de nado em mar aberto, bem como, surfistas que participam de competições, e que usam as piscinas para treinamento e ou condicionamento físico precisam de assessoria médica e esportiva específica⁽³⁻⁶⁾.

Atualmente são oferecidas várias opções para o uso compartilhado de piscinas, como por exemplo, as piscinas populares, parques aquáticos, clubes, spas, hotéis, condomínios, academias e que muitas vezes não exigem avaliação médica prévia. Por outro lado, nem todas as pessoas têm facilidade de acesso ao médico. Assim, é importante esclarecer que práticas esportivas devem ser evitadas na vigência de febre, ferimentos, reações exantemáticas ou infecções cutâneas causadas por vírus, fungos e bactérias pela exposição a riscos pessoais e coletivos⁽¹⁾.

A Resolução n.º 53/82, da Secretaria Estadual

de Saúde do Paraná, exige a apresentação de atestado médico para que a prática de atividades em piscinas possa ser realizada^(2,8,14). Algumas escolas e clubes que oferecem natação como esporte de rendimento ou de participação e lazer, mantêm departamento médico ativo com política de esclarecimento relacionado aos atestados médicos e orientações para o uso das piscinas.

A rotina preventiva nos ambientes aquáticos coletivos supõe controle do ambiente da piscina como cloração adequada da água, análises bacteriológicas seriadas, limpeza de pisos, exigência do uso de chinelos, apresentação do atestado e demais cumprimento de normas sanitárias, bem como medidas educativas permanentes para os usuários, treinamento periódico dos funcionários para prevenção de acidentes e primeiros socorros, e suporte de serviços móveis de emergência e urgência médica^(8,14).

Assim, o exame clínico dermatológico para piscina realizado pelo médico de confiança da família ou pelo especialista, se concretiza ou não com a liberação para uso do ambiente aquático coletivo. Destaque-se que este ato de consulta médica permite oportunidades de avaliar a saúde, orientar práticas adequadas de higiene e fotoeducação para os banhistas, bem como, estimular a segurança no lazer e no esporte.

Exame de aptidão física

A avaliação médica para praticar exercícios e esportes precisa conter o rastreamento de riscos individuais como alergias, doenças respiratórias, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, sedentarismo, tabagismo, pós-cirúrgico e outros. Os indivíduos que apresentem doenças ou situações especiais de saúde com

riscos potenciais à prática de atividades físicas devem ser encaminhados para avaliação mais especializada⁽³⁻⁶⁾.

Para aptidão física, a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e Sociedade Brasileira de Cardiologia reforçam a necessidade da anamnese e exame físico minucioso, com ênfase para o aparelho cardiovascular⁽³⁻⁶⁾. Exames complementares como eletrocardiograma e o teste ergométrico são recomendados para homens acima de 35 e mulheres acima de 45 anos. Dependendo da saúde global, frequência e nível da intensidade dos exercícios, serão solicitados outros exames⁽³⁻⁶⁾. Recomendam ainda que o médico deve deixar claro se o paciente não tem contraindicações para atividade física, qual o tipo de exercício adequado, se a atividade deve ser feita sob prescrição ou acompanhamento médico ou se está proibido de praticar exercícios. Sempre que possível, informar os medicamentos em uso, as limitações clínicas existentes e determinar a frequência cardíaca mínima e máxima no exercício⁽³⁻⁶⁾.

Para atletas de competição em uso de medicamentos sujeitos a doping, sua prescrição deve ser justificada e notificada por meio de formulários de isenção terapêutica, disponibilizados no site do Comitê Olímpico Brasileiro que é atualizado anualmente⁽¹⁶⁾. Isto poupa dificuldades do ponto de vista ético, legal e profissional.

Os atletas de alto desempenho devem se submeter regularmente a protocolos de avaliações e acompanhamento por equipe multidisciplinar do esporte⁽³⁾. Esta rotina, apesar dos dilemas e controvérsias, visa identificar possíveis doenças que causem mal súbito ou que seja contraindicação absoluta para a prática de exercícios. Os protocolos devem ser

sensatos e econômicos, evitando gastos e exames desnecessários e, principalmente, conduzidos com respeito ao indivíduo, trabalhando suas potencialidades e qualidade de vida^(16,17).

Periodicidade e validade do atestado

Os potenciais profilático, diagnóstico, terapêutico e prognóstico na promoção da saúde e prevenção de doenças de uma avaliação médica que compõe o atestado para uso de piscinas justificam sua realização⁽¹⁻⁶⁾. Porém, a periodicidade e validade destes exames variam dependendo das suas finalidades.

O atleta competitivo deve ser encarado como profissional e, portanto, seus exames podem ser executados em caráter semelhante ao trabalhador: admissional ou pré-participação (antes do início das atividades), periódico (três vezes ao ano ou a intervalo menor a critério médico), do retorno (quando o afastamento for superior a 30 dias por doença, acidente, cirurgia, pós-parto) e da mudança de estado esportivo (antes de competições^(16,17)). Estes atletas estão sujeitos aos regulamentos no âmbito das entidades federativas e confederativas e eventuais observações relativas às especificidades de cada caso concreto e competição.

Para gestante, bebês, idosos, transplantados, pacientes cardiovasculares, ortopédicos ou neurológicos, e pessoas com necessidades especiais, de preferência, o exame deverá sempre ser acompanhado de relatório com histórico detalhado do quadro de saúde, aval para liberação de atividades coletivas e recomendações do seu médico assistente. Atenção semelhante à anamnese e exame físico deve ser dispensada a todos os indivíduos pós-cirúrgicos ou alérgicos, especialmente as crianças atópicas. As interconsultas sobre as limitações do paciente são úteis para trabalhar sobre

elas, visando melhorar a capacidade física do indivíduo, o que é perfeitamente possível e recomendável⁽¹⁵⁾.

Para indivíduos hígidos que fazem atividades recreacionais ou de baixa intensidade e frequência em ambientes aquáticos coletivos, o atestado pode ter periodicidade semestral com orientação de buscar o médico em caso de alterações na pele ou na saúde. Como qualquer pessoa está sujeita a intercorrências, recomenda-se que independente do modelo de atestado, o exame médico para piscina inclua a educação sanitária e a orientação do autoexame diário de inspeção da pele^(1,2,18,19,20). Nesta ocasião, os indivíduos devem ser instruídos a colaborar na higiene e preservação do meio ambiente esportivo e no respeito às normas de segurança e prevenção de acidentes.

Aspectos ético-legais do atestado

Atestar, do latim *atestare*, significa afirmar ou provar em caráter oficial; certificar; demonstrar. O atestado médico é uma declaração ou certificação oficial sobre evento ou fato decorrente da relação médico/paciente. Ou seja, é parte integrante do ato médico, como seu resultado direto (Art. 112, Código de Ética Médica)⁽⁷⁾.

Sob esta perspectiva, quando um médico atesta que o indivíduo está sadio ou é portador desta ou daquela doença, ele está expressando juízo de valor, segundo a aplicação dos conhecimentos científicos que possui para o caso, representando manifestação da sua autoridade técnica^(2,9,10,11).

O atestado médico é um ato jurídico de acordo com os moldes definidos no Código Civil Brasileiro, em seu Artigo 81: Todo o ato lícito, que tenha por fim imediato adquirir, resguardar, transferir, modificar ou extinguir

direitos, se denomina ato jurídico(...)". Portanto, é um documento juridicamente relevante para as relações dos indivíduos em uma comunidade⁽¹²⁾.

A repercussão social e jurídica do atestado alcança diferentes esferas da atuação humana, em variados setores públicos e privados^(7,10,11,12). Este documento, decorrente da ação profissional do médico, declara o nascimento e a morte do indivíduo; seu estado de higidez; sua admissão, permanência e demissão em seu trabalho; o repouso da gestante; a condição de saúde da criança (atestado de vacina); o respaldo às sentenças judiciais (atestado pericial)⁽⁷⁾.

Conforme os termos do Artigo 131, do Código Civil Brasileiro, o atestado é dotado de essencial cunho declaratório gozando das características da presunção de validade e de boa-fé, eliminadas em caso de erro substancial⁽¹²⁾. Erro substancial é definido pela doutrina jurídica como aquele de tal importância que, se fosse conhecida à verdade, o consentimento não se externaria⁽¹²⁾. De modo que, se houver erro no que concerne a seu conteúdo, culpa ou dolo, este documento poderá ser situado no âmbito da disciplina penal, no tocante ao atestado falso e suas consequências jurídicas^(7,8,9,10,11,12). E mais: o Código Penal Brasileiro, no seu Artigo 302, estabelece pena de detenção de 1 mês a 1 ano para emissão de atestado médico falso, ressaltando que: "Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também a multa"⁽¹³⁾.

Além disto, estudos recentes apontam que documentos médicos como declarações de óbitos, fichas de notificações compulsórias de doenças e requisições de solicitações de exames laboratoriais⁽²¹⁾ apresentam deficiências no seu preenchimento, comprometendo a

qualidade das informações que poderão fazer parte de bancos de dados utilizados na elaboração e avaliação de programas de saúde. Diante destes fatos, ressalta-se que a elaboração do atestado médico exige conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes e éticas.

DISCUSSÃO

A relevância do atestado médico para práticas esportivas em ambientes aquáticos coletivos ultrapassa o cumprimento de normas, rito ou determinação de um local, evento ou entidade. É um documento protegido por leis e importante medida sanitária, baseada em história clínica e exame prévio. Tem potencial para mapear a situação de saúde do indivíduo, prevenir doenças, aumentar a segurança, individual e coletiva, minimizar agravos e acidentes.

Baseado na legislação vigente, conceitos éticos e normas do Conselho Federal de Medicina sugere-se a seguinte conduta hierárquica quanto à construção do atestado médico para uso de piscinas:

1) Avaliação médica

A avaliação médica prévia ocorrerá mediante agendamento de consulta para realização de anamnese e exame físico⁽²⁻⁶⁾. Deve-se investigar histórico familiar e pessoal quanto a alguma restrição conhecida à prática de esportes para estratificação de riscos. Especial atenção deve ser direcionada a busca de informações sobre doenças cardiovasculares, crises convulsivas, medicações em uso e lesões cutâneas como tinea pedis, verruga vulgar, piodermites e molusco contagioso. Caso sejam identificadas lesões de pele que requeiram afastamento da natação, será necessário atestado de liberação para a atividade em piscina após a resolução do problema^(1,2,15). Recomendações sobre a

prevenção, educação e gestão de infecções de pele em atletas podem ser conferidas no posicionamento oficial do National Athletic Trainers' Association através do site <http://www.nata.org/jat>

2) Elaboração do atestado

Como itens básicos para o preenchimento do atestado, recomenda-se conferir o nome completo do solicitante com o documento de identidade ou equivalente com fotografia. De preferência, usar papel timbrado, institucional ou profissional, com carimbo legível contendo número do registro profissional (CRM). Anotar a finalidade do atestado (escola, academia de ginástica, evento recreativo etc.) e seu prazo de validade, registrando que o mesmo está sendo fornecido a pedido do interessado (Resolução CFM 982/79). Caso seja solicitado o CID (Código Internacional de Doenças), anote também que foi autorizado pelo beneficiário do atestado. Assine e date o atestado registrando no prontuário o seu fornecimento^(7,8,9,10). Este documento somente poderá ser preenchido por médico, faz parte da consulta e não pode ser cobrado à parte, nem emitido sem a presença do examinado⁽⁷⁾.

3) Orientações para uso de piscinas

Compete aos administradores dos ambientes aquáticos garantir os recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade recomendadas ao seu funcionamento, cumprindo as normas contratuais e leis vigentes. Todos os usuários precisam reconhecer os aspectos sugestivos da boa manutenção da piscina, entre eles, as condições de manutenção das bordas, fundo, escadas, trampolins, ralos, filtros, trampolim, escadas; qualidade da água (cor, cheiro, aspecto, ausência de insetos, folhas,

resíduos); higiene das instalações: bordas, acesso à ducha, banheiros e vestiários, bem como, as opções de salvamento e atendimento as emergências^(8,18,19,20).

Instruções básicas aos banhistas devem estar escritas e impressas de forma clara, distribuídas em local de fácil acesso e leitura, podendo ser ilustradas ou não. Entre elas, ressaltam-se as seguintes recomendações: Transitar com chinelo antiderrapante; tomar uma ducha prévia; acessar o ambiente com trajés apropriados; evitar correr no piso molhado do vestiário; usar o banheiro para as necessidades fisiológicas; utilizar o material pedagógico, lúdico ou de proteção existente no ambiente aquático para as finalidades específicas; não beber a água da piscina e nem cuspir dentro dela; não acessar o local se estiver com doenças infecto-contagiosas; não empurrar pessoas para dentro de água, afundar ou mergulhá-las propositalmente; não fumar nem beber dentro da piscina; entre outros cuidados⁽⁸⁾.

As condições climáticas de risco com presença de raios e trovoadas, a interrupção de fornecimento de eletricidade, os procedimentos de reparo, as obras de beneficiamento ou intercorrências na balneabilidade são indicadores para suspender as atividades e salvaguardar a saúde pública⁽⁸⁾.

A atividade física regular auxilia na formação da cidadania e deve ser vínculo entre o movimento humano e o bem estar pessoal, promovendo saúde e não se tornando agente agressor e lesivo^(1,3,4,5,6). Dentro de uma concepção profilática, o conhecimento e a realização destes procedimentos e condutas no ambiente aquático são da responsabilidade das empresas (academia, escola etc), dos diferentes profissionais envolvidos, bem como, dos usuários das piscinas. Estes aspectos são imprescindíveis

para melhor estratificação de riscos, minimizar possibilidade de doenças e acidentes, promover estilo de vida mais ativo e alcançar o bem estar do indivíduo e da coletividade⁽¹⁸⁻²²⁾.

Muitas dermatoses, relacionadas ou não ao ambiente aquático, podem exigir afastamento imediato do trabalho como parte do tratamento ou pela necessidade de evitar exposição às condições ambientais ou sociais^(1,23,24). Entretanto, outras doenças não implicam necessariamente o afastamento das piscinas. O médico deve basear suas decisões em critérios técnicos científicos e construir o atestado norteado pelo bom senso^(23,24).

CONCLUSÃO

A emissão do atestado pode servir de subsídio epidemiológico para estabelecer estratégias que venham a reduzir fatores de risco relacionados à atividade física e ao ambiente em que o mesmo é executado ou associado ao estilo e condições de vida.

Enfim, mais do que limitar ou impedir, o atestado médico, composto por história clínica e exame físico periódico adequado, pode ser instrumento para incrementar a qualidade de vida e saúde para as pessoas, trazendo-lhes maiores possibilidades de viver mais e melhor.

ABSTRACT

This revision article discusses the importance of socio-professional, ethical and legal use of medical certificate for pool collective with the aim of presenting a proposal for basic items to complete this document. Basing on technical and scientific concepts and legislation are presented approaches professionals regarding medical evaluation prior requirements for issuing this document, objectives, timing and validity. A hierarchical roadmap with preventive measures and health promotion is suggested, so that this instrument is a link between well-being and quality of life.

KEYWORDS: *Health Certificate; Swimming; Leisure Activities; Sports; Primary Prevention; Swimming Pools.*

REFERÊNCIAS

1. D'acri AM, Bakos RM, Purim KSM. Dermatoses no esporte. In: Lupi O, Belo J, Cunha PR. Rotinas de diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2ª ed. Itapevi (SP): AC Farmacêutica; 2012. p.165-169.
2. Conselho Regional de Medicina do Paraná. Parecer 2310/20122: dispõe sobre periodicidade de exames para uso de piscina coletiva – regras de funcionamento - proteção aos usuários [Internet]. [Acesso em: 02 mar. 2013]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmprr/pareceres/2011/2310_2011.htm.
3. Lazzoli JK, Oliveira MAB, Leitão MB, Nóbrega ACL, Nahas RM, Rezende L, et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte sobre: esporte competitivo em indivíduos acima de 35 anos. Rev Bras Med Esporte. 2001; Mai/Jun;7(3):83-92.
4. Lazzoli JK, Nóbrega ACL, Carvalho T, Oliveira MAB, Teixeira JA C, Leitão MB, et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade física e saúde na infância e adolescência. Rev Bras Med Esporte. 1998;4:107-109.

5. Leitão MB, Lazzoli JK, Oliveira MAB, Nóbrega ACL, Silveira GG, Carvalho T, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde na mulher. *Rev Bras Med Esporte*. 2000 Nov/Dez;6(6):215-20.
6. Nóbrega ACL, Freitas EV, Oliveira MAB, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras Med Esporte*. 1999 Nov/Dez;5(6):207-11.
7. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução 1931/2009 [Internet]. [Acesso em: 28 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>.
8. Costa SIF. Atestado Médico: considerações ético-jurídicas [Monografia na Internet]. [Acesso em: 26 fev. 2013]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/des_etica/23.htm.
9. França GV. Atestado Médico: conceito, finalidade e seus limites. *Derecho & Cambio Social [Periódico na Internet]*. 2004 [Acesso em: 28 fev. 2013];1(2):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.derechoycambiosocial.com/revista002/atestado.htm>.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 1.658/2002: normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências [Internet]. [Acesso em: 28 fev. 2013]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1658_2002.htm.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual de orientações para fiscalização sanitária de estabelecimentos prestadores de atividades físicas e afins [Monografia na Internet]. Brasília: ANVISA; 2009. [Acesso em: 26 fev. 2013]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d4afdf80474586a29016d43fbc4c6735/Academia+de+Ginastica.pdf?MOD=AJPERES>.
12. Código Civil Brasileiro. Lei N° 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Lei de Introdução ao Código Civil Brasileiro [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2002. [Acesso em: 26 abr. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm.
13. Código penal: decreto-lei N° 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 302, III [Internet]. [Acesso em: 26 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40>.
14. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR). Resolução Estadual N° 53, de 12 de agosto de 1982 [Acesso em: 26 abr. 2013]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/estudual_resolucao/82rpr53.pdf.
15. Ferreira PL, Coelho VA, Cesar MC, Tolocka RE. Avaliação da saúde, fatores de risco e estado nutricional de crianças e adultos frequentadores de um programa de natação. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2006 Set/Dez;11(3):23-31.
16. Comitê Olímpico Brasileiro. Informações sobre o uso de medicamentos no esporte [Internet]. [Acesso em: 28 fev. 2013] Disponível em: <http://www.cob.org.br/midias/2013/01/31/downloads/t2DhjfX63JrNy7kVZna89d02e5.pdf>.
17. The International Olympic Committee (IOC) Consensus Statement on Periodic Health Evaluation of Elite Athletes: March 2009. *J Athl Train*. 2009 Sep-Oct;44(5):538-57.
18. Basler RS, Basler GC, Palmer AH, Garcia MA. Special skin symptoms seen in swimmers. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Aug;43(2 Pt 1):299-305.
19. Parkkari J, Kujala UM, Kannus P. Is it possible to prevent sports injuries? Review of controlled clinical trials and recommendations for future work. *Sports Med*. 2001;31(14):985-95.
20. Rafiei A, Amirrajab N. Fungal Contamination of Indoor Public Swimming Pools, Ahwaz, South-west of Iran. *Iran J Public Health*. 2010;39(3):124-8.
21. Schettini DA, Schettini AP, Sardinha JC, Ferreira LC, Vasques F, Xerez L. Assessment of completion of forms requesting skin biopsies. *An Bras Dermatol*. 2012 Jan-Feb;87(1):115-8.
22. Zinder SM, Basler RS, Foley J, Scarlata C, Vasily DB. National Athletic Trainers' Association Position Statement: Skin Diseases. *J Athl Train*. 2010 Jul-Aug;45(4):411-28.
23. Purim KSM, Ali SM. Dermatoses do esporte. In: Ali SA. *Dermatoses ocupacionais*. 2ª ed. São Paulo: Fundacentro; 2010. p. 351-63.
24. Mendes R. Aspectos médico-legais das dermatoses relacionadas com o trabalho. In: Ali SA. *Dermatoses ocupacionais*. 2ª ed. São Paulo: Fundacentro; 2010. p. 399-407.

Recebido em: 20/05/2013

Aprovado em: 12/06/2013

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma.

Correspondência:

Kátia Sheylla Malta Purim

Rua Jacob Bertinato, 90

CEP 82530-320 Curitiba – Paraná

E-mail: kspurim@gmail.com

QUADRO COMPLEMENTAR

LEI Nº 15.681

DE 04 DE JANEIRO DE 2013

Publicada DOC 09/01/2013, p. 119 c. 1

(PROJETO DE LEI Nº 195/12, VEREADOR DONATO - PT)

Altera a Lei nº 11.383, de 17 de junho de 1993, e dá outras providências.

José Américo, Presidente da Câmara Municipal de São Paulo, faz saber que a Câmara Municipal de São Paulo, de acordo com o § 7º do artigo 42 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, promulga a seguinte lei:

Art. 1º Os arts. 1º, 2º e 2º-A, da Lei nº 11.383, de 17 de junho de 1993, com a redação dada pela Lei nº 15.527, de 14 de fevereiro de 2012, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º As entidades de iniciação e prática de atividades físicas e esportivas somente poderão funcionar sob a supervisão e responsabilidade técnica de um profissional de educação física devidamente habilitado, ou técnicos credenciados pelas federações estaduais específicas.” (NR)

“Art. 2º Os estabelecimentos a que se refere o art. 1º deverão exigir dos interessados:

a) para a prática de atividades físicas e esportivas no âmbito das entidades federativas e confederativas, a realização de exame médico prévio, renovável semestralmente;

b) para a prática de atividades físicas e esportivas amadoras, a resposta ao Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) que consta do Anexo I desta lei, renovável anualmente.

§ 1º Na hipótese do item “a”, a efetivação da inscrição ficará condicionada à apresentação do atestado médico que autoriza a prática da modalidade específica.

§ 2º A realização do exame médico deverá ser anotada nos registros do esportista federado, a ela anexando-se o atestado médico.

§ 3º No ato da inscrição em entidade federativa, os menores de idade deverão apresentar, além do exame médico, a autorização de seus pais ou responsáveis para a prática de atividades físicas, que poderá ser pessoal ou por escrito.

§ 4º Na hipótese do item “b”, dos interessados que responderem positivamente a qualquer das perguntas do PAR-Q será exigida a assinatura do Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física que consta do Anexo II desta lei.

§ 5º A resposta ao PAR-Q será exigida para os interessados na prática de atividades físicas e esportivas amadoras com idade entre 15 e 69 anos, devendo os demais apresentar atestado médico na forma do § 1º.” (NR)

“Art. 2º-A. No atestado médico deverá constar, obrigatoriamente, o nome completo do médico, seu número no Conselho Regional de Medicina - CRM e eventuais observações

relativas às especificidades de cada caso concreto.

Parágrafo único. A entidade responsável pela inscrição deverá aceitar atestado assinado por médico de confiança do interessado, quando apresentado por este." (NR)

Art. 2º Fica acrescido o art. 2º-C à Lei nº 11.383, de 17 de junho de 1993, com a redação dada pela Lei nº 15.527, de 14 de fevereiro de 2012, com a seguinte redação:

"Art. 2º-C. Os estabelecimentos a que se refere o art. 1º deverão apor, em tamanho e local que permitam boa visibilidade, placa com os seguintes dizeres:

Antes de iniciar a prática de atividades físicas ou esportivas, verifique se você não tem contraindicação." (NR)

Art. 3º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Câmara Municipal de São Paulo, 04 de janeiro de 2013.

JOSÉ AMÉRICO, Presidente

Publicada na Secretaria Geral Parlamentar da Câmara Municipal de São Paulo, em 04 de janeiro de 2013.

KAREN LIMA VIEIRA, Secretária Geral Parlamentar

ANEXO 1

Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda “sim” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “sim”. Por favor, assinale “sim” ou “não” às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

sim não

2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

sim não

3) No último mês, você sentiu dores no peito quando pratica atividade física?

sim não

4) Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência?

sim não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

sim não

6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

sim não

7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

sim não

Data, nome completo e assinatura: _____

ANEXO II

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “sim” a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q). Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Data, nome completo e assinatura: _____

Dreno na cavidade abdominal: uso ou não uso?

Drains in abdominal cavity: Use it or not?

Armando José d'Acampora¹
Jorge Bins Ely²
Ricardo Fantazzini Russi²
Saint Clair Vieira de Oliveira²
Sandro Melim Sgrott²

RESUMO

A história da drenagem abdominal é rica, mais ainda hoje, com todo o arsenal tecnológico que dispõe o cirurgião, ainda não há consenso em relação a sua utilização. Os autores fazem uma pergunta: uso ou não uso o dreno em operações abdominais e dispõe sobre algumas indicações do ponto de vista desses mesmos autores..

DESCRITORES: *Drenagem; Cavidade Abdominal.*

d'Acampora AJ, Ely JB, Russi RF, Oliveira SCV, Sgrott SM. Dreno na cavidade abdominal: uso ou não uso? Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p.115-119,abr./jun. 2013.

Trabalho realizado no Grupo de Pesquisa Técnica Operatória e Cirurgia Experimental – Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

1. Professor do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Doutor em Medicina pela UNFESP/EPM, Cirurgião do Imperial Hospital de Caridade.

2. Professores do Curso de Graduação em Medicina da UNISUL, Campus Pedra Branca.

INTRODUÇÃO

O dreno intraperitoneal é um tema de contínua controvérsia⁽¹⁻³⁾.

A polêmica desde sempre existe e continua sendo alimentada por muitos dizeres, alguns novos e outros bem antigos. Mas com todo esse arsenal de tecnologia do qual dispomos na atualidade, ainda não conseguimos obter um consenso sobre a utilização de um dreno, seja de borracha mole do tipo Penrose ou tubular, mesmo que seja de sucção.

Aqueles que defendem a utilização dos drenos, afirmam que esses carregam os fluidos acumulados nas cavidades para o exterior, e os que criticam essa conduta, referem que o dreno tanto leva quanto trás a contaminação para o mesmo conteúdo. Ou seja, funcionaria perfeitamente como uma lâmina com dois gumes.

Histórico

Hipócrates descreveu a drenagem de empiemas pleurais com tubos e cânulas, muito longe de nós, na Grécia antiga⁽³⁻⁶⁾.

Celsus na Roma do II século, drenava as ascites, constituindo, provavelmente, o primeiro dreno intraperitoneal⁽³⁻⁵⁾, sendo seguido por Galeno e Avicena⁽³⁾.

Depois de muitos séculos e somente em 1877, Billroth muda e revitaliza esse panorama, utilizando a drenagem profilática nas cirurgias gastrointestinais⁽³⁻⁶⁾, como se fora um método seguro de excretar secreções indesejáveis nas operações.

Robert Lawson (1887) repetiria que “na dúvida, drene”^(1,5), utilizando o adágio como sua maior indicação para a drenagem nas operações.

Em 1897, Penrose descreve seu método de drenagem e o tipo de dreno que utilizava, que era um dreno de borracha mole e, que

foi difundido mundialmente como Dreno de Penrose^(3,4).

Ernesto Damerou nos repassava que na sua experiência com todo o tipo de operações, “nunca havia se arrependido por ter colocado um dreno, mas já se arrependera, e muito, por não ter deixado um”⁽⁷⁾.

Indicação do Peru

Paes Leme⁽⁸⁾dizia aos residentes do Hospital de Ipanema que também havia uma terrível indicação para a colocação de drenos, que era a “indicação do peru”.

Peru era o assistente casual de uma operação, aquele que permanecia a olhar o ato operatório de fora do campo cirúrgico e que ao finalizar o ato, perguntava ao cirurgião responsável pela operação como quem não quer nada:

“Ué, não vai drenar, doutor?”.

O questionamento sempre demandava uma resposta imediata e, geralmente, o cirurgião que operava, colocava o dreno, provavelmente para que depois, se houvesse alguma complicação, o malvado do residente que assistia a operação, o tal peru, não viesse a dizer:

“Viu? Se tivesse drenado, isso não aconteceria.”

Indicações do uso de drenos

A utilização dos drenos cirúrgicos tem sido empregada para remover coleções intraperitoneais indesejáveis, como ascites, sangue, bile, quilo, e os sucos pancreáticos e gástricos que possam extravasar após uma operação.

Essas coleções podem tornar-se potencialmente infectadas ou, em caso da combinação de bile e do suco pancreático, causar dano tão grave que acaba por levar a ocorrência de necrose aos tecidos adjacentes.

Outra potencial função da drenagem

profilática é sua função de sinalizar e detectar complicações precoces tais como hemorragia e extravasamento oriundo de pequenas ou grandes falhas nas linhas de sutura entéricas⁽⁹⁾.

Além disso, há o poder corrosivo em potencial das diversas secreções que podem se acumular e são facilmente expelidas pela simples presença de um dreno.

O fato é que, a drenagem, é facilitada pela permanência do pequeno artefato de borracha, pois após cinco ou seis dias de permanência do mesmo, há a formação de um conduto entre o conteúdo intracavitário e o orifício na pele, perpetuando a drenagem da secreção se esta permanecer.

Há indicações precisas, do nosso ponto de vista, de que a drenagem da cavidade abdominal apresenta necessidades específicas para seu emprego:

1. Presença de secreção purulenta e ou conteúdo intestinal;
2. Possibilidade da presença de secreção residual;
3. Profilaxia nas operações sobre a vesícula e o pâncreas, pela possibilidade de extravasamento de secreções digestivas desses dois órgãos (bile e suco pancreático);
4. Quando a anastomose intestinal não convenceu o cirurgião da segurança da mesma.
5. Na possibilidade de sangramento de alguma estrutura no campo operatório que foi encerrado na cavidade abdominal.

A respeito da opção de conduta e tática do cirurgião frente à drenagem da cavidade abdominal, algumas considerações devem ser observadas, de um modo geral, em relação à funcionalidade e aplicação de drenos no plano operatório^(1,2):

- Utilizar materiais suaves, flexíveis e o

menos irritativo possível;

- O dreno deve ser posicionado de tal maneira que não pressione estruturas que possam ser danificadas, delicadas ou vitais, nem linhas de sutura;
- Não há qualquer indicação de se colocar o dreno na incisão utilizada para acesso à cavidade, devendo este ser exteriorizado por uma contra incisão;
- A via de saída ao exterior deve ser posicionada de modo a beneficiar o efeito da drenagem por gravidade.
- Se for utilizado um dreno de sucção, o seu reservatório deve permanecer abaixo do local drenado e em sistema fechado;
- Os drenos são utilizados como verdadeiras sentinelas, demonstrando o tipo de secreção que exteriorizam, e servem para alertar o cirurgião a respeito de quaisquer vazamentos de sangue e/ou fluidos;
- Dreno não substitui a conduta operatória correta e a técnica cirúrgica meticulosa.

Complicações

É sabido, no entanto, que qualquer corpo estranho presente na cavidade abdominal pode vir a provocar uma reação intracavitária^(1,10), a qual leva as alças intestinais, e principalmente o grande epiplo, ao envolvimento dessa estrutura não pertencente à cavidade, na tentativa de isolar o elemento not self 10-12, com todas as armas necessárias, recobrando-o com fibrina e, às vezes, formando um pseudo-tumor, de complexa retirada em ato operatório.

É provável que o dreno assim atue, exatamente como um corpo estranho e que a secreção liberada consista em fluído da reação em resposta a sua presença^(1,13).

Isso pode ser decorrente do fato de que os drenos eram anteriormente confeccionados

com borracha; atualmente eles são material sintético do tipo Silastic (elastômero de silicone) que é muito menos irritante⁽¹⁾.

Quando da utilização drenos rígidos perfurados, Agrama descreve a oclusão completa dos orifícios desses drenos, rapidamente (de 24 a 48 horas após sua fixação)⁽¹⁴⁾.

Também há a alusão de que, drenos de borracha rígida ou de silicone, possam provocar atrito entre a estrutura e as alças intestinais, ocasionando fístulas digestivas pela reação inflamatória que causam nas vísceras ocas e com o movimento próprio das alças intestinais⁽¹⁴⁾.

Diener et al., por meio de meta-análise, observaram que as complicações oriundas de drenagens estão relacionadas, principalmente, com o tempo de permanência do dreno na cavidade⁽¹⁵⁾.

Utilizamos os drenos nas cirurgias classificadas como contaminadas e/ou sujas ou, habitualmente, nas seguintes situações:

1. Leito hepático no qual não se conseguiu uma hemostasia convincente;
2. Presença de secreção fecal e/ou purulenta na cavidade abdominal;
3. Suturas de vísceras ocas que se apresentam com dificuldade de irrigação, seja por idade do paciente ou condição clínica crítica;
4. Suturas de uréter, colédoco e duodeno;
5. Após lavagem exaustiva da cavidade

abdominal;

6. Nas grandes hérnias incisionais, quando ocorrem grandes descolamentos. Nesse caso específico o dreno é de sucção.

Roberta de Carvalho afirma, em trabalho experimental, que: "O Grupo dreno, por sua vez, obteve sobrevida semelhante ao grupo controle, o que corrobora a teoria de que a drenagem abdominal sem indicação precisa não aumenta a sobrevida, além de provocar complicações, principalmente aderências"⁽¹⁶⁾.

Finalizamos com a afirmação que acreditamos demonstrar tudo o que se pensa a respeito da utilização de drenos: "A controvérsia sobre a utilização de drenos é facilmente entendida quando ouvimos o Dr. Moss: a cada ano são utilizados 5 milhões de drenos nos Estados Unidos, no entanto, a eficiência e a indicação destes continua sendo uma controvérsia ainda não resolvida"⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Embora os drenos sejam utilizados desde Hipócrates, ainda não se conseguiu um consenso na sua utilização, e a aplicação destes permanece na empírica sensibilidade e experiência do cirurgião. No entanto, a drenagem profilática não exime o cirurgião dos preceitos de uma minuciosa técnica cirúrgica.

ABSTRACT

The abdominal drain history is rich. Despite all the technology available to the surgeon, they have not reached a consensus in relation to its use yet. The authors question whether use or not the drain in abdominal operations and discuss their own point of views about the indications.

KEYWORDS: *Drainage; Abdominal Cavity.*

REFERÊNCIAS

1. Kirk RM. Bases técnicas da cirurgia. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 224p.
2. Teixeira A, Teixeira TMC. Princípios fundamentais de técnica cirúrgica. 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS; 1983. 226p
3. D'Acampora AJ, Tessler SF, Nitschke CAS, Franzone O. A história da drenagem abdominal. ACM: Arq Cat Med. 1994;23(1):129-32.
4. Abramson DJ. Charles Bingham Penrose and the penrose drain. Surg Gynecol Obstet. 1976 Aug;143(2):285-6.
5. Hermann G. Intraperitoneal drainage. Surg Clin North Am. 1969 Dec;49(6):1279-88.
6. Berliner SD, Burson LC, Lear PE. Use and abuse of intraperitoneal drains in colon surgery. Arch Surg. 1964 Oct;89:686-9.
7. Damerau EF. Comunicação pessoal. Florianópolis, 1990.
8. Paes Leme F. Comunicação pessoal. Rio de Janeiro, 1980.
9. Petrowsky H, Demartines N, Rousson V, Clavien PA. Evidence-based Value of Prophylactic Drainage in Gastrointestinal Surgery: A Systematic Review and Meta-analyses. Ann Surg. 2004 Dec;240(6):1074-85.
10. Dellinger, EP. Surgical Infections. In: Mulholland MW, Lillemoe KD, Doherty GM, Maier RV, Simeone DM, Upchurch Jr GR. Greenfield's Surgery. 15ª ed. Philadelphia: Lipincot Williams & Wilkins; 2011. p.132-46.
11. Rosengart MR, Billiar TR. Inflammation. In: Mulholland MW, Lillemoe KD, Doherty GM, Maier RV, Simeone DM, Upchurch Jr GR. Greenfield's Surgery. 15ª ed. Philadelphia: Lipincot Williams & Wilkins; 2011. p. 91-131.
12. Anderson JM, Rodriguez A, Chang DT. Foreign body reaction to biomaterials. Semin Immunol. 2008 Apr;20(2):86-100.
13. Salgado Júnior W, Macedo Neto NM, dos Santos JS, Sakarankutty AK, Ceneviva R, de Castro e Silva O Jr. Study of the patency of different peritoneal drains used prophylactically in bariatric surgery. World J Gastroenterol. 2009 May 21;15(19):2340-4.
14. Agrama HM, Blackwood JM, Brown CS, Machiedo GW, Rush BF. Functional longevity of intraperitoneal drains: an experimental evaluation. Am J Surg. 1976 Sep;132(3):418-21.
15. Diener MK, Tadjalli-Mehr K, Wente MN, Kieser M, Büchler MW, Seiler CM. Risk-benefit assessment of closed intra-abdominal drains after pancreatic surgery: a systematic review and meta-analysis assessing the current state of evidence. Langenbecks Arch Surg. 2011 Jan;396(1):41-52.
16. Carvalho ROM. Avaliação de três tipos de tratamento da peritonite experimental em ratos Wistar [Monografia - graduação]. Florianópolis: UFSC; 2000.
17. MOSS, JP. Historical and current perspectives on surgical drainage. Surg Gynecol Obstet. 1981 Apr;152(4):517-27.

Recebido em: 12/03/2013

Aprovado em: 05/05/2013

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Armando José d'Acampora

Condomínio San Diego, casa 9

Parque São Jorge – Florianópolis (SC)

88034-420

e mail: dacampora@gmail.com

O Professor Dr. Daniel Egg

Professor Dainel Egg MD

João Carlos Simões*

RESUMO

O autor faz uma descrição na linha do tempo do Prof. Dr. Daniel Egg e do que ele representou para a comunidade médica como primeiro diretor para o Hospital Evangélico de Curitiba e como fundador da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

DESCRITORES: *Daniel Egg; Médicos; História da Medicina.*

Simões JC. O Professor Dr. Daniel Egg. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p. 120-124, abr./jun. 2013.

INTRODUÇÃO

É oportuno que num momento em que o Hospital Universitário Evangélico foi duramente atingido por fatos isolados de um setor e de uma profissional da UTI, que se faça um contraponto e uma homenagem ao Professor Daniel Egg e o que ele representou para a comunidade médica e política do Paraná.

A organização da Sociedade Evangélica Beneficente (SEB) de Curitiba se deu no dia 25 de

junho de 1943, na residência do Rev. Daniel Lander Betts. Estavam presentes João Emílio Henck, pastor da Igreja Batista, Alcides Nogueira, pastor da Igreja Presbiteriana, Jaime D. Cook, pastor da Igreja Congregacional, Dr. Parísio G. Cidade, pastor das igrejas presbiterianas em Joinville e São Francisco, A. Ben Oliver, missionário batista e Augusto Klopffleisch, presbítero da Igreja Presbiteriana de Curitiba.

*Professor titular da disciplina de História e Humanização do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, de Curitiba (PR).



"Nós, no entanto, não paramos de sonhar."

PROF. DR. DANIEL EGG

Nessa reunião, o Dr. Parísio Cidade, que era médico, propõe a criação de uma sociedade evangélica beneficente (SEB), com a finalidade da organização de um serviço médico hospitalar, com policlínica especializada, a fim de atender a comunidade evangélica e o povo em geral.

A história do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná são inseparáveis da saudosa memória histórica que representou o Prof. Dr. Daniel Egg.

Ele nasceu em Curitiba no dia 17 de março de 1918, filho de Carlos Egg e Estela Egg. Graduou-se em Medicina pela Faculdade de

Medicina da Universidade do Brasil, em 1944.

Voltando a Curitiba, foi assistente de anatomia na UFPR de 1945 a 1966. Em viagem de estudos, fez estágio de cirurgia nos Estados Unidos, sendo instrutor de anatomia na Universidade da Califórnia, em 1957.

Em 5 de setembro de 1959, sendo então o primeiro diretor médico, participou do desceramento da fita inaugural do Hospital, junto com o prefeito curitibano Iberê de Matos, que inclusive foi o primeiro paciente atendido pelo Dr. Daniel, porque ao descer do carro prendeu o seu dedo na porta.



O Dr. Daniel Egg faleceu em 31 de janeiro de 1988 e, apesar de muito doente, trabalhou até o seu último dia no Hospital Evangélico.

Acadêmicos internos residentes

Desde a sua inauguração o hospital já possuía um corpo de acadêmicos oriundos do curso de medicina da UFPR e que residiam no Hospital, ainda em obras, e que participavam de atividades no centro cirúrgico e nas enfermarias de indigentes e burocráticas – eram chamados de acadêmicos internos residentes do HUEC e no final do estágio não remunerado, recebiam um diploma.



Imagem aérea do Hospital quando do início da sua construção e inauguração em 5 de setembro de 1959 e atualmente



Particularmente, entrei como acadêmico interno do Hospital em junho de 1967, oportunidade que conheci o Dr. Daniel Egg. Num desses encontros, conversando comigo num procedimento no pronto-socorro, em que o ajudava, dizia que eu precisava aprender uma nova coisa da prática médica por dia – no final de um ano – seriam 365 coisas novas da Medicina que teria aprendido! Sendo assim, tudo que aprendi e deixei de aprender devo ao Hospital Evangélico de Curitiba!

Boletim do Hospital Evangélico de Curitiba

Como era uma pessoa de formação acadêmica, no primeiro editorial do Boletim do HUEC, publicado em janeiro de 1960, referiu o seu sonho de constituir ali uma verdadeira escola. E, assim, se revelou um visionário

obstinado e verdadeiro: “Abriu o Hospital suas portas no dia 5 de setembro de 1959, funcionando parcialmente e pondo em atividade 35 dos seus 120 leitos, onde 75% serão para os indigentes. É intenção do Hospital transformá-lo numa verdadeira Escola, abrindo assim mais um campo para os médicos e acadêmicos de nossa terra, iniciando o mais breve possível reuniões científicas, aulas, cursos de enfermagem e medicina de urgência com a publicação de tudo o que se fizer através de um boletim trimestral, do qual este é o primeiro número.”



A primeira ambulância ao lado do pronto-socorro do HEC, que o reverendo Oswaldo Soeiro Emmerich conseguiu após sua visita aos Estados Unidos, em 1957, além de um aparelho de raio X e um eletrocardiógrafo.

Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEMPAR)

A fundação da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEMPAR) acabou se concretizando em 1968, com o apoio de vários médicos da instituição, professores, políticos (incluindo o então governador Paulo Pimentel) e da SEB. O Dr. Daniel Egg foi o diretor da FEMPAR até a sua morte em 31 de janeiro de 1988.

Em 2 de Janeiro de 1969 iniciaram-se as aulas para 45 estudantes, excedentes do vestibular de 1967 da UFPR, que não tinham conseguido vagas. A aula inaugural foi proferida pelo governador Paulo Pimentel no dia 9 de Janeiro de 1969.



Prédio da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná onde se iniciaram as aulas em janeiro de 1969.



Símbolo da antiga FEMPAR, que depois de abandonado foi resgatado pelo Centro Acadêmico Daniel Egg (CAMDE).

Em 1971 teve início a ampliação do Hospital, com a construção de um pentágono de cinco andares sobre o edifício primeiro que lembrava uma estrela – aliás, tinha o nome de “estrela da saúde” na época da sua inauguração e, também, nos seus primórdios recebeu o nome de Hospital Samaritano. Na escada principal do Hospital havia um vitral (foto) com a passagem bíblica do “bom samaritano”.



Em 20 de março de 1962, o Dr. Daniel Egg faz um relatório no qual fala da instalação de uma ala para atendimento de queimados, com a colaboração da secretária de Saúde – Serviço esse que se tornaria referência no sul do País.

A residência médica do Evangélico foi fundada em abril de 1975, também sob a inspiração do Dr. Daniel Egg e o primeiro coordenador da Coreme foi o Dr. Alvarenga Moreira.

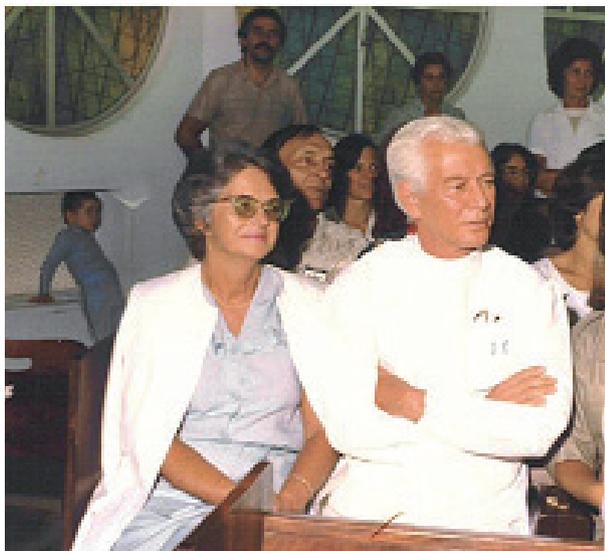
O Pronto Socorro Municipal do Evangélico foi inaugurado em 1978 e, seu primeiro diretor, foi o Prof. Dr. Sérgio Brenner.

Estes são pequenos fragmentos da contribuição e legado que o professor Daniel Egg deixou nos seus mais de 30 anos de dedicação e trabalho no Hospital e na Faculdade de Medicina. Existem poucas imagens que o homenageiam na FEMPAR – a única, eu mesmo fixei na parede do laboratório de técnica operatória e cirurgia

experimental, na época que era professor titular da disciplina de Técnica Operatória. Disciplina que ele próprio incluiu no currículo em 1977 e me incumbiu de dirigir.

A sua imagem marcante de médico e professor de anatomia, com seu avental branco, impecável, onipresente, paira sobre os tijolos do hospital que ajudou a construir e a sua voz, séria e forte, aconchegante e acolhedora, ecoa na antiga FEMPAR, “ali” na Rua Princesa Isabel.

Sua postura séria, severa às vezes – porém, digna e ética – são exemplos marcantes e ficarão nos corações dos médicos e professores do HUEC e do curso de Medicina da FEPAR para sempre.



Comemorando o seu aniversário, junto com a sua esposa Raquel Egg, na capela do HUEC, em 1984.

ABSTRACT

The author writes a description in Dr. Daniel Egg's time line and what he represented to medical community as the first director of Hospital Evangelico de Curitiba and as a founder of Faculdade Evangelica de Medicina do Paraná.

KEYWORDS: *Physicians; History of Medicine.*

REFERÊNCIAS

1. História: Questões & Debates, Curitiba, n. 43, p. 123-146, 2005. Editora UFPR.

Recebido em: 04/04/2013
Aprovado em: 15/05/2013
Conflito de interesse: 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

Paraganglioma Retroperitoneal – Relato de Caso

Retroperitoneal paraganglioma – Case report

Ana Paula Nudelmann Gubert¹

Fábio Maurizio Nery¹

Fabio Roberto Fin²

Marciano Anghinoni³

Rayssa Helena Rosa de Sena⁴

RESUMO

Os paragangliomas são tumores originários de células provenientes do sistema neuroendócrino. Assim como o feocromocitoma, são produtores de catecolaminas, entretanto diferem na sua localização que é extra-adrenal. O relato de caso presente é de uma paciente do sexo feminino, 25 anos, com quadro de dor abdominal, astenia e, ao exame físico, lesão fixa e palpável em mesogástrio de 4 cm. A investigação diagnóstica constatou, através da tomografia, uma imagem de massa retroperitoneal junto aos gânglios de zuckerlandl. O tratamento cirúrgico foi indicado. Durante a cirurgia apresentou sintomas adrenérgicos com baixa resposta a drogas vasoativas. Após a retirada por completo da lesão, cessaram os sintomas. A biópsia mostrou se tratar de paraganglioma maligno. O feocromocitoma apresenta grande espectro de sintomatologia clínicas, principalmente relacionados à liberação de catecolaminas, repercutindo em alterações cardiovasculares, como crises hipertensivas. A única forma de tratamento potencialmente curativo é a ressecção tumoral por via cirúrgica, entretanto pacientes que apresentam invasão tumoral ou presença de metástase, o prognóstico torna-se reservado.

DESCRITORES: *Paraganglioma; Catecolaminas; Hipertensão; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Estudo de Casos.*

Gubert APN, Nery FM, Fin FR, Anghinoni M, Sena RHR. Paraganglioma Retroperitoneal – Relato de Caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p.125-131, abr./jun. 2013.

Trabalho realizado no Hospital São Vicente, de Curitiba, Paraná, Brasil.

1. Médicos residentes em Cirurgia Geral no Hospital São Vicente.
2. Cirurgião Oncológico do Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital São Vicente.
3. Cirurgião Oncológico do Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital São Vicente.
4. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

INTRODUÇÃO

Feocromocitomas são tumores derivado de células cromafins provenientes da crista neural embrionária^(1,2). Enquanto a maioria desses tumores é encontrada na medula da adrenal, uma pequena parcela, os chamados paragangliomas, surgem em sítios extra-adrenais, ao longo das cadeias simpáticas e parassimpáticas⁽²⁾. Feocromocitomas/paragangliomas produzem e secretam catecolaminas, causando uma variedade de sinais e sintomas, incluindo cefaléia, sudorese e hipertensão arterial^(2,3).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, C.L.I., 25 anos, procura atendimento médico com história de dor abdominal intermitente de moderada intensidade, com piora no período menstrual. Como sintoma associado referia irritabilidade, cansaço e emagrecimento de 7 kg em um ano. Há cinco anos queixa-se de astenia e dispneia. Nega comorbidades e história familiar.

Ao exame físico abdominal apresentava lesão fixa e palpável em mesogástrico, não pulsátil, com aproximadamente 4 cm.

Durante a investigação os exames de imagem apontaram:

Ecografia abdominal: massa nodular sólida vascularizada com diminuição do índice de resistência (IR = 0,4) localizada na cavidade abdominal a esquerda da aorta, ao nível da cicatriz umbilical com extensão de 60 x 45 x 55 mm.

Tomografia computadorizada de abdome: massa periaórtica a esquerda medindo 56 x 50 x 45 mm sem sinais de invasão de estruturas adjacentes (**Figura 1**).

A paciente foi submetida a laparotomia exploradora. No intraoperatório foi evidenciada lesão hipervascularizada de 7 cm localizada em retroperitônio (**Figura 2 e 3**).

Durante a dissecação da lesão a paciente cursou com sintomas adrenérgicos e picos hipertensivos com baixa resposta a nitroglicerina, nitroprussiato, metoprolol e esmolol EV (**Figura 4**).

Após a retirada do espécime cirúrgico a paciente apresentou hipotensão persistente, necessitando de retirada das drogas anteriores.

A paciente apresentou boa evolução após o procedimento cirúrgico e recebeu alta no 4º dia pós-operatório e no momento encontra-se assintomática.

Ao exame anatomopatológico da peça evidenciou estrutura medindo 6,5 x 6,0 x 4,0 cm com tecido pardacento e macio entremeado por áreas de aspecto neoplásico sugerindo paraganglioma maligno. A análise imuno-histoquímica confirma este perfil.

DISCUSSÃO

Primeiramente descritos em 1886 por Frankel⁽¹⁾, os feocromocitomas podem ocorrer em qualquer local em que tecido nervoso simpático é encontrado⁽¹⁾. Aproximadamente 85% desses tumores ocorrem na medula adrenal e o restante (paragangliomas) está em sítios extra-adrenais, como o órgão de Zuckerkandl (na bifurcação da aorta abdominal), local encontrado em nossa paciente, na bexiga urinária (<1%), nas células cromafins dos gânglios autônomos em tórax, abdômen e pescoço⁽³⁾.

Feocromocitomas/paragangliomas são tumores raros, ocorrendo em menos de 0,5% dos pacientes hipertensos e em até 4% dos que se apresentam com um incedentaloma de adrenal^(1,3). Estima-se que a incidência anual de feocromocitoma seja de 2 a 8 novos casos por 1 milhão de habitantes⁽⁵⁾. A forma esporádica usualmente é diagnosticada em pacientes entre 40 e 50 anos, enquanto as formas hereditárias geralmente se apresentam mais cedo

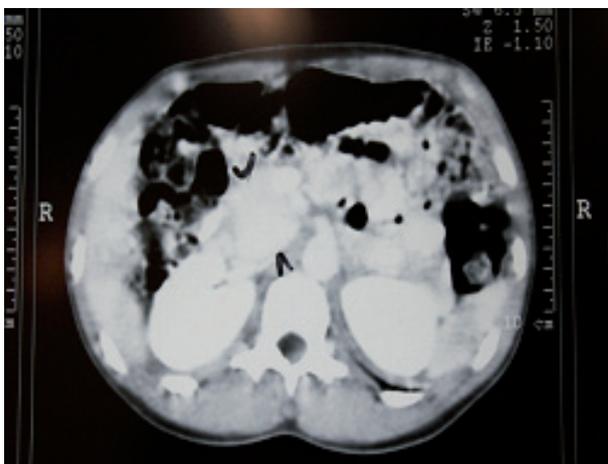


Figura 1. Tomografia computadorizada de abdômen demonstrando massa periaórtica.



Figura 2. Peça cirúrgica evidenciando a massa tumoral retroperitoneal.

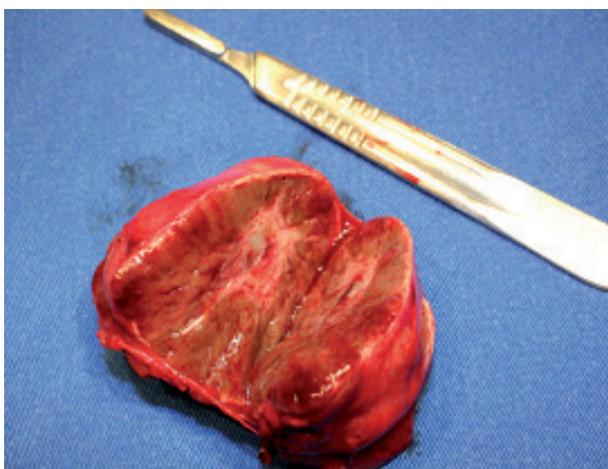


Figura 3. Peça cirúrgica aberta evidenciando os aspectos macroscópicos da massa tumoral.



Figura 4. Imagem do monitor cardíaco no intraoperatório evidenciando as alterações dos níveis pressóricos da paciente.

(antes dos 40 anos). Esse tumor incide igualmente em ambos os sexos e ocorre em todas as raças, sendo mais raro na raça negra⁽⁵⁾.

Em relação à apresentação clínica, a tríade clássica se constitui de cefaleia episódica, sudorese e palpitações^(1,2). 95% dos casos apresentam hipertensão arterial sustentada ou paroxística⁽³⁾. Os 5% que se apresentam assintomáticos usualmente apresentam as formas familiares de feocromocitoma^(1,3). As crises catecolaminérgicas, com hipertensão, taquicardia, pânico entre outros sintomas, podem ser precipitadas por palpação do tumor, mudanças posturais, ansiedade, trauma, dor, ingestão de alimentos contendo tiramina (como alguns queijos), certas drogas (como metoclopramida), intubação, indução anestésica, distensão da bexiga urinária (quando o tumor está aí localizado)^(3,5). O estado de hipermetabolismo também pode levar a considerável perda ponderal⁽³⁾. O presente relato de caso trata-se de uma paciente jovem, 25 anos, que não apresentava tríade clássica do feocromocitoma, que relatou apenas o emagrecimento e durante o ato intraoperatório devido a manipulação do tumor manifestou clinicamente sintomas adrenérgicos de difícil manejo mesmo com uso de drogas vasoativas.

Além disso, o excesso de catecolaminas circulantes pode causar vasoconstrição esplâncnica, que às vezes é tão significativa a ponto de causar enterocolite isquêmica e necrose intestinal. A constipação é frequente, já que a peristaltase é inibida pelas catecolaminas⁽³⁾. A longo prazo, os pacientes com feocromocitoma desenvolvem hipovolemia para compensar os altos níveis pressóricos. Conseqüentemente, hipotensão ortostática é um achado comum^(1,2,3). Diabetes também é frequentemente encontrado e é explicado pela resistência à insulina

induzida pelas catecolaminas.

Antes de 2000, era aceito que 10% dos feocromocitomas estavam associados a síndromes familiares, como neurofibromatose tipo 1, Síndrome de Von Hippel-Lindau e neoplasia neuroendócrina múltipla tipo 2 (MEN 2). Atualmente, no entanto, a frequência das formas familiares chega a 24%^(1,2,3,4,5). As formas familiares se apresentam comumente como neoplasias bilaterais ou multifocais e numa idade mais precoce que as formas esporádicas⁽¹⁾. Mutações germinativas em seis genes já foram associadas aos feocromocitomas/paragangliomas. São eles o gene Von Hippel-Lindau, que causa a síndrome de mesmo nome (hemangioblastomas de retina e SNC, carcinoma de células renais, feocromocitoma, cistos pancreáticos e renais, tumores de saco endolinfático e tumores de epidídimo); o gene RET, que resulta na neoplasia neuroendócrina múltipla tipo 2 (carcinoma medular de tireoide, feocromocitoma, hiperparatireoidismo para o tipo MEN 2A e neuromas múltiplos para o tipo MEN 2B); o gene NF1, causador da neurofibromatose tipo 1 (múltiplos neurofibromas, manchas café-com-leite e feocromocitomas); e os genes que codificam as subunidades B, D e C da enzima mitocondrial succinato desidrogenase^(1,5). As mutações na subunidade B estão associadas a tumores extra-adrenais, com maior risco de malignidade^(1,4). Permanece controverso se todos os pacientes diagnosticados com feocromocitoma devem ser rastreados geneticamente. Em geral, aceita-se que os testes genéticos sejam feitos somente em pacientes com tumores bilaterais, com história familiar positiva ou que foram diagnosticados antes dos 50 anos^(2,5). Embora a paciente do presente estudo tenha realizado investigação com exames de imagem e bioquímica

urinária, não foi demonstrado através desses exames que a paciente apresentasse algumas das síndromes genéticas citadas acima.

Uma vez que haja suspeita clínica de feocromocitoma/paraganglioma, deve-se partir para os testes laboratoriais e, se estes se mostrarem positivos, para os exames de imagem⁽¹⁾. Inicialmente, é recomendado realizar dosagem de metanefrinas plasmáticas (metanefrina e normetanefrina)⁽⁶⁾. Esses metabólitos das catecolaminas se encontram aumentados nos feocromocitomas e são extremamente sensíveis. Concentrações normais de metanefrinas plasmáticas virtualmente excluem o diagnóstico de feocromocitoma/paraganglioma. Existem, no entanto, outras causas de aumento dessas concentrações (uso de antidepressivos tricíclicos, fenoxibenzamina, insuficiência cardíaca congestiva, depressão, síndrome do pânico etc), o que diminui um pouco a especificidade desse teste (85-89%)⁽¹⁾. O teste de supressão com clonidina pode ser empregado nesses casos, para excluir os falso-positivos⁽¹⁾. A medida das catecolaminas e metanefrinas na urina de 24 horas apresenta também boa sensibilidade e especificidade (98% para ambas)⁽¹⁾, mas traz considerável incômodo para o paciente. Uma vez tida a confirmação bioquímica, os exames de imagem devem ser realizados. Os feocromocitomas e os paragangliomas podem secretar catecolaminas como noradrenalina e dopamina, mas só os feocromocitomas podem secretar adrenalina, já a enzima N-metil transferase, necessária para converter noradrenalina em adrenalina, só existe na medula da suprarrenal⁽⁵⁾. Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) são bastante sensíveis para localizar a grande maioria dos feocromocitomas (98-100%)⁽¹⁾. A RM, entretanto, é menos invasiva,

não necessita de contraste iodado e não expõe os pacientes à radiação, sendo preferida à TC, quando disponível. A cintilografia com I-metaiodobenzilguanidina (I-MIBG), um análogo das catecolaminas, pode ser realizada como um exame confirmatório para localização do tumor, mas não é essencial⁽¹⁾. Sua importância real está em diagnosticar e estadiar feocromocitomas/paragangliomas malignos, já que algumas metástases são muito pequenas para serem detectadas pela TC ou RM⁽¹⁾.

A remoção cirúrgica do tumor permanece como o único tratamento curativo para os feocromocitomas/paragangliomas⁽³⁾. Do diagnóstico à cirurgia, o manejo clínico das complicações do tumor, como hipertensão e hipovolemia, é essencial para reduzir o risco de complicações intraoperatórias, principalmente na indução anestésica e na manipulação do tumor, quando pode ocorrer liberação maciça de catecolaminas, levando à crise hipertensiva, arritmias, infarto do miocárdio etc.⁽¹⁾. Podem ser utilizados no pré-operatório antagonistas de receptores alfa, bloqueadores de canal de cálcio, bloqueadores alfa e beta não-seletivos. A fenoxibenzamina, antagonista de alfa receptores, é muito utilizada, mas pode resultar em taquicardia reflexa. Por isso, normalmente é associada a um beta-bloqueador. Estes últimos nunca devem ser utilizados isoladamente, o que poderia precipitar uma crise hipertensiva. Labetalol, bloqueador alfa e beta, tem sido uma boa opção terapêutica para esses pacientes. Os bloqueadores de canal de cálcio são uma boa escolha em pacientes normotensos, mas com hipertensão paroxística⁽¹⁾. A reposição de volume, com salina ou colóide, é fundamental para corrigir a hipovolemia, minimizando as flutuações de pressão no intraoperatório e melhorando a hipotensão

ortostática no pré-operatório. Durante a cirurgia, o controle da pressão pode ser obtido com fentolamina, nitroprussiato e nitroglicerina. As taquiarritmias podem ser controladas com esmolol, um beta-bloqueador de ação rápida⁽¹⁾. Como no nosso caso, a paciente apresentou, durante a dissecação do tumor, taquicardia e hipertensão, sendo necessário o uso dessas drogas. Sempre que possível, feocromocitomas/paragangliomas devem ser removidos laparoscopicamente, resultando em menor dor no pós-operatório, melhor recuperação, menos tempo de estadia no hospital e melhores resultados estéticos⁽¹⁾. Entretanto, tumores maiores (normalmente >5cm)⁽³⁾ e em sítios extra-adrenais de difícil acesso⁽¹⁾ devem ser removidos por cirurgia aberta, sob risco de fratura do tumor e disseminação de células neoplásicas na cavidade peritoneal⁽³⁾, como foi realizado no nosso caso. No pós-operatório, é importante que se atente para hipotensão, decorrente de hipovolemia e hemorragias durante a cirurgia, hipertensão, resultante de excesso de reposição de fluidos, e hipoglicemias⁽³⁾.

Os feocromocitomas são em sua maioria neoplasias benignas, entretanto cerca de 10-20% podem apresentar malignidade⁽⁵⁾. A malignidade do feocromocitoma é difícil de definir uma vez que critérios como invasão capsular, vascular ou linfática, atipia e atividade mitótica não se aplicam ao diagnóstico. Apesar disso, há alguns preditores de malignidade, como tamanho >5 cm, localização extra-adrenal (paraganglioma) e a presença da mutação na subunidade B da enzima succinato desidrogenase^(2,1). Histologicamente, vários escores foram propostos para indicar o risco de malignidade, dos quais o mais utilizado é o PASS (“Pheochromocytoma of the Adrenal gland Scales Score”), criado por Thompson

em 2002⁽⁴⁾, que inclui critérios como alta celularidade e presença de necrose no tumor⁽⁴⁾. Os marcadores imunohistoquímicos, como Ki-67, p53, HSP-90, ciclo-oxigenase, cromogranina A entre outros, podem indicar malignidade, mas nenhum desses se mostrou um marcador prognóstico confiável^(1,4).

Pacientes com lesões benignas e solitárias tem um bom prognóstico, com normalização dos exames laboratoriais se as lesões forem completamente removidas cirurgicamente⁽¹⁾. No entanto, até 50% dos doentes podem permanecer hipertensos, graças à hipertrofia vascular remanescente ou disfunção renal⁽⁵⁾. Após a excisão cirúrgica, a sobrevida em 5 anos é de cerca de 95%⁽⁵⁾. Porém, deve-se ter um seguimento atento e por longos períodos, já que as taxas de recorrência variam de acordo com a série publicada de 0%-17%^(1,5). Uma vez que o indivíduo tenha desenvolvido doença metastática, a sobrevida em 5 anos é de 50%⁽¹⁾. O tratamento de feocromocitomas/paragangliomas malignos é paliativo, visando à redução do tamanho do tumor e, consequentemente, dos sintomas relacionados à secreção de catecolaminas^(1,4). A terapia com radionuclídeos pode ser considerada nesses pacientes, com isótopos emissores de ondas beta acoplados a MIBG ou análogos de somatostatina⁽⁴⁾. A quimioterapia combinada com ciclofosfamida, vincristina e dacarbazina é bem descrita com uma resposta transitória do tumor e melhora sintomática em até 65% dos casos⁽¹⁾. A ablação com radiofrequência pode ser usada para as metástases em fígado e osso⁽¹⁾. Estudos mais recentes tem focado a terapia em vias específicas da oncogênese dos feocromocitomas. Em nosso caso, a paciente apresenta-se estável, assintomática, sem evidência de doença metastática até o momento.

ABSTRACT

Paragangliomas are tumors originating from cells of the neuroendocrine system. Like the pheochromocytoma, they are producers of catecholamines however they differ in their location which is extra-adrenal. The present case report is of a 25 year old female patient who presents abdominal pain, asthenia, and at a physical examination showed a fixed and palpable 4cm lesion in the mesogastrium. The diagnostic investigation found, through tomography, an image of a retroperitoneal mass within the zuckerlandl ganglia. Surgery was indicated. During surgery performance she had adrenergic symptoms with low response to vasoactive drugs. After completely removing the lesion, the symptoms ceased. The biopsy showed it was a malignant paraganglioma. The pheochromocytoma shows great clinical symptoms mainly related to catecholamine release, resulting in cardiovascular alterations such as hypertensive crises. The only way of a potentially curative treatment is a tumor resection by surgery, but for patients with tumor invasion and metastasis, the prognosis becomes reserved.

KEYWORDS: *Paraganglioma; Catecholamines; Hypertension; Surgical Procedures, Operative; Case Studies.*

REFERÊNCIAS

1. Adler JT, Meyer-Rochow GY, Chen H, Benn DE, Robinson BG, Sippel RS, et. al. Pheochromocytoma: Current Approaches and Future Directions. *Oncologist*. 2008 Jul;13(7):779-93.
2. Kim KH, Chung JS, Kim WT, Oh CK, Chae YB, Yu HS, et al. Clinical experiences of Pheochromocytoma in Korea. *Yonsei Med J*. 2011 Jan;52(1):45-50.
3. Phillips RA. Pheochromocytoma. *J Clinic Hypertension*. 2002 Jan;4(1):62-71.
4. Parenti G, Zampetti B, Rapizzi E, Ercolino T, Giachè V, Mannelli M. Updated and new perspectives on diagnosis, prognosis and therapy of malignant Pheochromocytoma/Paraganglioma. *J Oncol*. 2012;2012:872713.
5. Costa L, Gomes AT. Feocromocitoma. *Arq Med*. 2008;22(6):177-87.
6. Oliveira MC, Silva G, Machado R, Lima O, Ramires R, Marcelo F. Paraganglioma retro-peritoneal: um diagnóstico raro mais importante. *Acta Urológica*. 2009;26(4):47-53.

Enviado em: 10/3/2013

Aprovado em: 20/5/2013

Conflito de interesses: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Ana Paula Nudelmann Gubert

*Endereço: R. Francisco Rocha, nº 516, ap. 401. Curitiba / PR
CEP: 80420-130*

Telefone: (41) 3524-2064

e-mail: anapaula_gubert@hotmail.com

Dermatomiosite eritrodérmica: Relato do primeiro caso brasileiro

Erythrodermic dermatomyositis: The first case reported in Brazil

Letícia Dalla Costa Kusano¹

Andre Luis David¹

Carlos Augusto Sperandio Junior²

Maurício Shigeru Sato³

Heitor João Lagos⁴

RESUMO

A dermatomiosite (DM) é uma doença do tecido conectivo do grupo das miopatias inflamatórias idiopáticas. Caracteriza-se por acometimento cutâneo e muscular. As manifestações cutâneas características da DM são o heliótropo e as pápulas de Gottron, sendo raro o achado de eritrodermia. Apresentamos o relato de um caso de dermatomiosite eritrodérmica, ainda não descrito na literatura brasileira.

DESCRITORES: *Dermatomiosite; Dermatite Esfoliativa; Estudo de Casos.*

Kusano LDC, David AL, Sperandio Junior CA, Sato MS, Lagos HJ. Dermatomiosite eritrodérmica: Relato do primeiro caso brasileiro. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p.132-?137 abr./jun.2013.

Estudo realizado no Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG) – Curitiba, Paraná, Brasil.

1. Médicos Residentes em Clínica Médica no Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba (PR), Brasil.
2. Médico Especialista em Clínica Médica, Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba (PR), Brasil.
3. Médico Dermatologista, Responsável pelo Ambulatório de Cirurgia Micrográfica de Mohs, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.
4. Médico Especialista em Clínica Médica, Especialista em Medicina Intensiva, Preceptor da Residência de Clínica Médica do Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba (PR), Brasil.

INTRODUÇÃO

A dermatomiosite (DM) é uma doença do tecido conectivo, do grupo das miopatias inflamatórias idiopáticas. Caracteriza-se por acometimento cutâneo e muscular, principalmente pelo achado de fraqueza simétrica da musculatura proximal⁽¹⁾. A incidência da DM varia de dois a sete casos novos por um milhão de habitantes/ano e acomete principalmente mulheres, numa proporção de 2:1⁽²⁾. O diagnóstico é feito, em média, aos 40 anos de idade⁽³⁾, através dos cinco critérios de Bohan e Peter⁽⁴⁾ que foram descritos em 1975: 1) fraqueza simétrica da musculatura proximal; 2) rash cutâneo característico; 3) elevação sérica das enzimas musculares; 4) alterações típicas na eletromiografia; e 5) achados característicos na biópsia muscular na ausência de sinais histológicos sugestivos de outra miopatia. A diagnose da doença é considerada “possível” quando existem dois critérios, “provável” na presença de três e “definida” quando quatro dos cinco critérios estão presentes. As manifestações cutâneas características da DM são o heliótropo e as pápulas de Gottron⁽¹⁾. Outras alterações cutâneas encontradas são o eritema malar, a poiquilodermia em áreas fotoexpostas, a alopecia, as telangiectasias periungueais e a hipertrofia da cutícula com pequenos infartos hemorrágicos⁽¹⁾. Manifestações cutâneas raras incluem as lesões vesicobolhosas, as lesões erosivas e a eritrodermia.

Eritrodermia, também conhecida como dermatite esfoliativa, apresenta-se como eritema extenso e descamação em área igual ou superior a 90% da superfície cutânea⁽⁴⁾. A etiologia compreende as dermatoses pré-existentes, a reação induzida por droga, a secundária à malignidade e a idiopática⁽⁵⁾. A causa mais comum entre as dermatoses PR-existentes é a psoríase⁽⁶⁾. Outras são as dermatites seborreia, atópica

e de contato, além da pitiríase rubra pilar⁽⁵⁾. As drogas mais comumente envolvidas são os antibióticos e as medicações neurológicas, especialmente os anticonvulsivantes⁽⁶⁾. A presença de neoplasia sempre deve ser investigada, principalmente os linfomas cutâneos de células T, compreendendo a micose fungoide e a síndrome de Sèzary; outras que também podem ser responsáveis são as leucemias e os tumores sólidos do trato gastrointestinal, da mama e do pulmão⁽⁶⁾. O primeiro relato de DM manifestando-se com eritrodermia foi descrito por Miyagawa em 1992⁽⁷⁾.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso de eritrodermia causado por DM, haja vista existirem poucos relatos desta afecção na literatura mundial⁽⁷⁻¹¹⁾ e nenhum caso descrito no Brasil.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, com aparecimento de lesões eritematosas e descamativas generalizadas, pruriginosas, acometendo quase a totalidade da superfície cutânea. As lesões iniciaram há 18 meses em couro cabeludo, progredindo para tórax, abdome e membros. A paciente havia sido submetida a investigações prévias, sem diagnóstico, utilizando empiricamente corticoide sistêmico e hidroxicloroquina, sem sucesso. Negava artralguas, tosse e dor. Em uso de levotiroxina de longa data e escitalopram há três anos. Ao exame físico, observava-se lesão cutânea extensa com eritema, edema e descamação (**Figura 1**). Além disso, apresentava áreas de escoriação, erosão discreta em mucosa jugal, edema de membros inferiores, fraqueza da musculatura proximal de membros superiores (dificuldade para abduzir os braços) e cicatriz paramediana a direita referente à colecistectomia prévia. Não



Figura 1. Eritrodermia extensa com descamação.

apresentava linfonodomegalias. Os exames das investigações prévias haviam sido dosagem sérica de creatinofosfoquinase (CPK) com valor normal; sorologias para hepatites e HIV não reagentes; FAN núcleo reagente com padrão pontilhado fino - título 1/320, demais auto-anticorpos (anti-DNA, anti-Sm, anti-Ro, anti-La, anti-Jo) não reagentes; duas biópsias cutâneas com laudo revisado de dermatite de interface, compatíveis com lúpus eritematoso (LE) (Figura 2) e exames para investigação de neoplasia de trato gastrointestinal e abdominal normais. Uma vez que não houve preenchimento dos critérios para LE sistêmico (American College of Rheumatology, 1982) e pela presença da fraqueza da musculatura proximal de membros superiores, suspeitou-se de dermatomiosite.

A nova investigação iniciou com eletro-neuromiografia, a qual demonstrou sinais de

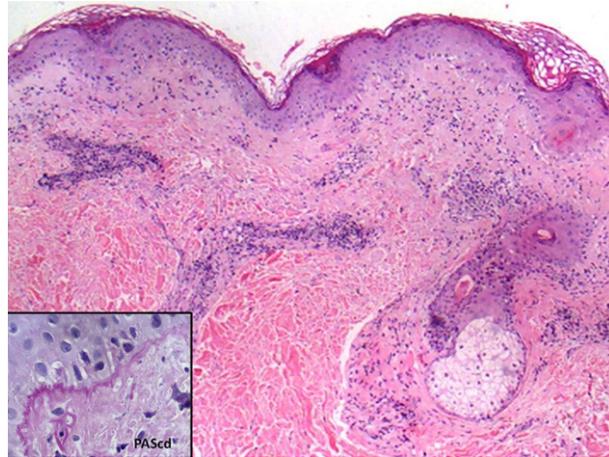


Figura 2. Infiltrado linfocitário perivascular e intersticial na derme superficial e média, predominantemente. Detalhe evidencia focos da membrana basal espessada e irregular. Coloração ácido periódico de Schiff (PAS).

miopatia inativa em membros superiores e inferiores sugestivos de DM. Na sequência, realizou-se biópsia do músculo quadríceps, com achado de miopatia inflamatória compatível com dermatomiosite na histopatologia e imunohistoquímica (Figuras 3 e 4). Na oportunidade, uma investigação para doenças neoplásicas ginecológica, pulmonar, gastrointestinal e hematológica foi realizada, com resultados normais.

O tratamento iniciado foi pulso de metilprednisolona 1 g/dia por três dias; seguido de manutenção com prednisona 20mg/dia, hidroxiquina 400 mg/dia e talidomida 100 mg/dia. A paciente evoluiu com melhora importante das lesões, diminuição do eritema, edema e prurido um mês após início da terapia.

O estudo segue os princípios éticos da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial de Junho de 1964 e posteriores revisões. O paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido autorizando o tratamento e o uso e publicação de dados e resultados clínicos para propósitos científicos. A anonimidade do paciente foi assegurada.

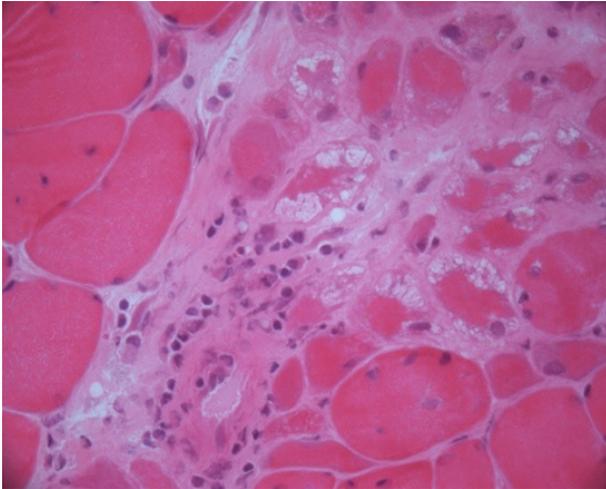


Figura 3. Fibras atróficas de formato angulado ou poliédrico, dispersas entre fibras normais. Regiões perifasciculares com atrofia e necrose de fibras. Reação inflamatória perivascular constituída por células linfomononucleares. Coloração de hematoxilina e eosina (HE), 400X.

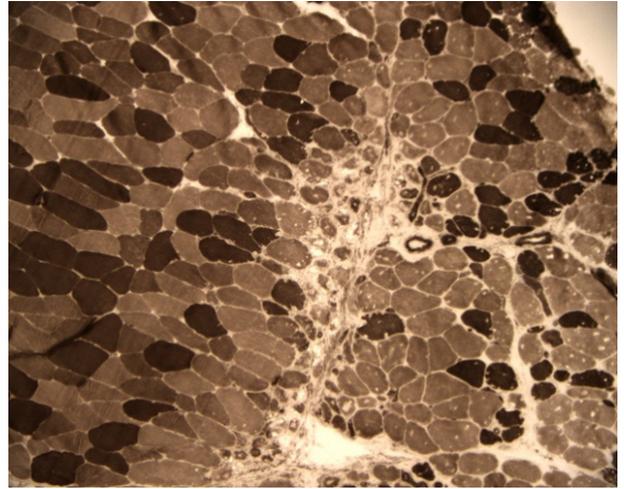


Figura 4. Atrofia de fibras musculares do tipo 2 encontrado na DM. Coloração ATPase.

DISCUSSÃO

A paciente descrita no caso apresentou a eritrodermia esfoliativa como manifestação predominante da DM. O acometimento cutâneo pode preceder o desenvolvimento da miopatia, podendo ser a única manifestação da doença por alguns anos⁽¹⁾. Nesses casos, pode ser difícil a diferenciação com casos de LE⁽¹⁾, até mesmo pela biópsia cutânea⁽¹²⁾. A imunofluorescência pode auxiliar no diagnóstico de casos como esse, sendo geralmente positiva no LE e negativa na DM⁽¹⁾. Na presença de sinais cutâneos característicos, fraqueza muscular proximal e elevação das enzimas musculares, o diagnóstico pode ser feito sem a necessidade de outros exames complementares. Nos casos de difícil elucidação diagnóstica, prossegue-se a investigação com eletromiografia, ressonância magnética e biópsia muscular. A biópsia deve ser obtida preferencialmente da musculatura que apresenta fraqueza ao exame físico, geralmente são escolhidos o quadríceps ou a musculatura

do deltoide. No caso descrito, optou-se por coleta do material do quadríceps, com alterações histológicas características concordantes ao encontrado na literatura: atrofia de fibras musculares, necrose, regeneração e hipertrofia celular. A biópsia muscular é tida como exame de eleição para o diagnóstico de DM⁽³⁾.

Os casos descritos na literatura demonstram associação de 10% a 50% entre DM com doenças neoplásicas⁽⁹⁻¹¹⁾, fator esse de pior prognóstico, com manifestações clínicas intensas e refratariedade a corticoterapia. O surgimento da malignidade pode ser anterior, concomitante ou posterior ao diagnóstico da DM, sendo necessário o seguimento anual desses pacientes com rastreo periódico para doenças neoplásicas nos três primeiros anos de doença^(1,11).

A paciente descrita no caso apresentou a eritrodermia esfoliativa como manifestação predominante da DM. O acometimento cutâneo pode preceder o desenvolvimento da miopatia,

podendo ser a única manifestação da doença por alguns anos⁽¹⁾. Nesses casos, pode ser difícil a diferenciação com casos de LE⁽¹⁾, até mesmo pela biópsia cutânea⁽¹²⁾. A imunofluorescência pode auxiliar no diagnóstico de casos como esse, sendo geralmente positiva no LE e negativa na DM⁽¹⁾. Na presença de sinais cutâneos característicos, fraqueza muscular proximal e elevação das enzimas musculares, o diagnóstico pode ser feito sem a necessidade de outros exames complementares. Nos casos de difícil elucidação diagnóstica, prossegue-se a investigação com eletromiografia, ressonância magnética e biópsia muscular. A biópsia deve ser obtida preferencialmente da musculatura que apresenta fraqueza ao exame físico, geralmente são escolhidos o quadríceps ou a musculatura

do deltoide. No caso descrito, optou-se por coleta do material do quadríceps, com alterações histológicas características concordantes ao encontrado na literatura: atrofia de fibras musculares, necrose, regeneração e hipertrofia celular. A biópsia muscular é tida como exame de eleição para o diagnóstico de DM⁽³⁾.

Os casos descritos na literatura demonstram associação de 10% a 50% entre DM com doenças neoplásicas⁽⁹⁻¹¹⁾, fator esse de pior prognóstico, com manifestações clínicas intensas e refratariedade a corticoterapia. O surgimento da malignidade pode ser anterior, concomitante ou posterior ao diagnóstico da DM, sendo necessário o seguimento anual desses pacientes com rastreamento periódico para doenças neoplásicas nos três primeiros anos de doença^(1,11).

ABSTRACT

Dermatomyositis (DM) is a connective tissue disease of the group of idiopathic inflammatory myopathies. It is characterized by cutaneous and muscular reactions. The characteristic cutaneous manifestations of DM are heliotrope and Gottron's papules, where it is very rare to find erythroderma. We report a case of erythrodermic dermatomyositis, not yet described in the Brazilian literature.

KEYWORDS: *Dermatomyositis; Dermatitis, Exfoliative; Case Studies.*

REFERÊNCIAS

1. Callen JP, Wortmann RL. Dermatomyositis. Clin Dermatol. 2006 Sep-Oct;24(5):363-73.
2. Callen JP. Collagen vascular diseases. J Am Acad Dermatol. 2004 Sep;51(3):427-39.
3. Ortigosa LCM, Reis VMS. Dermatomiosite. An Bras Dermatol. 2008;83(3):247-59.
4. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). N Engl J Med. 1975 Feb 20;292(8):403-7.
5. Sehgal VN, Srivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. Int J Dermatol. 2004 Jan;43(1):39-47.
6. Grant-Kels JM, Bernstein ML, Rothe MJ. Exfoliative dermatitis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 225-32.
7. Miyagawa S, Okazaki A, Minowa R, Shirai T. Dermatomyositis presenting as erythroderma. J Am Acad Dermatol. 1992 Mar;26(3 Pt 2):489-90.
8. Liu ZH, Wang XD. Acute-onset adult dermatomyositis presenting with erythroderma and diplopia. Clin Exp Dermatol. 2007 Nov;32(6):751-2.
9. Kim SW, Kang YS, Park SH, Lee UH, Park HS, Jang SJ. A case of erythrodermic dermatomyositis associated with gastric cancer. Ann Dermatol. 2009 Nov;21(4):435-9.
10. Nousari HC, Kimyai-Asadi A, Spegman DJ. Paraneoplastic dermatomyositis presenting as erythroderma. J Am Acad Dermatol. 1998 Oct;39(4 Pt 1):653-4.
11. Maruani A, Armingaud P, Nseir A, Luthier F, Estève E. Erythroderma and multiple cutaneous necrosis revealing a dermatomyositis. Ann Dermatol Venereol. 2003 Mar;130(3):353-6.
12. Smith ES, Hallman JR, DeLuca AM, Goldenberg G, Jorizzo JL, Sanguenza OP. Dermatomyositis: a clinicopathological study of 40 patients. Am J Dermatopathol. 2009 Feb;31(1):61-7.

Enviado em: 12/03/2013

Aprovado em: 05/05/2013

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Leticia Dalla Costa Kusano

Hospital Nossa Senhora das Graças - Centro de Estudos

Rua Alcides Munhoz, 433 - Mercês

80810-040 Curitiba / PR, Brasil

Tel.: +55 (41) 3240-6060

E-mail: leticiadck@yahoo.com.br



Envie seu Artigo

para a Revista do Médico Residente via

internet

drjcs@uol.com.br

Síndrome de Plummer-Vinson: Relato de caso e revisão da literatura

Plummer-Vinson Syndrome: Case Report and Literature Review

Anna Carolina Botti de Oliveira¹
Débora Mattana Vasconcelos Teixeira²
Guilherme Figueiró Ferronato³

RESUMO

A síndrome de Plummer-Vinson é uma condição rara, caracterizada pelos achados de anemia ferropriva, disfagia cervical e membranas esofágicas. O tratamento é geralmente feito pela reposição de ferro associada com dilatações esofágicas para ruptura das membranas. O monitoramento endoscópico do esôfago e faringe é necessário devido à grande incidência de carcinoma nesses órgãos, decorrentes da síndrome. Apresentamos um caso de disfagia progressiva associada à anemia ferropriva de longa data, sem controle adequado através da reposição oral de ferro. A paciente chegou ao nosso serviço com a queixa principal de disfagia importante e com exames sugerindo lesão em hipofaringe. Ela estava utilizando uma sonda nasogástrica para alimentação, dada a dificuldade de deglutição apresentada. Foi feito o diagnóstico de carcinoma espinocelular da hipofaringe e encaminhado para tratamento clínico com radioterapia e quimioterapia. A Síndrome de Plummer-Vinson, apesar de rara, não deve passar despercebida, dada a necessidade de monitoramento de carcinoma para detecção precoce e tratamento.

DESCRITORES: *Síndrome de Plummer-Vinson; Transtornos de deglutição; Anemia; Neoplasias de cabeça e pescoço; Estudo de Casos.*

Oliveira ACB, Teixeira DMV, Ferronato GF. Síndrome de Plummer-Vinson: Relato de caso e revisão da literatura. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p.138-142, abr./jun.2013.

1. Residente em Cirurgia Geral, Departamento de Cirurgia Geral, Hospital São Vicente - FUNEF, Curitiba, Paraná, Brasil.
2. Cirurgiã Oncológica, Departamento de Cirurgia Oncológica, Hospital São Vicente.
3. Acadêmico de Medicina, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Plummer-Vinson, também conhecida como Síndrome de Paterson-Kelly ou disfagia sideropênica, é geralmente definida pela tríade de anemia ferropriva, disfagia e membranas esofágicas. É uma condição extremamente rara que, em geral, afeta mulheres de meia idade. A etiopatogenia da síndrome permanece desconhecida, sendo a deficiência de ferro o fator etiológico possível mais importante. Apesar de rara, seu conhecimento é importante, pois está relacionada com aumento no risco de carcinoma espinocelular da faringe e esôfago superior.

RELATO DE CASO

R.C.N., sexo feminino, 39 anos, veio encaminhada, em março de 2012, ao Serviço de Oncologia do Hospital São Vicente-FUNEF com queixa de disfagia progressiva havia três meses, associada com emagrecimento de 10 kg no mesmo período.

Relatou como história pregressa, quadro recorrente de anemia ferropriva, em tratamento desde 1998 em outro serviço (hematologia), de difícil controle e de etiologia indefinida, e que por vezes necessitou de transfusões sanguíneas. Apresentava também irregularidade menstrual associada com quadro de menopausa precoce em acompanhamento com ginecologia desde 2002.

Ex-tabagista de 26 maços-ano e etilismo de longa data.

Ao exame físico paciente com dados vitais estáveis, hipocorada ++/4+, brevílnea, emagrecida. Cavidade oral sem lesões visíveis na oroscopia. Em uso de sonda nasoenteral. Laringoscopia indireta não foi realizada na primeira consulta ambulatorial.

Exames laboratoriais demonstrando anemia microcítica hipocrômica com demais achados dentro da normalidade. Endoscopia digestiva alta realizada em outro serviço evidenciava estenose de esôfago superior na altura do esfíncter esofágico superior, além de lesão suspeita em hipofaringe. A paciente não tinha o laudo anatomopatológico desta lesão.

Paciente foi encaminhada para exames de estadiamento e internação para realização de laringoscopia direta com biópsia. Esse exame evidenciou uma lesão úlcero-vegetante grande em área retrocricóide. Durante esta internação a paciente também foi submetida a uma traqueostomia preventiva pelo risco de insuficiência respiratória durante o tratamento e a uma jejunostomia, pois no pós-operatório imediato, perdeu a sonda nasoenteral e não foi possível passá-la novamente.

Realizou nova endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão vegetante e friável na hipofaringe impedindo a progressão do endoscópio para o esôfago.

O resultado do exame anatomopatológico da biópsia realizada por laringoscopia direta evidenciou carcinoma espinocelular (CEC) de hipofaringe. A tomografia computadorizada de pescoço de maio de 2012 evidenciava a traqueostomia, lesão expansiva com envolvimento circunferencial de laringofaringe e traqueia determinando compressão e redução progressiva da luz com obliteração total ao nível da cartilagem tireoide (**Figura 1**).

Pela localização e tamanho da lesão a paciente foi encaminhada para tratamento com quimioterapia e radioterapia em nosso serviço.

DISCUSSÃO

AA síndrome de Plummer-Vinson tem suas primeiras descrições datando de 1912 com

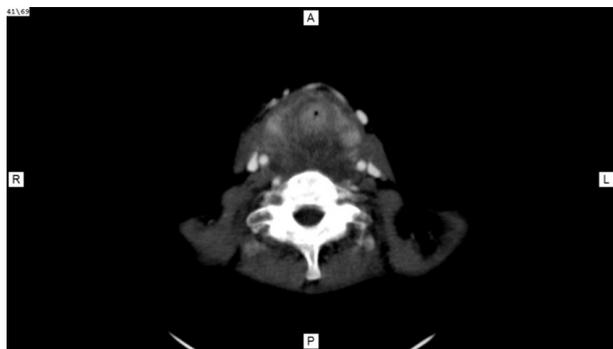


Figura 1. Lesão expansiva com envolvimento circunferencial da laringe e traqueia, determinando compressão e redução progressiva de sua luz com obliteração total ao nível da cartilagem tireoidea.

Henry Stanley Plummer⁽¹⁾ e, em 1919, com Porter Paisley Vinson⁽²⁾, ambos médicos da equipe da Mayo Clinic. Outro termo para a mesma condição é Paterson-Kelly, dado pela publicação em 1919 dos achados dos laringologistas Donald Ross Paterson e Adam Brown-Kelly, que descreveram sinais clínicos da síndrome pela primeira vez⁽³⁻⁵⁾.

A síndrome é definida pela tríade de disfagia, anemia ferropriva e membranas esofágicas. A disfagia é geralmente descrita como pós-cricoide, indolor, intermitente ou progressiva, às vezes associada à perda de peso. O paciente pode reclamar de sufocamento ou mesmo episódios de aspiração⁽⁹⁾. Os sintomas da anemia (fraqueza, palidez, fadiga, taquicardia) podem ser os mais evidentes, sendo que outras características incluem glossite, queilite angular, coiloníquia. A maioria dos pacientes são mulheres brancas de meia idade, entre a quarta e sétima décadas de vida, porém já foi descrita em crianças e adolescentes⁽⁴⁻⁹⁾.

Dados precisos sobre incidência e prevalência da síndrome não são conhecidos. No início do século XX parecia ser comum em caucasianos de países do norte⁽⁶⁾, porém atualmente a síndrome é rara. Somente relatos de casos têm sido descritos recentemente na literatura,

ao invés de séries de casos. A queda na prevalência parece se correlacionar com a melhora do estado nutricional e o desaparecimento de deficiência de ferro generalizada em países em que a síndrome tinha sido previamente descrita^(4,8). Na África, onde tanto deficiência de ferro quanto má nutrição são comuns, a síndrome é muito rara⁽⁴⁾. Foi proposto em 2008, que a síndrome teria tido sua incidência reduzida até mesmo por sua não existência. Foi aceito, contudo, que isso deve ter acontecido por diminuição no seu reconhecimento, em paralelo com a melhora da dieta e o tratamento da sideropenia com sais de ferro inorgânicos⁽⁸⁾.

O diagnóstico é feito a partir da evidência de anemia ferropriva e membranas esofágicas em um paciente com disfagia pós-cricoide. As membranas podem ser detectadas por exame contrastado com bário, videofluoroscopia ou ainda endoscopia digestiva alta. Elas geralmente se localizam na porção proximal do esôfago e podem ser rompidas pelo endoscópio, a não ser que este seja introduzido por visualização direta^(4,5,7). As membranas esofágicas em geral consistem de epitélio escamoso e submucosa, e dificilmente cercam todo o lúmen⁽⁴⁾. Alguns autores relatam que as membranas esofágicas não são a causa primária da disfagia, mas sim pressões de deglutição diminuídas⁽¹⁰⁾. Como a disfagia é o sintoma mais importante, o diagnóstico diferencial deve incluir outras causas de disfagia, principalmente tumores malignos, estenoses benignas, anéis esofágicos, divertículos, distúrbios de motilidade esofágica como acalasia, esclerodermia, diabetes mellitus, doença do refluxo gastroesofágico, e desordens neuromusculares e da musculatura esquelética^(4,5,7).

A patogênese da síndrome de Plummer-Vinson permanece desconhecida. A sideropenia segue como o possível fator mais importante,

devido à observação de que a disfagia pode melhorar com a suplementação de ferro. O trato alimentar é suscetível à deficiência de ferro, e logo perde enzimas dependentes de ferro devido ao seu alto turnover celular, levando à degeneração mucosa e formação de membranas (4). Contudo, a relação entre sideropenia e formação de membranas nem sempre é tão direta assim, muitas vezes não sendo suficiente ou necessária a presença de uma para a ocorrência da outra^(4, 11, 12). Outras etiologias foram propostas, incluindo má nutrição, predisposição genética ou mesmo processos autoimunes (pela associação com desordens como doença celíaca)⁽⁴⁾. A síndrome de Plummer-Vinson pode ser acompanhada de anemia perniciosa, tireoidite ou artrite reumatoide^(5,7,13-15).

O tratamento da síndrome deve iniciar com a avaliação da anemia, excluindo hemorragia, malignidade ou doença celíaca. A suplementação com ferro é capaz de resolver a disfagia em muitos pacientes^(4,7) e deve ser mantida mesmo com a normalização dos valores hematimétricos quando há membranas esofágicas formadas⁽⁵⁾. Em alguns casos pode haver necessidade de ruptura das membranas por meio de endoscopia. Alguns autores preconizam o uso de procedimentos cirúrgicos para ressecção das membranas em certos casos⁽¹⁶⁾.

A síndrome de Plummer-Vinson, desde o relato de Paterson em 1919⁽¹⁷⁾, é sabidamente relacionada com doenças malignas do trato aéreo-digestivo superior. A partir daquele tempo, a incidência de carcinoma em pacientes com a síndrome foi bem estabelecida. As taxas reportadas variam entre 4% a 16% com quase todos os casos ocorrendo em localização pós-cricoide. Outros locais documentados incluem a cavidade

oral, esôfago, estômago, e fossa piriforme^(12, 18, 19). Carcinomas pós-cricoides são a forma menos comum de cânceres da hipofaringe e geralmente se apresentam em estágios avançados⁽¹⁰⁾.

Estudos recentes buscaram desenvolver um padrão molecular que possa ajudar na compreensão da carcinogênese do carcinoma pós-cricoide relacionado à síndrome de Plummer-Vinson e na detecção precoce de malignidade. Foi concluído que a análise da perda de heterozigidade (LOH) do CFS1-R no cromossomo 5 é o mais eficiente marcador de progressão tumoral de normal (0%) para a síndrome (33,3%), chegando ao carcinoma pós-cricoide (100%)⁽²⁰⁾.

O prognóstico da síndrome de Plummer-Vinson é excelente, porém piora dramaticamente com a associação de um carcinoma espinocelular da hipofaringe ou do esôfago proximal^(4,5). Mais do que uma simples relação com doenças malignas, síndrome é considerada por alguns autores uma condição pré-cancerosa⁽⁷⁾, devendo-se realizar endoscopias anuais para vigilância.

CONCLUSÃO

A Síndrome de Plummer-Vinson é uma condição rara caracterizada pelos achados de anemia ferropriva, disfagia cervical e membranas esofágicas. O tratamento geralmente é realizado pela reposição oral e/ou parenteral de ferro, associada a dilatações esofágicas com eventual ruptura das membranas situadas na luz do esôfago, com bons resultados. O controle endoscópico periódico do esôfago e da faringe é necessário em função da maior incidência de carcinoma nesses órgãos nos doentes portadores da síndrome. O prognóstico da é bom, exceto nos casos que evoluem com neoplasia.

O Comitê de Ética do Hospital São Vicente – FUNEF aprovou a publicação desse relato em 17 de janeiro de 2013.

ABSTRACT

The Plummer-Vinson syndrome is a rare condition characterized by the findings of iron deficiency anemia, cervical dysphagia and esophageal membranes. The treatment is generally made by iron replacement associated to esophageal dilation for the rupture of the membranes. The endoscopic monitoring of the esophagus and pharynx is necessary due to the high incidence of carcinoma in these organs arising from the syndrome. We present a case of progressive dysphagia associated with longtime iron deficiency anemia with lack of adequate control by oral iron replacement. The patient came to our hospital with the main complaint of severe dysphagia and her exams suggested injury to the hypopharynx. She was using a nasogastric feeding due to the presented difficulty in swallowing. She was diagnosed with squamous cell carcinoma of the hypopharynx and referred for treatment with radiotherapy and chemotherapy. The Plummer-Vinson syndrome, although rare, should not go unnoticed, given the need for monitoring carcinoma to early detection and treatment.

KEYWORDS: *Plummer-Vinson Syndrome; Deglutition Disorders; Anemia; Head and Neck Neoplasms; Case Studies.*

REFERÊNCIAS

1. Plummer HS. Diffuse dilatation of the esophagus without anatomic stenosis (cardiospasm). A report of 91 cases. *JAMA*. 1912;58:2013-15.
2. Vinson PP. A case of cardiospasm with dilatation and angulation of the esophagus. *Med Clin N Am*. 1919;3:623-27.
3. Kelly AB. Spasm at the entrance of the esophagus. *J Laryngol Otol*. 1919;34:285-89.
4. Novacek G. Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet J Rare Dis*. 2006 Sep 15;1:36.
5. Hefaiiedh R, Boutreaa Y, Ouakaa-Kchaou A, Gargouri D, Elloumi H, Kochlef A, et al. Plummer-Vinson syndrome. *Tunis Med*. 2010 Oct;88(10):721-4.
6. Wynder EL, Hultberg S, Jacobsson F, Bross IJ. Environmental factors in cancer of the upper alimentary tract; A Swedish study with special reference to Plummer-Vinson (Paterson-Kelly) syndrome. *Cancer*. 1957 May-Jun;10(3):470-87.
7. Hoffmann RM, Jaffe PE. Plummer-Vinson syndrome. A case report and literature review. *Arch Intern Med*. 1995 Oct 9;155(18):2008-11.
8. Chen TS, Chen PS. Rise and fall of the Plummer-Vinson syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 1994 Nov-Dec;9(6):654-8.
9. Atmatzidis K, Papaziogas B, Pavlidis T, Mirelis Ch, Papaziogas T. Plummer-Vinson syndrome. *Dis Esophagus*. 2003;16(2):154-7.
10. Anderson SR, Sinacori JT. Plummer-Vinson syndrome heralded by postcricoid carcinoma. *Am J Otolaryngol*. 2007 Jan-Feb;28(1):22-4.
11. Chisholm M. The association between webs, iron and postcricoid carcinoma. *Postgrad Med J*. 1974 Apr;50(582):215-9.
12. Kitahara S, Ohmae Y, Ogura M, Matumury Y. The operation of upper esophageal web in Plummer-Vinson syndrome: a case report. *Auris Nasus Larynx*. 1999 Oct;26(4):495-500.
13. Paterson DR. A clinical type of dysphagia. *Proc R Soc Med*. 1919;12(Laryngol Sect):235-9.
14. Chisholm M, Ardran GM, Callender ST, Wright R. A follow-up study of patients with post-cricoid webs. *Q J Med*. 1971 Jul;40(159):409-20.
15. Badawy BS, Ahmad MA, Sayed RH, Habib TN. Role of microsatellites instability in carcinogenesis of postcricoid carcinoma on top of Plummer-Vinson syndrome. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010 Oct;62(4):417-20.

Recebido em: 11/04/2013

Aprovado em: 20/05/2013

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Débora M. V. Teixeira;

Rua José Muggiati Sobrinho, 169. Curitiba / PR,
CEP 82130-090

Telefone: (41) 3026-7412.

E-mail: dmattana@hotmail.com

Metástase cerebral de osteossarcoma: relato de caso e revisão de literatura.

Brain Metastase in Osteosarcoma: Case report and literature review.

Alceu Correia¹

Rodrigo Leite Morais²

Andrei Leite Morais²

Johnni Oswaldo Zamponi Junior²

RESUMO

A metástase cerebral é um evento incomum na história natural dos sarcomas. O aumento da prevalência desse evento tem sido atribuído à evolução terapêutica do osteossarcoma, reduzindo as reincidências locais, porém, desse modo, aumentando a sobrevida e conseqüentemente a possibilidade de metástase cerebral. A finalidade deste trabalho é relatar um caso de metástase cerebral com foco primário de osteossarcoma, que foi submetido a tratamento cirúrgico. Relata-se o caso de uma paciente com 19 anos, operada de osteossarcoma de tíbia que foi submetida a quimioterapia neoadjuvante e posterior amputação do membro inferior esquerdo. Decorridos quatro meses a paciente iniciou quadro de cefaleia e vômitos, cuja investigação evidenciou lesão expansiva frontoparietal direita com hipertensão intracraniana. A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico, com ressecção total da lesão e anatomopatológico revelando ser secundário ao osteossarcoma. Metástases cerebrais de sarcomas são raras. Pacientes com sintomas neurológicos, entretanto, devem ser apropriadamente investigados. A revisão da literatura indica a ressecção cirúrgica de metástases cerebrais únicas, devendo cada caso ser individualizado, o que pode contribuir para melhora da qualidade de vida do paciente e uma maior sobrevida.

DESCRITORES: *Metástase neoplásica; Osteossarcoma Justacortical.*

Correia A, Morais RL, Morais AL, Zamponi Junior JO. Metástase cerebral de osteossarcoma: relato de caso e revisão de literatura. Rev. Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p.143-147, abr./jun.2013.

Trabalho realizado no Hospital Erasto Gaertner – Curitiba, Paraná, Brasil.

1. Neurocirurgião do Hospital Erasto Gaertner.

2. Acadêmicos da Liga de Neurocirurgia do Hospital Erasto Gaertner

INTRODUÇÃO

O osteossarcoma é o mais frequente tumor ósseo maligno não-hematogênico⁽¹⁾, aparecendo em torno de 20-22% de todos os casos de tumores ósseos malignos primários. Embora a incidência global desta neoplasia seja baixa, o osteossarcoma é um dos mais frequentes tumores associados com outras doenças malignas, sendo sua etiologia multifatorial. Estas neoplasias são mais frequentemente localizadas nas metáfises dos ossos tubulares e raramente aparecem em ossos planos de vértebras, costelas, pelve, ossos faciais, ou crânio.

Nas últimas décadas houve um notável avanço na terapêutica desta doença, o qual inclui principalmente a introdução de quimioterapia adjuvante e o estabelecimento de orientações para o tratamento cirúrgico adequado, englobando também a melhoria na área da imunoterapia, que infelizmente têm recebido menos atenção neste caso⁽²⁾.

Metástase cerebral é um acontecimento incomum na história natural de pessoas que possuem sarcomas, e ainda mais raro em casos onde há ausência de metástases pulmonares, devido o fato de ser nos pulmões o principal foco de incidência de metástases provindas de osteossarcoma^(3,4), ocorrendo assim lesões cerebrais principalmente após comprometimento pulmonar, o qual pode até mesmo ser assintomático. O aumento da prevalência desse evento tem sido atribuído à evolução terapêutica do osteossarcoma, reduzindo as reincidências locais, porém, desse modo, aumentando a sobrevida e consequentemente a possibilidade de metástase cerebral⁽⁵⁾.

O objetivo desse trabalho, além de relatar um caso de metástase cerebral com foco primário de osteossarcoma, que foi submetido a tratamento cirúrgico, é aumentar a sensibilização

dos médicos sobre a possibilidade de tal recorrência e efetuar uma revisão de literatura sobre o assunto.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, branca, 19 anos, natural de Joinville (SC), procedente de Curitiba, atendida pela primeira vez no Hospital Erasto Gærtner (HEG) em novembro de 2007, no pronto-socorro do mesmo, devido aumento de volume da região distal da perna esquerda. Apresentava edema e material mucossanguinolento no local, relatando lesão ulcerada há dois meses em mesmo local, decorrente de uma raspagem de tumor benigno em membro inferior esquerdo que fizera havia dois anos em outro serviço oncológico. Sentenciava ainda um quadro de parestesia e alteração da temperatura em pé esquerdo, referindo ainda tosse irritativa. No exame físico, observou-se um tumor vegetante com cerca de 10 cm em tibia esquerda com sangramento discreto, o qual foi biopsiado e, através da análise patológica, mostrou que se tratava de um osteossarcoma. Além disso, o paciente apresentava uma diminuição importante em murmúrio vesicular de base pulmonar esquerda. A tomografia computadorizada de tórax possibilitou a visualização de pequenos nódulos pulmonares inespecíficos em lobo inferior esquerdo, os quais foram biopsiados e levados para a análise patológica, revelando tratar-se de um osteossarcoma metastático.

Após feito o diagnóstico da lesão, foi solicitada com urgência quimioterapia neoadjuvante para tratamento, devido evolução agressiva da lesão. A paciente realizou oito ciclos de quimioterapia, apresentando boa resposta ao tratamento, com regressão importante do tumor em tibia esquerda e melhora da dispneia e hemoptise, que a estavam acometendo devido às

metástases pulmonares.

Em dezembro de 2008, realizou a amputação de perna esquerda, tendo como complicação a infecção do coto, passando por uma outra cirurgia em fevereiro de 2009, para revisão cirúrgica do coto da amputação, sendo realizada ainda a antibioticoterapia por sete dias com norfloxacina.

Em março de 2009, foi encaminhada ao ambulatório de Neurocirurgia com queixa de intensa cefaleia e vômitos. Foram realizados exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética, os quais evidenciaram uma lesão expansiva na região frontoparietal direita, apresentando também sinais de hipertensão intracraniana. A paciente foi submetida a procedimento neurocirúrgico para realização da ressecção total da lesão (**Figuras 1 e 2**). A análise histopatológica revelou ser uma metástase secundária ao osteossarcoma. Após cirurgia houve uma melhora no quadro neurológico por parte da paciente, a qual permanece em acompanhamento ambulatorial e assintomática.

DISCUSSÃO

O prognóstico de pacientes com metástases cerebrais é muito ruim, variando em média de 1 a 2 meses para casos não tratados, e tendo como média uma sobrevida de 4 a 6 meses para os pacientes com terapia. A literatura nos traz a ressecção cirúrgica da metástase cerebral solitária como o tratamento mais importante para esses casos, principalmente quando feito por profissionais experientes, tendo baixos índices de mortalidade e melhorando a sobrevivência do paciente. Já em pacientes com múltiplas metástases cerebrais, o tratamento cirúrgico é meramente especulativo, devido à baixa expectativa de vida desses pacientes, podendo adotar a radioterapia como terapia

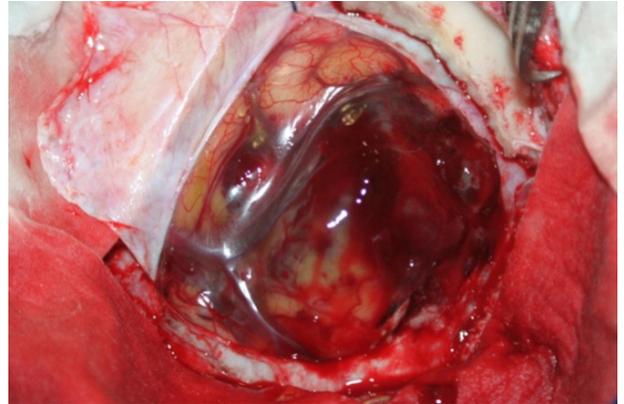


Figura 1. Metástase cerebral observada durante a cirurgia.

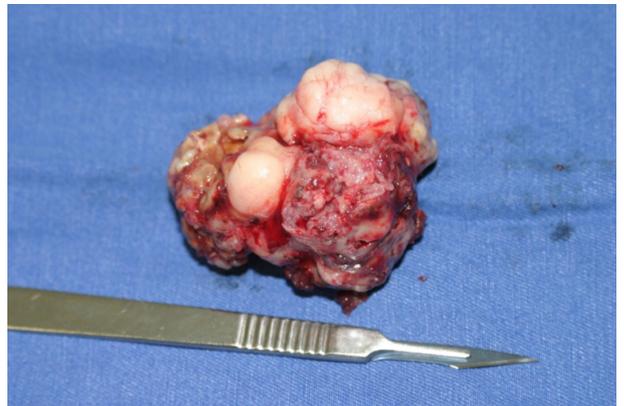


Figura 2. Metástase Cerebral ressecada após cirurgia.

nesses casos.

Embora o local mais comum de recidiva em osteossarcoma continua a ser o pulmão, podem ocorrer metástases cerebrais a partir desse tipo de tumor, sendo muito raras e aparecendo geralmente após metástases pulmonares, as quais, às vezes, podem ser assintomáticas. A literatura não diz certamente qual a incidência de metástases cerebrais assintomáticas provenientes de osteossarcoma, mas sabe-se que isso ocorre na minoria dos casos, sendo apenas de 1 a 6% dos pacientes.

Diversos relatórios sugerem que a evolução terapêutica do osteossarcoma levou a um aumento da incidência de metástases cerebrais,

devido à redução das reincidências locais e um aumento da sobrevida. Assim, a literatura disponível sobre o tema é limitada, apresentando poucos estudos retrospectivos publicados.

Em uma revisão retrospectiva de 411 pacientes com diversos tipos de sarcomas, Postovsky et al.⁽⁶⁾ identificou 18 pacientes com metástases cerebrais, tendo uma incidência de 4,3%, os quais todos apresentaram alguns sintomas neurológicos. O tratamento desses casos foi baseado em cirurgias de remoção dos tumores, além de quimioterapia e radioterapia. Porém, os pacientes apresentaram um prognóstico ruim, tendo em média uma sobrevida de cinco meses desde o diagnóstico de metástases cerebrais.

Já em outro estudo realizado no St. Jude Children's Research Hospital⁽⁷⁾, localizado em Memphis, no estado de Tennessee (EUA), dos 254 pacientes tratados com diagnóstico recente de osteossarcoma, entre 1962 e 1989, apenas em 16 casos houve a presença de lesões cerebrais, sendo que em três pacientes as lesões cerebrais foram uma extensão direta de um osteossarcoma primário localizado na cabeça ou pescoço, e nos outros 13 casos as metástases cerebrais ocorreram posteriormente à recidiva em outro local. Através desse trabalho, a partir de uma análise dos dados comparando pacientes tratados antes e depois de 1982, possibilitou-se a constatação de que com a introdução de uma terapia moderna e eficaz, baseada em tratamento cirúrgico e em radioterapia, houve uma melhora das complicações das metástases cerebrais, possibilitando um aumento da sobrevida desses pacientes.

Bindal et al.⁽⁸⁾, publicou uma série de 21 pacientes que foram tratados com ressecção cirúrgica intraparenquimatosa total de metástases cerebrais, dos quais sete possuíam estas

lesões devido foco primário de osteossarcoma. Este grupo apresentou uma média de sobrevida após a craniotomia de 11,8 meses, podendo também evidenciar a importância desse tipo de tratamento para o aumento da sobrevida desses pacientes. Os autores ainda sentenciaram que a presença de metástases pulmonares não é uma contra indicação para a craniotomia nesses casos, não influenciando muito a sobrevida desses pacientes.

Os pacientes com osteossarcoma, então, que têm doença metastática diagnosticada ou que apresentam recorrências desenvolvidas no prazo de 12 meses após o diagnóstico, devem ser examinados com tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para constatação de um eventual envolvimento cerebral da doença. A detecção precoce, no entanto, é improvável que afete no prognóstico do paciente na ausência de novas terapias^(9,10).

No caso relatado foi possível verificar o potencial do tratamento cirúrgico empregado, com uma melhora importante no quadro neurológico, possibilitando ao paciente em questão uma sobrevida maior do que a esperada para as metástases cerebrais.

CONCLUSÃO

As metástases cerebrais provindas de sarcomas são raras, entretanto pacientes que têm doença metastática diagnosticada ou que apresentam recorrências desenvolvidas no prazo de 12 meses após o diagnóstico, e que referem sintomas neurológicos, devem ser apropriadamente investigados, principalmente através de tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para visualização de possível acometimento neurológico da doença.

A revisão de literatura indica a ressecção

cirúrgica de metástases cerebrais únicas, principalmente quando localizadas em áreas não eloquentes, como um possível e eficaz tratamento que pode contribuir para melhora da qualidade de vida do paciente e uma maior

sobrevida, devendo cada caso ser analisado individualmente. A literatura nos traz ainda como uma possível terapêutica a radioterapia paliativa, a qual é empregada principalmente em pacientes com múltiplas lesões cerebrais.

ABSTRACT

Brain metastasis is a rare event in the natural history of sarcomas. The increasing prevalence of this event has been attributed to therapy of osteosarcoma, reducing local recurrence, however, thereby increasing survival and consequently the possibility of brain metastasis. The purpose of this study is to report a case of brain metastasis from primary focus of osteosarcoma which underwent surgical treatment. We report the case of a 19 year old patient who had a tibial osteosarcoma surgery and was submitted to neoadjuvant chemotherapy and subsequent amputation of the left limb. Four months later the patient started presenting headaches and vomiting, the investigation exams revealed lesion in the right frontoparietal with intracranial hypertension. The patient was submitted to surgical resection of the lesion and the histopathologic exam revealed to be secondary to osteosarcoma. Brain metastases from sarcomas are rare. Patients with neurological symptoms must be properly investigated. The literature review indicates surgical resection of brain metastases unique, each case must be individualized, which can contribute to improving the quality of life of patients and increase the survival.

KEYWORDS: *Neoplasm Metastasis; Osteosarcoma, Juxtacortical.*

REFERÊNCIAS

1. Huvos AG. Bone tumors: Diagnosis, treatment and prognosis. 2ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 1991.
2. Kawaguchi S, Wada T, Tsukahara T, Ida K, Torigoe T, Sato N, et al. A quest for therapeutic antigens in bone and soft tissue sarcoma. *J Transl Med.* 2005 Aug 8;3:31.
3. Friedman MA, Carter SK. The therapy of osteogenic sarcoma: current status and thoughts for the future. *J Surg Oncol* 1972;4(5):482-510.
4. Jeffree GM, Price CH, Sissons HA. The metastatic patterns of osteosarcoma. *Br J Cancer.* 1975 Jul;32(1):87-107.
5. Espana P, Chang P, Wiernik PH. Increased incidence of brain metastases in sarcoma patients. *Cancer.* 1980 Jan 15;45(2):377-80.
6. Postovsky S, Ash S, Ramu IN, Yaniv Y, Zaizov R, Futerman B, et al. Central nervous system involvement in children with sarcoma. *Oncology.* 2003;65(2):118-24.
7. Marina NM, Pratt CB, Shema SJ, Brooks T, Rao B, Meyer WH. Brain metastases in osteosarcoma. Report of a long-term survivor and review of the St. Jude Children's Research Hospital experience. *Cancer.* 1993 Jun 1;71(11):3656-60.
8. Bindal RK, Sawaya RE, Leavens ME, Taylor SH, Guinee VF. Sarcoma metastatic to the brain: Results of surgical treatment. *Neurosurgery.* 1994 Aug;35(2):185-90.
9. Niedeggen A, Weis J, Mertens R, Röther J, Bröcheler J. Unusually long survival time after resection and irradiation of a brain metastasis from osteosarcoma. *Neurosurgery Rev.* 1990;13(3):247-52.
10. Baram TZ, Van Tassel P, Jaffe NA. Brain metastases in osteosarcoma: incidence, clinical and neurological findings and management options. *J Neurooncol.* 1988;6(1):47-52.

Enviado em: 12/03/2013

Aprovado em: 30/05/2013

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Johnni Oswaldo Zamponi Junior

Av. Padre Anchieta, 2670 - CEP: 80730-000 - Curitiba / PR

E-mail: johnni.zamponi@hotmail.com | (44) 9973-3063

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar,¹

Carmem Cecília Galvão,²

Elaine Alves³

Paulo Tubino⁴

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. *Rev. Med. Res., Curitiba*, v.15, n.2, p.148-151, abr./jun. 2013.

PH – ph – Phmetria – pH-metria – ph-metria – pH metria – PHMETRIA – pHMETRIA. O símbolo da concentração iônica de hidrogênio é pH, formulação tradicional que deveria ser preservada em lugar de ph, PH ou Ph. O elemento metria junta-se ao símbolo para formar uma unidade semântica. Embora sejam todas as formas aceitáveis por existirem na linguagem médica, recomenda-se pH-metria. Por conseguinte, pH-métrico, pH-metro (pronuncia-se pê-agâmetro; existe a grafia pHgâmetro, forma questionável, pois lê-se “pê-agá-gâmetro”). O VOLP (Academia, 2004) dá ph-metro (aparelho de medição do pH) e o Garnier & Delamare (2002) traz pH-metria, ambos com hífen, sinal que se justifica por separar elementos diferentes, ou seja, um símbolo (pH) e um sufixo (-metria). Por conseguinte, grafa-se também ph-métrico. É neologismo não registrado nos dicionários de português,

mas correntemente adotado no seio médico, o que lhe dá legitimidade. A forma hifenizada pH-metria é frequente na literatura e coerente com proposições semelhantes com a união de siglas ou símbolos ao elemento seguinte, como em HIV-positivo, , anti-HIV, anti-UVA, ao lado de formas sem hífen, como balneoPUVAterapia e ATPase. Deve-se evitar escrever PH-metria ou PHmetria para justificar inicial maiúscula no início de frases. Para fugir a questionamentos nesse sentido, aconselha-se evitar escrever o termo no início da frase. É recurso discutível escrever PH-METRIA, pela deformação do símbolo de potencial de hidrogênio, conforme foi citado. Pode-se registrar pH-METRIA. O mesmo fato ocorre com phmetria em que o símbolo do hidrogênio passa a ser h minúsculo, o que não nos é ensinado na escola. A forma pH metria pode ser questionável por manter isolados seus elementos de composição.

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.

Pode-se, freqüentemente, optar por medida do pH, tendo em vista sua ausência no VOLP e nos dicionários de português em geral, mesmo os da área médica.

Pica. De um artigo médico publicado: “As crianças tinham queixas relacionadas à anemia, como a pica e o cansaço”. Do latim pica (pronuncia-se pêca), pega. Devido ao fato de essa ave ingerir qualquer coisa (Houaiss, 2001), em Medicina, deu-se esse nome ao apetite pervertido por substâncias inadequadas como alimento, que impulsiona pessoas a gostar de mastigar e ingerir gelo (pagofagia), pelos (tricrofagia), o anêmico a ingerir terra (geofagia) e a mulheres grávidas ter vontade de ingerir manga verde e outras excentricidades desses tipos. Tal distúrbio também se verifica em casos de histeria e de distúrbios mentais como o autismo. Para fugir à carga pejorativa do nome pica, pode-se dizer perversão ou distúrbio do apetite – ou ainda alotriofagia (do grego allotrios, estranho, incompatível e phagein, comer), nome cientificamente mais adequado e presente em bons dicionários médicos.

Pico máximo. Expressão pleonástica em usos como: “Atingiu o pico máximo da carreira em dez anos.”. “Os sintomas atingem o pico máximo em torno de 10 minutos.”. “A saúde estava vibrante, no seu pico máximo.”. “Importante é obter os cortes tomográficos no pico máximo de opacificação.”. “O pico máximo de massa óssea se alcança ao redor dos 30 anos de idade.”. Pico significa o valor máximo que pode atingir uma grandeza periódica. Pode-se dizer o pico ou o máximo ou, ainda, ponto ou valor máximo, exceto se o que se refere apresentar vários picos ou pontos máximos relacionados a vários períodos, por exemplo.

Pielocalicinal, pielocalicial, pielocaliceal, pielocaliciano. Todas são formas existentes na literatura médica. A segunda é a mais usada no meio médico, o que lhe dá preferência de uso. Cálice procede do grego kalyx, envoltório de flor ou de fruto, que passou para o latim como calyx, calicis (genitivo = do cálice), que deu a forma prefixal calici-, o que faz calicino, calicial e caliciano, formas regulares, e caliceal ou caliceano serem opções ruins (inexistentes nos dicionários de português). Caliciano aparece com frequência nos dicionários, mas o sufixo -ano é dado como próprio para indicar origem, principalmente as de conotação gentílica, como, italiano, pernambucano, serrano, romano. Calicinal é denominação amplamente dicionarizada, a única existente no VOLP (Academia, 2004), o que torna pielocalicinal forma legítima, embora menos usada no âmbito médico. Pielocaliceal é forma inglesa. Não existe “pielocaliceano”.

PO – DPO. PO é sigla de pré-operatório ou de pós-operatório, constante na literatura médica geralmente como pós-operatório. Para evitar ambiguidade e por ser um só nome, melhor escrever por extenso, sobretudo em relatos formais. Também significa per os, pela boca, em latim (escreve-se regularmente p.o.), pressão ocular (geralmente se escreve Po), paralisia ocular e outros casos em que o contexto pode esclarecer (ou não) o significado. O uso de explicar as siglas em sua primeira menção é aceito e recomendado como norma por bons cultores do estilo de redação científica, mas poderia eventualmente forçar o leitor a interromper a leitura e seu raciocínio ao retornar às partes que já leu para conferir o significado de uma sigla, situação complicada se houver muitas siglas no texto. Escrever PO como “dia

pós-operatório" (1.o PO, 10.o PO) é inadequado por não expressar o período a que se refere (poderiam ser horas, dias, meses, anos pós-operatórios). Usa-se comumente DPO como sigla de dia pós-operatório. Subentende-se dia do período pós-operatório, expressão completa. A construção "dia de pós-operatório" é imperfeita por recorrer à substantivação de um adjetivo (pós-operatório), um recurso justificado por atender à praticidade do uso no dia-a-dia, uma forte característica da linguagem coloquial, mas vai de encontro ao princípio da organização das palavras por sua classe gramatical. A utilização de substantivo por adjetivo, de adjetivo por advérbio, de pronome por verbo, de verbo por substantivo dá à língua mais riqueza de recursos, mas pode, em alguns casos, inferir aspecto de confusão de uso e propiciar exageros, por vezes cômicos. "A esse processo de enriquecimento vocabular pela mudança de classe das palavras dá-se o nome de derivação imprópria" (C. Cunha, L. Cintra, Nova Gram. do Port. Contemporâneo, 1998, p. 103). Há mais propriedade e elegância no estilo científico, por representar ordem, organização e conhecimento, no uso das palavras de acordo com sua classe gramatical, a menos que isso não seja possível, como pode ocorrer em muitos casos.

Ponta de baço palpável. Termo perfeitamente compreensível quando se quer relatar a palpação do polo inferior do baço e provável esplenomegalia. Contudo, "ponta de baço" não poderia ser expressão técnica científica, já que as regiões anatômicas correspondentes aos extremos do baço são denominadas extremidades anterior e posterior nos tratados de anatomia humana e na Nomina Anatomica. A expressão "ponta de baço" refere-se, na verdade, à extremidade anterior do baço, mas deve ser evitada

nos textos e discursos científicos formais em que se deve prestigiar a nomenclatura correta, que foi criada, entre outras razões, para afastar a profusão confusa de sinonímias.

Possuir. Deve-se evitar o uso de possuir como simples sinônimo de ter (Sérgio Nogueira da Silva, O português do dia a dia, 2004, p. 65). Rigorosamente, possuir tem sentido de ser proprietário de, ter a posse de, ter a propriedade de: possuir objetos, bens, documentos. (L. Garcia, Manual de redação e estilo, 1996; E. Martins, Manual de redação e estilo, 1997; S. N. Silva ob. cit.). Tem sinonímia com: ter, dispor, contar com, haver, conter, encerrar, apresentar, trazer, melhores opções em lugar do criticado possuir fora de seu sentido próprio. Deve-se evitar usos como: "O Instituto possui (dispõe de, coordena) mestrado e doutorado", "A quimioterapia possui (provoca) vários efeitos colaterais", "O documento possui (tem) rasuras e anotações", "O paciente possui (dispõe de, conta com) vários exames", "Possui (tem) boa reputação", "O hospital possui (apresenta) muitos defeitos", "A operação possui (traz) muitas vantagens", "O paciente possui (tem, é pai de) três filhos", "O paciente possui (está com) o diagnóstico de aneurisma aórtico", "Paciente possuía (tinha) lipomatose, hipoproteinemia e episódios de hipoglicemia", "Os periódicos científicos possuem (compartilham) características comuns", "O pâncreas possui (constitui-se de) cabeça corpo e cauda", "O orifício anal possuía (tinha) marcas", "O paciente possuía (trazia) várias lesões", "Possuía (tinha) boa acuidade visual", "O profissional possui (detém) o título de melhor da classe", "O hospital possui (conta com) 500 leitos", "O enfermo possui (apresenta) história de dor abdominal", "Paciente possui (tem) 85 anos" e semelhantes.

Outras opções substitutivas a depender do contexto da frase: conter, encerrar, apresentar, ostentar, trazer, guardar, compreender, incluir, portar, gozar de, abranger, envolver, sustentar, deter, desfrutar de. É errônea a grafia *posue* por *possui*. Os verbos terminados por *uir* (*possuir, concluir, contribuir, incluir, excluir, substituir, construir*) devem ser grafados com *i* na segunda e terceira pessoa do singular do presente do indicativo (Cipro Neto, 2003, p. 71): *possuis, possui, exclus, exclui, conclus, conclui, contribuis, contribui, substituis, substitui*. São exceções, verbos que têm *e* na segunda e terceira pessoas do singular do presente do indicativo: *segues, segue, consegues, consegue, persegues, persegue*. “Nos trabalhos científicos, emprega-se a linguagem denotativa, isto é, cada palavra deve apresentar seu sentido próprio, referencial e não dar margem a outras interpretações” (Maria Margarida de Andrade, Introd. À metodologia do trabalho científico, 2003, p. 101).

Pós – pré. É de uso comum o uso dessas partículas como prefixos em lugar das preposições *após* e dos advérbios *antes, depois* ou *anterior*: “As imagens foram feitas na fase *pré* contraste”, “estenose de junção ureterovesical

pós-reimplante ureteral”, “tratamento do tumor de Wilms *pré-quimioterapia*”, “resquícios placentários *pós-gestação abdominal*”, “tratamento abdominal *pós-bariátrico*”. Essas partículas são formadoras de compostos de função adjetiva ou substantiva: período *pré-operatório*, complicações *pós-operatórias*, tratamento *pré-dialítico* ou *pós-dialítico*, complicações *pós-parto*, curso *pós-graduação*, criança *pós-termo* ou *pré-termo*. É desvio de função usá-las com sentido adverbial, como nos exemplos: “tumor descoberto *pós-natal*”, “recém-nascido nasceu *pré-termo*”. É irregular o uso sem hífen (*pré parto, pós cirúrgico*), exceto em situações especiais: A gestante foi examinada no período *pré- e pós-parto*. || Muitos casos prescindem de hífen: *preâmbulo, predisposição, posposto, pospositivo*. Do advérbio latino *post*, depois de, atrás, posterior e de *prae*, diante, adiante.

Prenatalista – pré-natalista. Termos médicos ainda ausentes de bons dicionários e do VOLP (Academia, 2004), mas presentes na linguagem médica. É muito mais usada a forma com uso do hífen *pré-natalista*, procedente de *pré-natal*, forma que está amplamente registrada nos dicionários. Por coerência, torna-se a forma preferencial.

CERMEPAR - COREMES do Paraná

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE METROPOLITANA

Rua Dom Pedro I, 65 – Jardim Independência
87113-280 – SARANDI – PR.
Telefone: (44) 3264-8800 / 3264-8874 – fax: (44) 3264-8817
E-mail: residencia@redemetropolitana.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Marco Aurélio Beloto de Souza
Representante dos médicos residentes: Renê Chateaubriand Leonel

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS 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: Dr. Gilberto Baroni
Representante dos médicos residentes: Dra. Talita Magalhães Sansoni

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA

Rua Paes Leme, 1351
86010-610 – LONDRINA – PR.
Telefone (43) 3315-2000
e-mail: residencia@hospcoracao.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Pedro Alejandro Gordan
Representante dos médicos residentes: Dr. Felipe Alves Brugnolo

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

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

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

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL DO PARANÁ

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

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@uopecan.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: hospj@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

SOCIEDADE HOSPITALAR 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. Carlos José Franco de Souza
Representante dos médicos residentes: Dra. Mariana Pamio Singer

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA

Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3017-2100, ramal 644 - Fax: (41) 3017-2160
Email: corehmsb@yahoo.com.br / residencia@hmsantabrigida.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Claudio Wiens
Representante dos médicos residentes: Dra. Bruna Gottardi

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 / bruna.camilo@hpp.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Antonio Ernesto da Silveira
Representante dos Médicos Residentes: Dr^a Ligia Maria Hademann Esser

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3240-6639 Fax: (41) 3240-6500
Email: centrodeestudos@hns.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Christiano Marlo Paggi Claus
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Carlos Eduardo da Silva

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 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
Representante dos médicos residentes: Dr. Mauricio Montemezzo

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO IO 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: Dra. Giana Silveira Giostri
Representante dos Médicos Residente: Dr. André de Oliveira Arruda

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre
85804-260 – Cascavel – PR
Telefone: (45) 3321-5277 – Fax: (45) 3326-3752
Email: residenciaunioeste@yahoo.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcelo Pontua Cardoso
Representante dos residentes: Dr. Eduardo Rodrigues da Silva

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

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

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR

Avenida Robert Koch, 60 - 86038-350 – Londrina – PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residhu@uel.br
Coordenador da COREME: Dr^a Denise Akemi Mashima

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Rua Dr. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas
81060-060 – Curitiba PR
Telefone: (41) 3361-5123 – Fax: (41) 3361-5166
E-mail: cepep@lpcc.org.br / ensino@lpcc.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Giovanni Zenedin Targa

Representante dos médicos residentes: Dr. Andrea Petruzzello

HOSPITAL DO CÂNCER DE LONDRINA

Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 – Londrina – PR
Telefone: (43) 3379-2613 – Fax: (43) 3379-2696
E-mail: diretoriainicaicl@yahoo.com.br / www.hcl.org.br
Coordenador da COREME: Dr. José d'Oliveira Couto Filho
Supervisores: Dr. Jorge Mali Junior e Anselmo Nunes Duarte Junior
Representante dos médicos residentes: Dr. Gustavo de Assis Gobetti

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. Ricardo Nascimento Riet

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: Dr^a Maria Isabel Leszczynski

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA

Av. Dr. Francisco Burzio, 774, Centro
84010-200 – Ponta Grossa – PR
Telefone: (42) 3026-8099 – Fax: (42) 3026-8002
E-mail: coreme@scmpg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Rafael Pinto Rocha
Representante dos médicos residentes: Dr. Wagner Crensiglova

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

Av. Mandacaru, 1590, Jardim Canadá
87080-000 Maringá – PR
Telefones: (44) 3011-9096 / 3011-9119
e-mail: coreme@uem.br / ereis2@uem.br / edreis2@gmail.com
Coordenador-Presidente da COREME: Dr. Hilton José Pereira Cardim
Encarregado da COREME: Dr. Edgar dos Reis
Representante dos Médicos Residentes: Dr. José Eduardo Brasileiro Piffer Tomasi Baldez Silva

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: Dra Adriana Buechner de Freitas Brandão
Representante dos Médicos Residentes: Dr. Marcio Barreto

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:www.adolfo.bareiro@sjp.pr.gov.br
lucem.org / adolfo@lucem.org
Coordenador da COREME: Dr. Adolfo Oscar Giggiberger Barreiro
Representante dos médicos residentes: Dra. Bianca di Pinatti

(* Dados atualizados até o primeiro semestre de 2013.

As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para cermpar@crmp.org.br

MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

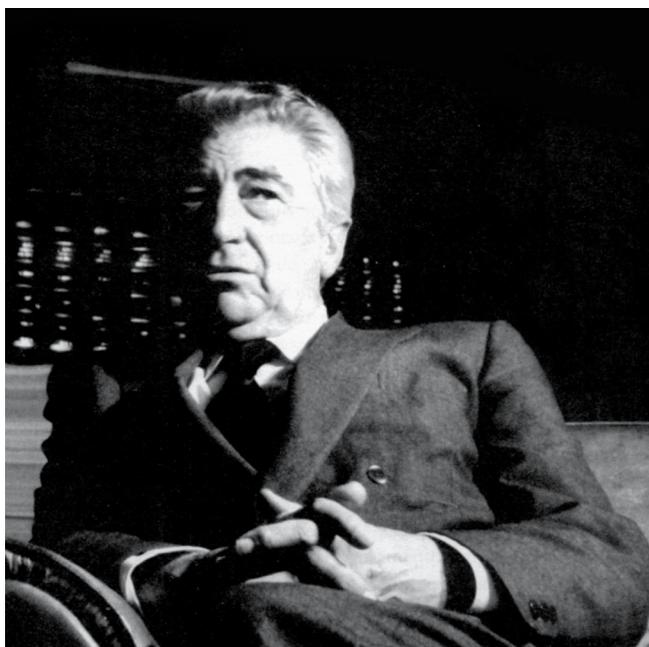
Prof. Dr. Mario Braga de Abreu, um médico adiante do seu tempo

Prof. Dr. Mario Braga de Abreu, a doctor ahead of his time

Wittig EO. Instrumental Cirúrgico Oftalmológico. Rev Med. Res., Curitiba, v.15, n.2, p.154-155, abr./jun. 2013.

DESCRITORES: Museu de medicina, História da medicina, Mário Braga de Abreu.

KEYWORDS: Medicina history, Medicine Museum, Mario Braga de Abreu.



Mario Braga de Abreu, filho de Manoel M. de Abreu e Maria Joana Braga de Abreu, nasceu em 25 de abril de 1906, em Curitiba. Formou-se em 1929 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, retornando a Curitiba, onde desempenharia a profissão por meio século. Especializado em cirurgia geral, dedicou sua vida inteira às suas atividades profissionais e ao ensino da cirurgia. Até hoje é considerado por muitos como um dos renomados médicos e cirurgiões do Estado. Faleceu em 8 de julho de 1981, aos 75 anos.

* 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.

Mario Braga de Abreu foi muito importante como pessoa, professor e médico cirurgião. Em 1935, ascendeu a Chefe de Cirurgia Geral da Santa casa de Curitiba, bem como a livre docência de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná. No ano seguinte passaria a Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná. Em 1937, estagiou em Berlim (Alemanha), no Serviço de Cirurgia Geral do Prof. Rutz, e em Heidelberg, na Clínica do Prof. Kirchner. Também estagiou no serviço do Prof. Böhler, em Viena, e com os Prof. Mathiev, Mondor e Gasset, em Paris.

Em 1937 proferiu o seu primeiro discurso como paraninfo de turma na faculdade do Paraná. E a partir de então não mais deixou de ser homenageado como paraninfo ou patrono de turmas. Em 1964 ele recebeu a Medalha do Mérito Cirúrgico São Lucas, que a imprensa paranaense cognominou de “Bisturi de Ouro”. Em 1966 recebeu o título de Cidadão Benemérito do Paraná e, 10 anos depois, deixou a Universidade Federal para se dedicar ao curso de Medicina da PUC.

Doada ao Museu de História de Medicina do Paraná, a maleta de trabalho que o Prof. Mario de Abreu utilizava em atendimento domiciliar, apresenta uma rara oportunidade para conhecer elementos do exercício de Medicina há 50 ou 60 anos, quando os atendimentos mais comuns, mesmo em pequenas cirurgias e partos, eram em fazendas ou casas, pois hospitais eram poucos na época. A Medicina era exercida com grande sacrifício pelos recursos disponíveis. A maleta e outros utensílios do eminente professor foi doado por seu genro, o Prof. Dr. Renato Bonardi, proctologista do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná.



Maleta médica de atendimento domiciliar e seu conteúdo. Pertenceu ao Prof. Dr. Mário de Abreu.

Confira no Iátrico

A revista Iátrico, n.º 19, de janeiro/março de 2007, teve em destaque o Prof. Mario Braga de Abreu, então na passagem de seu centenário de nascimento. A foto ilustrativa da capa, em preto e branco, numa abordagem sobre personalidades, já tinha sido utilizada no livro-homenagem “Um médico adiante de seu tempo”. Vale a pena conferir o conteúdo da revista e conhecer um pouco da trajetória do eminente professor, incluindo o texto-depoimento de seu sobrinho Nelson L. de S. Pinto. Acesse as edições anteriores da revista Iátrico no portal do CRM-PR: www.crmpr.org.br.

PARA DOAÇÕES E CORRESPONDÊNCIAS:

Secretaria da AMP

Rua Cândido Xavier, 575, Curitiba – PR | CEP 80240-280.

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

email: amp@amp.org.br

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

ISSN 2237-7131



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

www.crmpr.org.br