REV MED RES | nº 1 - pág. 1 a 72 | JANEIRO / MARÇO

ISSN 2237-7131

volume 16 2014

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
Mauricio Marcondes Ribas
Vice-Presidente
Luiz Ernesto Pujol
Secretário-Geral
Wilmar Mendonça Guimarães
1ª Secretária
Keti Stylianos Patsis
2ª Secretária
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs
1º Tesoureiro
Clovis Marcelo Corso
2º Tesoureiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor-Geral
Roberto Issamu Yosida
1ª Corregedora
Gláucia Maria Barbieri
2ª Corregedora
Regina Celi Passagnolo Sergio Piazzetta

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

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

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. 16, n.1 (jan./mar. 2014). - Curitiba: CRM-PR, 2013-

Recurso Eletrônico, acesso http://www.crmpr.org.br/crm2/index.php.
Trimestral
ISSN 2237-7131

1. Medicina. 2. Internato e Residência I. Título.
CDD 610 CDU 61

Sumário

Contents

Editorial - *Editorial*

07 **A Ética Médica e o anel de Gyges**
Medical ethics and Gyges' ring
João Carlos Simões

09 **Relação médico-paciente e a internet**
Patient-physician relationship and internet
Fernando Carbonieri

Artigo Original - *Original Article*

11 **Avaliação Clínica e Epidemiológica dos acidentes com animais peçonhentos atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná 2008-2012**
Clinical and Epidemiological Evaluation of accidents with venomous animals treated at the 2008-2012 University Hospital of the West of Paraná
Carla Sakuma Bredt, Karina Litchteneker

18 **Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico**
Self steem, depression and spirituality in patients beares of chronic kidney disease undergoing hemodialysis
Fernanda Aguiar Nunes, Sara Aguiar Nunes, Yara Gracia Lorena, Neil Ferreira Novo, Yara Juliano, Taylor Brandão Schnaider

Artigo de Revisão - *Review Article*

27 **Tumores cardíacos: uma breve revisão da literatura**
Cardiac tumors: a brief review of the literature
Carlos Junior Toshiyuki Karigyo, Felipe Batalini Freitas Silva

Artigo Especial - *Special Article*

35 **Como entrar no mercado de trabalho após o término da residência médica**
How to enter the market after completing medical residency
Jorge R. Ribas Timi

Relato de Caso - *Case Report*

42 **Síndrome mão-pé-boca: relato de caso**
Hand, foot, and mouth disease: case report
Marcos Antonio da Silva Cristovam, Nelson Ossamu Osaku, Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel, Simone Pereira de Souza Guerreiro Rodrigues, Camille Bresolin Pompeu, Tenille Giacobbo Pires

46 **Transtorno disruptivo do comportamento: relato de caso**
Disruptive Behavior Disorder: A Case Report.
Alessandro José Berloffa Tofalini, Matheus Fortunato, Mauro Porcu, Suelen Letícia Tavares

49 **A síndrome de Fournier**
Fournier syndrome
Caroline Bagaiolo Godoy, Matheus Fernandes Cassitas

51 **Osteocondroma do côndilo da mandíbula – relato de caso e revisão da literatura**
Osteochondroma of the mandibular condyle – case report and review of the literature
João Carlos Simões,,Ricardo Ribeiro Gama, Fabiano Geronasso Simões

57 **Isquemia mesentérica aguda: relato de caso**
Acute mesemteric ischemia: case report
Paulo André Goulart, Ângelo Yassushi Hayash, Helcio Kazuhiro Watanabe

Expressões médicas - *Medical expression*

61 **Expressões médicas: falhas e acertos**
Medical expression: failures and hits
Simônides Bacelar, Carmem Cecília Galvão, Elaine Alves, Paulo Tubino

Geral - *General*

66 **Índice de autores e assuntos**

68 **Relação das Coremes do estado do Paraná**

Museu da História da Medicina - *History of Medicine's Museum*

70 **Dr. Randolpho Pereira Serzedello, um grande paranaense**
Dr. Randolpho Serzedello Pereira, a remarkable Paraná native
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 Luis Raposo D'Almeida – Lisboa (Portugal)
Júlio César Fernandes – Montreal (Canadá)
Milena Braga – Baltimore (EUA)
Ricardo Lopez (FAESS) – (Argentina)
Roger H. Kallal (North Western 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 Tramujas da Costa e Silva (UFAM) - Manaus (AM)
Ivo Pitanguy (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ)
José Eduardo de Siqueira (UEL) - Londrina (PR)
Luiz Alberto Sobral Vieira Jr (HUCAMoraes – UFES) - Vitória (ES)
Fábio Biscegli Jatene (USP) - São Paulo (SP)
Marcos Desidério Ricci (USP) - São Paulo (SP)
Marcus Vinicius Henriques Brito (UEPA) - Belém (PA)
Maria do Patrocínio Tenório Nunes(USP) - São Paulo (SP)
Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho (UFPR) - Curitiba (PR)
Nicolau Kruel (UFSC) - Florianópolis (SC)
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 Aguilar do Nascimento (UFMT) - Cuiabá (MT)
José Ivan Albuquerque Aguiar (HU M.A. Pedrossian UFMS) - C. Grande (MS)
Juarez Antonio de Souza (Hospital Materno-Infantil) - Goiânia (GO)
Luiz Alberto Batista Peres (UNIOESTE) - Cascavel (PR)
Luiz Carlos Von Bahten (PUCPR) - Curitiba (PR)
Luiz Paulo Kowalski (Hosp. AC Camargo) - São Paulo (SP)
Manoel R. M. Trindade (UFRGS) - Porto Alegre (RS)
Marcelo Thiele (UNICAMP) - Campinas (SP)
Mário Jorge Jucá (Hospital Universitário UFAL) - Maceió (AL)
Milton de Arruda Martins (USP) - São Paulo (SP)
Nilton Ghiotti de Siqueira (UFAC) - Rio Branco (AC)
Orlando Costa e Silva Jr (FMRP) - Ribeirão Preto (SP)
Paulo Kotze (PUC) - Curitiba (PR)
Paulo Roberto Dutra Leão (HUJM) - Cuiabá (MT)
Ricardo Antônio Rosado Maia (UFPB) - João Pessoa (PB)
Ricardo Ribeiro Gama (FEPAR) - Curitiba (PR)
Robson Freitas de Moura (Escola Baiana de Medicina) Salvador (BA)
Rogério Saad Hossne (UNESP) - Botucatu (SP)
Simone Maria de Oliveira (UFSER) - Aracaju (SE)
Simônides Bacelar (UNB) - Brasília (DF)
Taylor Brandão Schnaider (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/eletrônico. 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 diretos de publicação, em qualquer meio, do artigo (título), assumem que é inédito, não foi encaminhado para outro periódico e que o estudo foi conduzido com aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da instituição onde foi realizado ou com o consentimento livre e informado nos estudo com pacientes. Incluir nome completo, endereço postal, telefone, fax, e-mail.

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

Incluir também:

1. Declaração de responsabilidade do autor pelo conteúdo do manuscrito e se há conflito de interesse (de acordo com resolução do CFM nº 1595/2000).

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

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

REFERÊNCIAS

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

REVISÃO ENTRE OS PARES (PEER REVIEW)

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

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

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

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

TIPOS DE ARTIGOS

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

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

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

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

Relato de caso: descrição de casos clínicos peculiares, 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 endocrinoplogista 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 Ética Médica e o anel de Gyges

Medical ethics and Gyges' ring

João Carlos Simões*

"Chamamos de Ética o conjunto de coisas que as pessoas fazem quando todos estão olhando. O conjunto de coisas que as pessoas fazem quando ninguém está olhando chamamos de Caráter."

Oscar Wilde

O ato médico nunca foi tão deformado e desvalorizado como agora. Ele reúne a necesssidade de atitudes, conhecimento e competências para que o profissional médico possa ajudar as pessoas. Ele, também, incorpora uma enorme carga de responsabilidade e ética.

O Cremesp divulgou no ano passado que, em 10 anos, aumentou em 302% a quantidade de processos ético-profissionais em andamentos, a partir de denúncias contra médicos, relacionados à má prática, erro médico ou diversas infrações ao Código de Ética Médica.

Isto sem falar no aumento incrível de processos cíveis que prenunciam pagamento para reparar o dano sofrido pelos pacientes.

E sendo assim, cada vez mais, o estudante de medicina e o profissional médico, precisam de uma reflexão crítica sobre a ética na Medicina.

O anel de Gyges é uma lenda que integra a República (em grego, politeia) que é o diálogo mais célebre de Platão, o mais lido e o mais comentado ao longo da história.

O personagem dessa história, um pastor no reino da Lídia (atual Turquia) chamado Gyges, encontra por acaso uma caverna, onde jaz um cadáver, que usava um anel. Quando Gyges rouba e enfia o anel no próprio dedo, descobre que esse o torna invisível.

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

Sem ninguém para monitorar seu comportamento, Gyges passa a praticar más ações — seduz a rainha, mata o rei, se apossa do trono e assim por diante.

Essa história levanta uma indagação moral: algum homem seria capaz de resistir à tentação do mal se soubesse que seus atos não seriam testemunhados?

Platão supõe que, o que impede as pessoas de serem amorais ou não éticos, não é algo interno, mas externo, como leis, proibições, fiscalização, julgamentos alheios e outros dogmas.

E continua: "Não se é justo por uma escolha, mas por imposição, visto que não vemos a justiça como um bem individual, pois sempre que julgamos poder ser injustos, não deixamos de o ser".

O comportamento ético inadequado de alguns profisionais acabam atingindo o arquético do médico ideal. Destroem o prestígio da Medicina. Mobilizam opiniões perversas que denigrem a imagem sagrada da Medicina. Causam desconfiança e insegurança na relação médico-paciente levam, muitas vezes, à denúncia e processos.

Sempre existirá alguém olhando para você. Seja o próprio paciente ou seus familiares. Para o que você está falando ou fazendo. Existirá sempre alguém percebendo a sua postura, atitude, habilidade, voz e ato. E você nunca saberá de que maneira essa pessoa – paciente ou acompanhante – estará olhando e julgando você. Assim, é muito importante o que você faz e como fala nesta sagrada relação médico-paciente. **E mais seminal ainda é escrever tudo o que acontece nesta relação.**

Mas, se tudo o que você fizer e registrar escrevendo fielmente for dentro dos preceitos éticos, podem até denunciá-lo, porém jamais conseguirão lhe condenar.

Relação médico-paciente e a internet

Patient-physician relationship and internet

Fernando Carbonieri*

Ser médico é a arte de cuidar de pessoas. São diversas as especialidades e ultraespecialidades. Porém, o bom médico é aquele que consegue manter a essência do cuidado do indivíduo.

Para afirmar isso faço um paralelo para demonstrar que, antes de tudo, nós médicos somos provedores de serviços e, como tais, as pessoas que escolhem ser atendidas por nós se comportam como consumidores. Como todos os clientes, questionam e se informam antes de aplicar seu escasso dinheirinho em nossos serviços.

A Medicina sempre será baseada na boa e responsável relação médico-paciente. O que está mudando é como os pacientes estão obtendo informações à nosso respeito.

As redes sociais são apenas uma extensão do nosso mundo e de que como podem mudar esta relação. Os números não mentem:

- Aproximadamente um terço da população utiliza a internet no mundo;
- O facebook possui mais de 750 milhões de usuários e acabou de comprar o Whats app, que possui outros 450 milhões;
- A cada segundo, 4 pessoas entram no LinkedIn;
- São vistos, aproximadamente, 1 bilhão de vídeos no Youtube, todos os dias;
- **São mais de 2 bilhões de questionamentos ao Google todos os dias — SAÚDE É O 2º COLOCADO EM NÚMERO DE PESQUISAS.**
- Saúde é a 3º atividade na internet durante toda a história (que iniciou em 1991);
- 85% dos médicos pesquisados utilizam a internet para informações, porém apenas uma pequena parcela deles utilizam sites confiáveis como o BMJ;
- 50% dos pacientes estão discutindo os achados online com seus médicos, porém poucos médicos recomendam websites a seus pacientes.

A evolução na linguagem de programação é o que dá suporte a todo esse avanço. Devido a esse avanço, hoje vivemos a chamada Web3.0.

A evolução da internet

Web 1.0: No início, devido aos altos custos de acesso, armazenagem, produção de conteúdo e programação, as informações contidas na

* *Médico graduado pelo curso de Medicina da FEPAR. Fundador do blog Academia Médica.*

internet eram produzidas apenas por grandes corporações. Jornais e Revistas bem estabelecidos, indústria farmacêutica, Universidades, centros de pesquisa, eram as principais provedoras de informação. Os usuários eram escassos, pois o acesso aos desktops e à conexão eram extremamente caros.

Web 2.0: A evolução da internet em velocidade de banda e o barateamento do acesso proporcionaram uma maior interação dos usuários com o conteúdo. A tecnologia da informação evoluiu de forma exponencial, pois conseguiu criar linguagens que acompanharam a entrada de toda essa população no meio digital. Aqui começa a era da internet em todos os lugares. Ipod, Iphones, IOS, Android evoluíram dos antigos "palms". Essa era ainda persiste e está em constante transformação. Blogs, Wikis e o Compartilhamento Social, são as ferramentas que o homem utiliza na atualidade para informar e manter-se informado.

Web 3.0: A partir desse momento temos uma internet inteligente. Daqui pra frente nossa comunicação e a forma como o mundo digital nos enxerga mudou completamente. Empresas como Google, Facebook, LinkedIn, Twitter e muitas outras conseguem a partir desse momento ler tudo o que você faz online. Dessa forma, eles fornecem informações que você "precisa" sem ao menos requisitá-las. Tudo baseado em seu histórico online. As ferramentas agora são colaborativas. Todos são produtores de informação, não importando escolaridade, classe social ou webfóbicos. Ninguém está fora do BIGDATA. Essa enxurrada de informações tratadas por sistemas que as leem semanticamente proporcionarão um futuro próximo que a internet será invisível, mas suas aplicações estarão cada vez mais presentes em nosso dia-a-dia.

Resolvi não me aprofundar em Web 4.0, pois o futuro é ainda incerto. Não há como afirmar o que a tecnologia da informação vai proporcionar para nós médicos nos próximos 10 ou 15 anos.

Um exemplo dessa evolução é o SCANADU, que você pode conhecer no **site da Academia Médica.**

Após o exposto, devemos considerar:

- Mídia social é o formato atual da internet para nos comunicar e interagir.
- Apesar de um futuro incerto, as mídias sociais serão benéficas, pois seus pacientes interagirão com vocês para empoderar como nunca antes visto do processo de saúde e doença.
- A ética ainda é uma das únicas sabedorias que não é mutável. Apoie-se sempre nela para tirar suas conclusões.
- Um mundo desconhecido irá se mostrar num futuro bem próximo. Você, estudante, médico e seus mestres serão os principais personagens dessa nova era emergente.

Avaliação Clínica e Epidemiológica dos acidentes com animais peçonhentos atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná 2008-2012

Clinical and Epidemiological Evaluation of accidents with venomous animals treated at the 2008-2012 University Hospital of the West of Paraná

***Carla Sakuma Bredt*[1]**
***Karina Litchteneker*[2]**

RESUMO

OBJETIVO: Constituída por 25 municípios, a décima regional de saúde do Paraná, também chamada de Região Oeste, tem como sede a cidade de Cascavel. Com uma abrangência de 514.335 habitantes (Secretaria de Saúde do Paraná, 2009), destaca-se pela atividade agropecuária e elevados índices de acidentes de trabalho, especialmente com animais peçonhentos. Estes são capazes de inocular substâncias tóxicas, sendo responsáveis por acidentes que podem evoluir ao óbito. No Brasil, os acidentes com animais peçonhentos constituem um problema de saúde pública.
MÉTODOS: O presente estudo descreve a epidemiologia de 316 acidentes com animais peçonhentos ao longo de 5 anos, dados registrados na Central de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) e CEATOX (Centro de Assistência Toxicológica) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Para tanto foram avaliado as seguintes variáveis: sexo, faixa etária do paciente, tipos de animais peçonhentos, locais do corpo afetados, tratamento realizado.
RESULTADOS: Foram 53 casos comprovados em 2012; 73 em 2011; 47 em 2010; 87 em 2009 e 56 casos notificados em 2008. Houve uma prevalência do sexo masculino – 61,4% (194 casos) – em relação ao sexo feminino – 38,6% (122 casos) A média de idade entre os homens foi de 30,81 anos; com o desvio padrão de 18,25; nas mulheres esta média cai para 30,51 anos; com o desvio padrão de 19,15. Analisando-se os acidentes ocorridos, obteve-se a seguinte prevalência: as aranhas eram a causa em 43,99% (139 casos- Loxosceles 32; Foneutrismo 29 e Não identificadas 78); acidentes com serpentes – subtipo Crotálico – foram responsáveis por 11,71% (37 casos); serpentes da espécie *Bothrops* correspondem a 19,94 % (63 acidentes); 1 caso do subtipo Elapídico; e 7,91% (25 casos) serpentes não identificadas. Os escorpiões equivalem a 2,85 % (9 casos notificados). As

1. Médica de Cascavel, Paraná.
2. Médica residente de Cascavel, Paraná – Brasil.

lagartas equivalem a 9,18% (29 casos) – desses 4,12 % (13 casos) corresponde a Lonomia e 5,06 (16 casos) e outros lagartas não especificadas.As abelhas corresponde a 1,58% (5 casos); e os animais não especificados no prontuário do paciente por 2,53 % (8 casos) . Dos 63 acidentes pela espécie *Bothrops* – 93,65% (59 casos) receberam soro antibotrópico. Dos 37 acidentes pela espécie *Crotalus* 56,76% (21 casos) receberam soro anticrotálico. Dois casos de soro antibotrópico em serpentes não identificadas. As aranhas não especificadas corresponde a 78 casos desses apenas 5,12% receberam soro antiaracnídeo (4 casos). Dos 32 casos de loxosceles 31,25% (10 casos) receberam soros anti loxosceles. Um caso de Foneutrismo recebeu soro antiaracnídeo. Dos 13 acidentes por Lonomia 23,08% recebeu soro anti lonomia (3 casos).

CONCLUSÃO: Os acidentes com animais peçonhentos têm importância médica em virtude de sua grande freqüência e gravidade. A padronização atualizada de condutas de diagnóstico e tratamento dos acidentados é imprescindível, para que as equipes de saúde possam realizar o dignóstico e tratamento de forma adequada.

DESCRITORES: Acidentes; Animais Venenosos; Epidemiologia; Fatores epidemiológicos.

Bredt CS, Litchteneker K. Avaliação Clínica e Epidemiológica dos acidentes com animais peçonhentos atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná 2008-2012. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 11-17, jan./mar. 2014.

INTRODUÇÃO

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná juntamente com Centro de Assistência Toxicológica tem como função fornecer informação e orientação sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, assim como sobre a toxicidade das substâncias químicas e biológicas e os riscos que elas ocasionam à saúde. Atendendo tanto o público em geral quanto os profissionais de saúde.

A epidemiologia dos acidentes ofídicos aponta para um perfil que se mantém inalterado ao longo dos últimos 100 anos no Brasil, acometendo principalmente o trabalhador rural. A baixa mecanização agrícola nos países em desenvolvimento é apontada como uma das causas da alta incidência de ofidismo no mundo. No Brasil a baixa utilização dos chamados "equipamentos de proteção individual", seja por falta de recursos para sua aquisição e/ou manutenção, seja pelo desconforto causado sobretudo pelo calor, contribui certamente para este agravo. Pelo fato de serem animais com alto grau de sedentarismo caracterizado por baixa demanda energética, ampla resistência ao jejum prolongado que pode com frequência se estender a vários meses, além do fato de serem noturnas em sua grande maioria e sinantrópicas em muitos casos, as serpentes são de difícil controle populacional.

No Brasil, são registradas 358 espécies de serpentes, dos quais 46 (12,8%) são consideradas peçonhentas. Deste elenco, apenas a família *Viperidae* (jararaca, cascavéis e surucucu) e *Elapidae* (corais verdadeiras) congregam as espécies que chamamos "peçonhentas", sendo portanto as espécies de importância clínica. A administração de soro antibotrópico, antilaquético,

antricrotálico se suas combinações devem ser realizadas o mais precoce possível, e as doses são indicadas de acordo com a gravidade do caso.

Acidentes por aranhas constitui um agravo de notificação compulsória no Brasil. Dentre as aranhas são consideradas de importância médica. *Loxosceles* (aranha-marrom); *Phoneutria* (armadeira) e *Latrodectus* (viúva negra).

Os acidentes por *Loxosceles* são responsáveis por aproximadamente 40% dos acidentes araneídicos no Brasil. Os registros são mais frequentes na região Sul do país, em especial na região metropolitana de Curitiba. Os acidentes estão relacionados sobretudos aos atos de vestir e dormir, atingindo com maior frequência coxas, nádega, tronco e braço.

O acidente provocado pelo contato com lagartas do gênero *Lonomia* é atualmente reconhecido como um agravo de saúde pública com potencial risco de morte em regiões da América do Sul. Os acidentes provocados pelo contato com lagartas ocorrem com maior frequência no verão. Aspectos climáticos relacionados ao calor e às chuvas, têm sido considerados determinantes para a proliferação destas lagartas nessa época do ano. Diferentes dos acidentes ofídicos, em que 70,8% das picadas ocorrem nos membros inferiores, os acidentes provocados pelo contato com lagartas ocorrem predominantemente em membros superiores (88%).

Os escorpiões são encontrados em todo o território nacional. Dentre os 15 gêneros encontrados no Brasil, é considerado de importância médica o *Tityus*.

A incidência de acidentes por himenópteros é desconhecida. Pertencem à ordem Himenóptera os únicos insetos que possuem ferrões verdadeiros, com três famílias de importância médica: *Apidae* (abelhas e mamangavas), *Vespidae* (vespa amarela, vespão e marimbondo) e *Formicidae* (formigas). Reações alérgicas ocorrem mais em adultos e nos profissionais expostos. Acidentes graves e mortes pela picada de abelhas africanizadas deve-se não pela diferença de composição de veneno, mas pela maior agressividade dessa espécie (ataques maciços).

Diante do número elevado de vítimas, torna-se evidente a importância de uma investigação regional e local detalhada da incidência desses acidentes, assim como, um levantamento de espécies que causam mais injúrias a população. O conhecimento desses casos e da sua evolução é fundamental para a melhorias no atendimento médico e para o desenvolvimento de atividade de vigilância em saúde, objetivando o controle e prevenção desses acidentes.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico observacional e transversal, do tipo "Ecológico", realizado no período de Janeiro de 2008 a dezembro de 2012. Para tal estudo foram analisados todos os prontuários dos pacientes com acidentes envolvendo animais peçonhentos neste período, atendidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Foram considerados apenas os prontuários completamente preenchidos e legíveis. Posteriormente os casos foram agrupados e analisados estatisticamente de acordo com as seguintes características: sexo do paciente, idade, animal envolvido, local da picada e tratamento realizado.

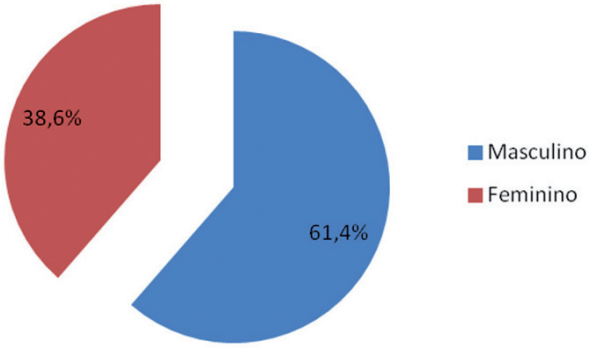
Ao longo deste estudo (cinco anos) foram analisados 316 acidentes com animais peçonhentos registrados na Central de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) e Centro de Assistência Toxicológica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

RESULTADOS

Foram 53 casos comprovados em 2012; 73 em 2011; 47 em 2010; 87 em 2009 e 56 casos notificados em 2008. Houve uma prevalência do sexo masculino – 61,4% (194 casos) – em relação ao sexo feminino – 38,6% (122 casos) – Ver **gráfico 1**.

A média de idade entre os homens foi de 30,81 anos; com o desvio padrão de 18,25; nas mulheres esta média cai para 30,51 anos; com o desvio padrão de 19,15.

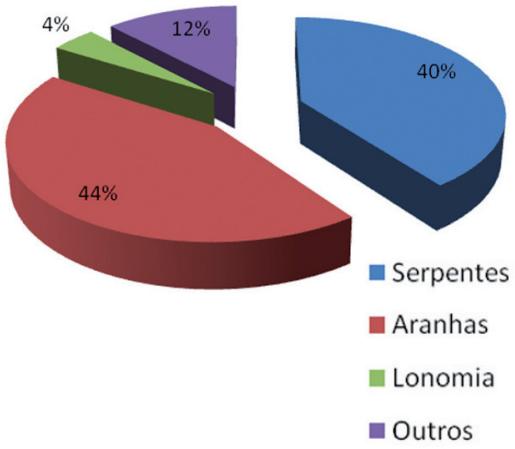
Gráfico 1. Número de casos acometidos de acordo com o sexo.



Analisando-se os acidentes ocorridos, obteve-se a seguinte prevalência: as aranhas eram a causa em 43,99% (139 casos Loxosceles 32; Foneutrismo 29 e Não identificadas 78); acidentes com serpentes – subtipo Crotálico – foram responsáveis por 11,71% (37 casos); serpentes da espécie *Bothrops* correspondem a 19,94 % (63 acidentes); 1 caso do subtipo Elapídico; e 7,91% (25 casos) serpentes não identificadas. Os escorpiões equivalem a 2,85 % (9 casos notificados). As lagartas equivalem a 9,18% (29 casos) – desses 4,12 % (13 casos) corresponde a Lonomia e 5,06 (16 casos) e outros lagartas não especificadas.

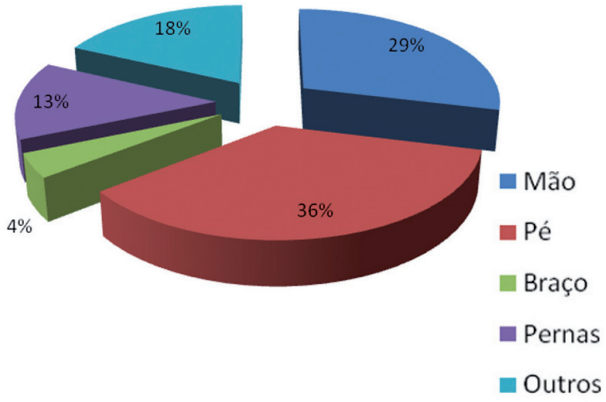
As abelhas correspondem a 1,58% (5 casos); e os animais não especificados no prontuário do paciente por 2,53 % (8 casos) – Ver **gráfico 2.**

Gráfico 2. Prevalência de animais peçonhentos.



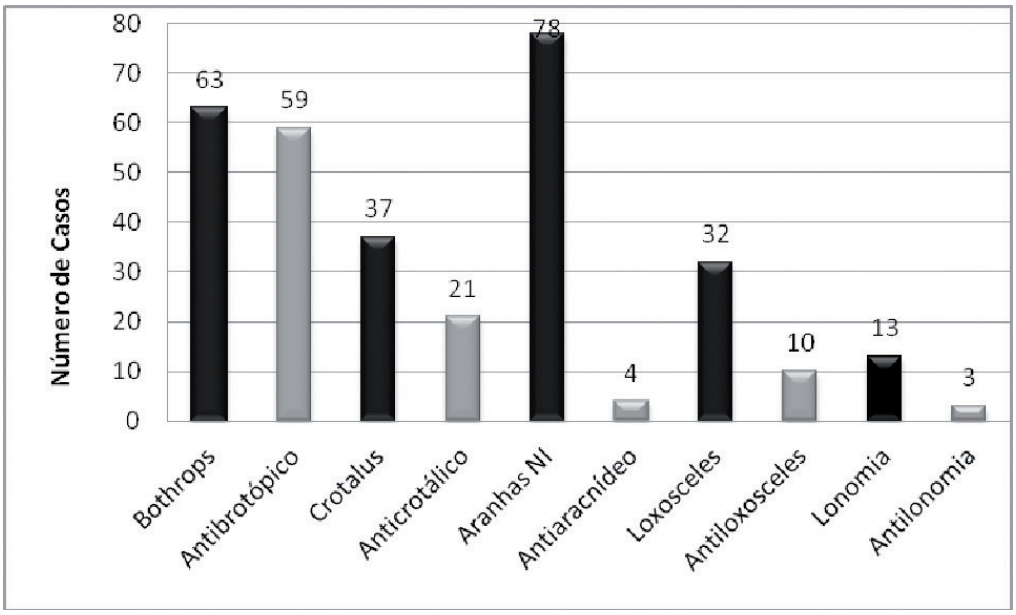
Em relação ao local de acometimento: mãos equivalem a 28,80% dos casos (91 acidentes); braços a 4,11% (13 casos); pernas a 13,30% (42 casos), pés a 35,76% (113 acidentes), e outros locais equivalem a 18,04%% (57 desses 13 prontuários não especificados) – Ver **gráfico 3**.

Gráfico 3. Local de acometimento – parte do corpo atingida.



Dos 63 acidentes pela espécie *Bothrops* – 93,65% (59 casos) receberam soro antibotrópico. Dos 37 acidentes pela espécie Crotalus 56,76% (21 casos) receberam soro anticrotálico. Dois casos de soro antibotrópico em serpentes não identificadas. As aranhas não especificadas corresponde a 78 casos desses apenas 5,12% receberam soro antiaracnídeo (4 casos). Dos 32

Gráfico 4. Tratamento dos acidentes com animais peçonhentos.



casos de loxosceles 31,25% (10 casos) receberam soros antiloxosceles. Um caso de Foneutrismo recebeu soro antiaracnídeo. Dos 13 acidentes por Lonomia 23,08% recebeu soro anti lonomia (3 casos). **Gráfico 4**.

Em 2010 observou-se que 90,31% do soro antiofídico foi realizado de forma correta, enquanto 9,69% soroterapia ocorreu para acidente não identificado, ou o tipo de acidente não apresentou soro específico. A soroterapia para acidente araneído – *Phoneutria* – nesse mesmo ano demonstrou que 89% do tratamento ocorreu de forma correta; para Losxoceles essa porcentagem corresponde a 97%. O tratamento incorreto para acidente com Lonomia corresponde a 7%, enquanto para acidente com escorpião 4%.

No Brasil o acidente escorpiônico é o de maior número de notificações: em 2010 foram 50.126 acidentes. A incidência foi de 26,3 acidentes/100.000 habitantes. A região com maior número de acidentes é a Nordeste (23.929), mas o estado onde ocorrem mais registros é Minas Gerais (12.016), seguido da Bahia (8.910) e São Paulo (6.790). No nosso estudo observamos apenas nove casos notificados desse acidente; visto que os escorpiões adaptam-se facilmente aos grandes centros urbanos (62,2% dos acidentes ocorreram na zona urbana), sendo encontrados em todas as capitais.

DISCUSSÃO

No Brasil foram registrados, em 2010, 29.635 acidentes por serpentes. Acidentes botrópicos foram o de maior incidência, com 72,5%. A região Norte (9.191) é onde há a maior ocorrência de acidentes ofídicos, seguida pelas regiões Nordeste (8.238) e Sudeste (6.343). Essas regiões concentram a maioria dos acidentes botrópicos e laquéticos, enquanto que no Nordeste há predomínio dos acidentes crotálicos, elapídicos e em acidentes cuja serpente envolvida não foi identificada ou o campo na ficha de investigação foi deixado em branco. No nosso estudo as serpentes da espécie Bothrops correspondem a 19,94 % (63 acidentes); e o subtipo Crotálico – foram responsáveis por 11,71% (37 casos).

Aranhas do gênero *Loxosceles* diferem dos outros acidentes em relação ao sexo atingido. De acordo com a literatura, há uma predominância de acidentes do sexo feminino, visto que

esse tipo de acidente tem maior ocorrência dentro dos domicílios. As mulheres permanecem maior tempo dentro das residências e as aranhas, por sua vez, adaptam-se facilmente nesse ambiente. No nosso estudo houve predominância do sexo masculino (62,5%) em relação ao feminino (37,5%). No Brasil foram registrados 24.279 acidentes por aranhas.

É importante que os profissionais da saúde sejam capazes de reconhecer os animais peçonhentos particularmente as serpentes, uma vez que esses animais causam acidentes com maior gravidade no entanto, 7,91% (25 casos) não foram identificados. O índice de não identificação de aranhas foi de 56,16% (78 casos), ou seja, mais da metade nem sequer são classificados em gênero. Segundo Marques da Silva et al. (2006), muitos acidentes de aranhas do gênero *Loxosceles* não são percebidos pela vítimia, pois a picada é indolor e o acidente ocorre principalmente à noite, durante o sono. Porém, é importante salientar que a identificação correta do animal é crucial para orientar o diagnóstico e tratamento adequado.

Diante dos resultados apresentados, é fundamental que as equipes de vigilância realizem campanhas para reduzir a incidência de acidentes com animais peçonhentos, através de ações de promoção e educação de saúde. É importante que todo acidente com animal peçonhento seja notificado, independente do paciente ter recebido ou não soro; além disso, faz se necessário o correto e completo preenchimento da ficha de investigação.

CONCLUSÃO

Acidentes por animais peçonhentos continuam a constituir um sério problema de saúde pública no Brasil. Informações como as citadas acima são importantes à medida que são capazes de dar subsídios à produção e distribuição dos diferentes tipos de soro, programas de prevenção de casos, diminuição da gravidade dos casos, diminuição do número de óbito, treinamento dos profissionais da saúde para o melhor atendimento desses pacientes.

ABSTRACT

BACKGROUND: Composed of 25 municipalities, regional health tenth of Paraná, also called the West Region - is based in the city of Cascavel. With a range of 514,335 inhabitants (Department of Health of Paraná, 2009), is notable for the high levels of agricultural and industrial accidents activity, especially with venomous animals. These are capable of inoculating toxic substances, responsible for accidents that may progress to death. In Brazil, accidents with venomous animals are a public health problem.

METHODS: This study describes the epidemiology of 316 accidents with venomous animals over 5 years of data recorded in the Hospital Infection Control Center (CCIH) and CEATOX (Center for Toxicological Assistance) of the University Hospital of the West of Paraná. Sex, age of the patient, tips of venomous animals, places the affected body treatment performed: for both the following variables were assessed.

RESULTS: Were 53 proven cases in 2012 , 73 in 2011 , 47 in 2010 , 87 in 2009 and 56 cases in 2008. There was a prevalence of males - 61.4 % (194 cases) - for females - 38.6 % (122 cases) the average

age of men was 30.81 years , with a standard deviation of 18 , 25 , in women this average drops to 30.51 years , with standard deviation of 19.15 . Analyzing the accident occurred , gave the following prevalence : the spiders were the cause in 43.99% (139 cases - 32 Loxosceles ; Foneutrismo 29 and 78 not identified) ; accidents with snakes - subtype crotalic - accounted for 11 , 71 % (37 cases) ; snakes from Bothrops species correspond to 19.94% (63 accidents) , 1 case of subtype Elapídico , and 7.91 % (25 cases) snakes unidentified . Scorpions equivalent to 2.85% (9 cases reported) . The caterpillars are equivalent to 9.18% (29 cases) - these 4.12% (13 cases) corresponds to Lonomia and 5.06 (16 cases) and other caterpillars not especified. As bees corresponds to 1.58 % (5 cases) and animals not specified in the patient by 2.53 % (8 cases) . Of the 63 accidents by Bothrops species - 93.65 % (59 cases) received antivenom . Of the 37 accidents by Crotalus species 56.76 % (21 cases) received anticrotálic serum. Two cases of antivenom for snakes unidentified. Spiders unspecified corresponds to 78 such cases only 5.12 % received anti arachnid serum (4 cases). Of 32 cases of Loxosceles 31.25% (10 patients) received Loxosceles anti sera. A case of Foneutrismo received anti arachnid serum. Of the 13 accidents per Lonomia 23.08 % received anti Lonomia serum (3 cases).

CONCLUSION: Accidents with venomous animals have medical importance because of its high frequency and severity. Standardization date of diagnosis and treatment of injured ducts is essential so that health teams can realize diagnosis and treatment appropriately.

KEYWORDS: Accidents; Animals, Poisonous; Epidemiology, Epidemiologic Factors.

REFERÊNCIAS

1. Bochner R. Acidentes por animais peçonhentos: aspectos históricos, epidemiológicos, ambientais e sócio-econômicos. [Tese – Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como requisito à obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2003.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Nacional da Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2001.
3. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e regionalização da assistência à saúde no estado do Paraná 2009 [Acesso em 21 Abr. 2013]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/PDR_010609.pdf.
4. Hinrichsen LS. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
5. Secretaria de Saúde (Paraná). Acidentes por Animais Peçonhentos e Venenosos [monografia na internet]. Curitiba: SESA; 2010 [Acesso em 05 Dez. 2013]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/zoonoses_intoxicacoes/Acidentes_por_Animais_Peconhentos_e_Venenosos.pdf.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes ofídicos [monografia na internet]. Brasília; 1989 [Acesso em 05 Dez. 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31519.

Recebido em: 05/01/2014
Aprovado em: 20/02/2014
Conflito de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Karina Litchteneker
Endereço: Rua Pio XII, 1789 - apto. 9, bloco B, centro
Cascavel - Paraná - CEP 85801-210
kalit86@hotmail.com

Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico

Self steem, depression and spirituality in patients beares of chronic kidney disease undergoing hemodialysis

***Fernanda Aguiar Nunes*[1]**
***Sara Aguiar Nunes*[1]**
***Yara Gracia Lorena*[2]**
***Neil Ferreira Novo*[3]**
***Yara Juliano*[3]**
***Taylor Brandão Schnaider*[4]**

RESUMO

OBJETIVO: A convivência com a doença renal crônica e o doloroso tratamento gera conflitos existenciais que podem provocar angústia espiritual que, por sua vez, agrava os sintomas físicos e emocionais e a capacidade para enfrentar a doença. O objetivo deste estudo foi avaliar a autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica submetidos à hemodiálise.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo clínico, constituído de 62 pacientes renais crônicos. Para avaliar a autoestima, foi utilizada a Escala de autoestima Rosenberg UNIFESP/EPM; o Inventário de Depressão de Beck para medir a depressão; o Instrumento de Espiritualidade de PINTO & RIBEIRO para avaliar a espiritualidade. Foram utilizados os testes: Kruscal-Wallis, Quiquadrado, Teste Exato de Fisher e Wilcoxon. O valor de $p < 0,05$ foi adotado como nível de significância.

RESULTADOS: No que se refere aos níveis de depressão em relação à idade, gênero, cor e escolaridade não se observou diferença estatística significante; no que tange aos níveis de autoestima em relação à idade, gênero, cor e escolaridade não se observou diferença estatística significante; no que se refere aos níveis de depressão em relação ao domínio crença não se constatou diferença

Trabalho realizado pelo Serviço Hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil.

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

2. Professora Assistente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil.

3. Professor(a) Titular do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil.

4. Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina e Professor Permanente do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil.

estatística significante e no que se relaciona aos níveis de depressão em relação ao domínio esperança/otimismo observou-se que os pacientes sem depressão e com depressão leve/moderada apresentaram diferença estatística significante em relação aos portadores de depressão severa; no que relaciona a crença e esperança/otimismo em relação à ausência de depressão, a crença e esperança/otimismo em relação à depressão leve/moderada e a crença e esperança/otimismo em relação à depressão severa, verificou-se que ocorreu diferença estatística significante entre crença e esperança/otimismo nos três níveis de depressão.

CONCLUSÃO: Os participantes apresentam baixa autoestima, 48,4% apresentam depressão e professam mais crença do que esperança/otimismo em relação aos três níveis de depressão.

DESCRITORES: Autoimagem; Depressão; Espiritualidade; Insuficiência Renal Crônica.

Nunes FA, Nunes SA, Lorena YG, Novo NF, Juliano Y, Schnaider TB. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 18-26, jan./mar. 2014.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica constitui, atualmente, importante problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência de pacientes mantidos em programas assistenciais destinados ao controle e tratamento de Insuficiência Renal Crônica (IRC) dobrou nos últimos anos. A doença tem como principais complicações o aumento da uréia no sangue (azotemia), a qual desencadeia uma série de sinais e sintomas conhecidos como uremia ou síndrome urêmica. As causas principais podem ser: pré-renal (em decorrência da isquemia renal); renal (conseqüente de doenças como as glomerulopatias, hipertensão arterial, diabetes etc); pós-renal (em virtude da obstrução do fluxo urinário)[1].

A IRC, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal, condiciona o paciente a realizar terapias de substituição da função renal na forma da diálise peritonial, hemodiálise ou transplante[2]. Por ser uma doença progressiva e silenciosa, seu diagnóstico, na maioria dos casos, só é feito na fase terminal, requerendo de imediato terapia renal substitutiva. A doença em si e o tratamento desencadeiam uma sucessão de situações conflituosas, que compromete o cotidiano do paciente, bem como de seus componentes familiares, impondo-lhes adaptações e mudanças no estilo de vida. É importante ressaltar, porém, que as estruturas familiares nem sempre dão conta, sozinhas, de serem sustentáculos destas situações. Elas precisam do apoio dos profissionais de saúde, bem como de suporte e colaboração de outras pessoas da sua comunidade[3].

O paciente portador de enfermidades crônicas constantemente se depara com situações cuja complexidade vai além do quadro clínico provocado pela doença, lida com o sofrimento advindo da experiência de momentos difíceis, de grande rejeição, culpa e lutas, na tentativa diária de conviver harmonicamente com sua condição de saúde. Especificamente, a doença renal crônica (DRC) impõe ao indivíduo uma série de mudanças e novas perspectivas de vida, incluindo o uso contínuo de medicações, o enfrentamento da dependência de outras pessoas e de aparelhos para adaptações à nova

realidade e, na maioria dos casos, à dependência financeira[4]. A convivência com a enfermidade e o doloroso tratamento gera conflitos existenciais que podem provocar angústia espiritual que, por sua vez, agrava os sintomas físicos e emocionais e a capacidade para enfrentar a doença[5].

Nas doenças crônicas, as estratégias de enfrentamento têm papel mediador entre sujeito, saúde e doença. Ao discutir enfrentamento e doenças crônicas é preciso considerar as implicações destas sobre o desenvolvimento e reações do paciente, da família, e de grupos sociais. Sentimentos de abandono, desesperança, baixa autoestima, ansiedade, depressão, por exemplo, manifestam-se frequentemente em pacientes com problemas crônicos. Além disso, os antecedentes e desencadeantes da doença, a interação, a avaliação e a resposta do indivíduo em relação às ameaças ao seu bem estar, podem moderar o impacto, frear, ou acelerar o desenvolvimento de um processo mórbido[6–8].

Objetivo

Avaliar a autoestima, a depressão e a espiritualidade em pacientes portadores de doença renal crônica submetidos à hemodiálise.

Métodos

Trata-se de um estudo clínico, consecutivo, transversal e de centro único, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS) sob o Protocolo CEP 1637/11.

A população de estudo foi constituída de 62 pacientes renais crônicos, usuários do Sistema Único de Saúde, abordados durante o período de tratamento no Serviço de Hemodiálise do Hospital das Clínicas da Universidade do Vale do Sapucaí (Pouso Alegre, MG), que concordaram em participar da pesquisa depois de esclarecimentos sobre a mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: pacientes dos gêneros feminino e masculino, sem restrição de faixa etária, portadores de doença renal crônica e submetidos periodicamente ao tratamento de hemodiálise. Os critérios de não inclusão foram: recusa do paciente em participar do estudo e incapacidade de comunicação verbal.

Foram utilizados os instrumentos de: Autoestima de Rosenberg (UNIFESP/EPM)[9], Depressão (Inventário de Beck)[10] e Espiritualidade (Pinto e Pais-Ribeiro)[11].

Para avaliar a autoestima, foi utilizada a Escala de Autoestima Rosenberg (UNIFESP/EPM)[9]. Trata-se de um instrumento contendo 10 itens, sendo que cinco avaliam sentimentos positivos do humano sobre si mesmo e cinco avaliam sentimentos negativos; cada item é avaliado por uma escala de três pontos, do tipo Likert (concordo fortemente, concordo, discordo e discordo fortemente). O intervalo dessa escala varia de zero a 30; pontuações entre 15 e 25 estão dentro da normalidade, abaixo de 15 sugerem baixa autoestima e acima de 25 elevada autoestima.

O Inventário de Depressão de Beck (IDB), traduzido para a língua portuguesa, adaptado para a cultura brasileira e validado para uso no Brasil por Gorenstein e Andrade[10], consta de 21 questões, configuradas no tempo presente e estabelecidas em uma escala de quatro pontos (zero a três). O propósito do IDB é a evolução da medida de depressão. Cada pergunta se relaciona com uma palavra chave e particular de cada problema. O zero representa um estado não depressivo. As pontuações podem flutuar de zero até 63, indicando as pontuações altas

uma maior severidade na depressão. A guia que serve para a interpretação do IDB é: zero a nove = pontuação mínima, não apresenta depressão; 10 a 16 = apresenta depressão leve; 17 a 29 = apresenta depressão moderada; 30 a 63 = apresenta depressão severa.

A escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro[11] contém cinco itens que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas com as dimensões crença e esperança/otimismo da espiritualidade. As respostas podem variar entre o não concordo (1), concordo um pouco (2), concordo bastante (3), plenamente de acordo (4). Da análise fatorial resultam duas subescalas, uma constituída por dois itens que se referem a uma dimensão vertical da espiritualidade, a que denominamos Crenças e outra constituída por três itens que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, tendo sido denominada Esperança/Otimismo. A cotação de cada subescala é efetuada através da média dos itens da mesma. Exemplo: Crenças = (Esp1 + Esp2)/2; Esperança/otimismo = (Esp3 + Esp4 + Esp5)/3. Quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada.

Foram utilizados os testes: Kruscal-Wallis para comparar os níveis de depressão em relação à idade, os níveis de autoestima em relação à idade e os níveis de depressão em relação aos domínios crença e esperança/otimismo; Quiquadrado para comparar os níveis de depressão em relação ao gênero, cor e escolaridade, os níveis de autoestima em relação à escolaridade; Teste Exato de Fisher para comparar os níveis de autoestima em relação ao gênero e cor; Wilcoxon para comparar crença e esperança/otimismo em relação aos níveis de depressão. O valor de $p < 0,05$ foi adotado como nível de significância em todos os testes estatísticos.

RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas da população: 35 pacientes do gênero masculino e 27 do feminino; 41 leucodermas e 21 não-leucodermas; idade entre 21 e 79 anos; três etilistas e 59 não etilistas; nove tabagistas e 53 não tabagistas; 25 praticavam exercícios físicos e 37 não praticavam; 38 viviam com companheiro e 24 não; oito pacientes estavam sendo submetidos à psicoterapia e 54 não; um era analfabeto, 31 tinham ensino fundamental, 20 ensino médio e 10 ensino superior; 58 faziam uso de medicação crônica e quatro não.

No que se relaciona: à autoestima, 56 participantes apresentaram baixa autoestima e seis autoestima normal; à depressão, 32 participantes não apresentaram depressão, 21 apresentaram depressão leve/moderada e nove apresentaram depressão severa; ao domínio crença da espiritualidade foi observada média de 3,1 e mediana de 3,0; ao domínio esperança/otimismo da espiritualidade foi constatada média de 2,6 e mediana de 2,3.

No que tange aos níveis de autoestima em relação à idade (Kruscal-Wallis: Hcalc=2,11, p=0,146), ao gênero (Teste Exato de Fisher: p=0,999), à cor (Teste Exato de Fisher: p=0,654) e à escolaridade (Quiquadrado: x^2 =3,00, p=0,223) não se observou diferença estatística significante.

No que se refere aos níveis de depressão em relação à idade (Kruscal-Wallis, Hcalc=0,84, p=0,666), ao gênero (Quiquadrado: x^2 =1,48, p=0,477), à cor (Quiquadrado: x^2 =3,26, p=0,196) e à escolaridade (Quiquadrado: x^2 =0,87, p=0,929) não se observou diferença estatística significante.

No que relaciona a crença e esperança/otimismo em relação à ausência de depressão (Wilcoxon: z=2,83, p=0,005), a crença e

esperança/otimismo em relação à depressão leve/moderada (Wilcoxon: z=3,10, p=0,002) e a crença e esperança/otimismo em relação à depressão severa (Wilcoxon: z=2,39, p=0,017), verificou-se que ocorreu diferença estatística significante entre crença e esperança/otimismo nos três níveis de depressão.

No que se refere aos níveis de depressão em relação ao domínio crença não se constatou diferença estatística significante (Kruscal-Wallis: Hcalc=3,03, p=0,220) e no que se relaciona aos níveis de depressão em relação ao domínio esperança/otimismo observou-se que os pacientes sem depressão e com depressão leve/moderada apresentaram diferença estatística significante em relação aos portadores de depressão severa (Kruscal-Wallis: Hcalc=8,91, p=0,012).

DISCUSSÃO

Pesquisa clínica em que participaram 166 pacientes portadores de doença renal crônica em estágio final, realizando diálise, utilizando os instrumentos Sociodemográfico e Clínico, *Autonomy Scale of the Casp-19* para avaliar autonomia, *Current Thoughts Scale* para medir autoestima, *Brief Illness Perception Questionnaire* para avaliar percepção da doença e *Treatment Effects Questionnaire (TEQ)* para avaliar percepção do tratamento, constatou que a participação no trabalho era baixa, o nível de autonomia apresentava-se moderado, o nível de autoestima encontrava-se bastante elevado e que os participantes tem convicção que a doença e o tratamento desempenham um importante papel na percepção da autonomia e autoestima[12].

Estudo clínico, com a participação de 144 pacientes, sendo que 84 estavam sendo submetidos à hemodiálise e 60 estavam realizando diálise peritoneal ambulatorial contínua, maiores de 18 anos, utilizando os instrumentos *World Health Organizatiom Quality of Life instrument (WHOQOL-BREF)* e *Multidimensional Health Locus of Control inventory (MHLC)*, constatou haver uma forte relação positiva entre a autoestima dos pacientes e o local específico para realização da diálise[13].

Experiência clínica, em que participaram 10 adolescentes, de ambos os gêneros, com idade entre 11 e 15 anos, aplicando o *Cuestionario de Autoestima de Coopersmith* para verificar se ocorria alteração da autoestima entre o pré e o pós-transplante (aos seis, oito e 12 meses), não corroborou que a melhoria clínica eleve a autoestima, levantando-se a hipótese de que a autoestima não se eleva nem se mantem ao realizar-se o transplante renal, mas que uma estabilidade é alcançada com o passar do tempo[14].

Estudo clínico em que participaram 109 pacientes portadores de doença renal Crônica, utilizando os instrumentos *Autonony Scale of the CASP-19* para percepção da autonomia, *Current Thoughts Scale* para verificar a autoestima, *Brief Ilness Perception Questionnaire* para observar a percepção da doença e *Statistics Netherlands (CBS)* para definir a participação no trabalho (horas trabalhadas por semana), concluiu que instruir estes pacientes para que combinem a doença renal crônica e seu tratamento com atividades, incluindo trabalho remunerado, pode estimular a crença de modo positivo e prevenir ou desafiar aspectos negativos relativos à mesma. Intervenções focadas nestes aspectos podem ajudar os pacientes a conformar-se com a doença, prevenir desligamento desnecessário do trabalho remunerado e contribuir para maior noção de autonomia e autoestima[15].

Neste estudo observou-se que 56 participantes apresentaram baixa autoestima e seis autoestima normal, níveis diferentes dos

encontrados em pesquisa clínica realizada por Jansen et al[12], em que associaram o nível de autoestima com trabalho e tratamento.

Pesquisa clínica, descritiva-exploratória, de natureza quantitativa, em 61 pacientes idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, a fim de observar a incidência de depressão, utilizando os instrumentos *Geriatric Depression Scale (GDS)* e Caracterização Populacional, concluiu que ocorreu correlação estatística significante entre renda mensal familiar e escolaridade (p=0,004) e escore GDS e analfabetismo (p=0,028), mostrando que os analfabetos apresentaram mais respostas depressivas, sugerindo menor capacidade de adaptabilidade/resiliência desses humanos à doença e suas complicações[16].

Estudo clínico e transversal, realizado em 68 pacientes maiores de 18 anos, em tratamento hemodialítico, que responderam aos instrumentos Sócio-demográfico e Clínico, Inventário de Depressão de Beck (IBD) e *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)*. Os autores constataram que os participantes da pesquisa apresentaram sintomatologia elevada para depressão, assim como alta prevalência de diagnóstico sugestivo de depressão maior[17].

Pesquisa clínica, em que foram incluídos 47 pacientes do gênero masculino em tratamento hemodialítico estável há mais de seis meses, empregando os instrumentos Escala de Hamilton para depressão e *Kidney Disease Quality of Life Questionnaire*, verificou que o estado de humor dos participantes da pesquisa apresentou correlação negativa com diversos escores de qualidade de vida, sugerindo possível influência do estado de humor na qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa[18].

Estudo clínico, realizado em 166 pacientes com idade superior a 18 anos, em tratamento hemodialítico por pelo menos três meses e sem transplante prévio, tendo como objetivo determinar a correlação entre depressão e qualidade de vida destes humanos participantes da pesquisa, utilizando os instrumentos *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Questionnaire (SF-36)* e versão de 10 ítens do *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*, constatou que pacientes com depressão vivenciaram um nível baixo de qualidade de vida porque, além dos aspectos físicos acometidos cronicamente, também são afetados nas dimensões mentais que costumam ser as dimensões com melhores pontuações entre os pacientes em tratamento hemodialítico sem depressão[19].

Nesta pesquisa 32 participantes não apresentaram depressão (51,61%), 21 apresentaram depressão leve/moderada (33,87) e nove apresentaram depressão severa (14,51%). No que se refere aos níveis de depressão em relação à idade, ao gênero, à cor e à escolaridade não se observou diferença estatística significante. Os dados obtidos relacionando escolaridade e depressão neste estudo não coincidem com os obtidos por Ribeiro et al.[16], em que os analfabetos apresentaram mais respostas depressivas. A depressão, devido ser pouco diagnosticada e sub-tratada, associado ao fato de que pacientes com passado de tratamento psiquiátrico e/ou uso de antidepressivos não terem sido excluídos desta casuística, justifica uma frequência menor de depressão encontrada neste estudo.

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, em que foram pesquisados 123 pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico, idade mínima de 21 anos, com a finalidade de investigar o coping religioso/espiritual, utilizou os instrumentos sociodemográfico e *Short Spiritual Religious Coping*

Scale (Brief-SRCOPE), verificou que 76.9% apresentaram alta pontuação para coping religioso/espiritual, concluindo que os participantes da pesquisa utilizam de modo positivo o coping religioso/espiritual como estratégia de enfrentamento à doença, destacando-se as mulheres com renda familiar elevada e que frequentam semanalmente a igreja[20].

Pesquisa descritiva-quantitativa, visando identificar o diagnóstico de sofrimento espiritual pela enfermagem, em 120 pacientes portadores de insuficiência renal crônica, maiores de 18 anos, em tratamento hemodialítico, utilizou os instrumentos *Spirituality Rating Scale (SRS), Pinto e Pais-Ribeiro's Spirituality Scale* e *Spiritual Well-being Scale*. A avaliação diagnóstica desenvolvida pelos enfermeiros não apresentou divergência com a opinião dos próprios pacientes relacionada ao diagnóstico, alcançando coeficiente de concordância perfeito (96,7%), demonstrando concordância substancial com a *Existencial Well-being sub-scale of the Spiritual Well-being Scale* (83,3%) e com a *Pinto e Pais-Ribeiro's Spirituality Scale* (87,5%), sendo portanto úteis para identificação diagnóstica[21].

Revisão narrativa de artigos publicados em periódicos indexados, por meio de busca nas bases de dados SciELO, LILACS, MEDLINE e PsycINFO, para avaliar a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde em pacientes submetidos à hemodiálise, constatou que a espiritualidade e religiosidade desempenham um importante papel nestes pacientes, associadas com aspectos relevantes da relação médico-paciente, da qualidade de vida e do coping, devendo os profissionais envolvidos valorizarem todos estes aspectos[22].

Pesquisa de coorte prospectiva, visando descrever a natureza, a prevalência e os preditores de cuidados necessários espirituais e de suporte em pacientes portadores de doença renal crônica, empregou os instrumentos sociodemográfico e clínico, *Charlson Comorbity Index (CCI)* e *Prevalence of Spiritual and Supportive Care Needs* em 243 pacientes, maiores de 18 anos. Os autores constataram que 69,1% dos participantes responderam positivamente em pelo menos um dos itens relativos à necessidade espiritual e 91,4% responderam positivamente em pelo menos um dos itens relativos às necessidades de suporte, concluindo que os pacientes tinham uma substancial necessidade de cuidados espiritual e terapêutico e que os profissionais da saúde devem compreender e cuidar melhor no que se refere às necessidades espirituais destes humanos, a fim de proporcionar cuidado com qualidade[23].

No presente estudo a dimensão vertical da espiritualidade denominada crenças apresentou escores mais próximos do valor máximo, demonstrando ser a espiritualidade uma valiosa ferramenta que auxilia o humano enfrentar uma doença que o expõe ao risco de morte, devendo os profissionais da saúde compreender e cuidar melhor no que se refere às necessidades espirituais dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.

CONCLUSÃO

Os participantes desta pesquisa, portadores de doença renal crônica, apresentam baixa autoestima, 48,4% apresentam depressão e professam mais crença do que esperança/otimismo em relação aos três níveis de depressão.

ABSTRACT

BACKGROUND: The close association with a chronic kidney disease and its painful treatment produce existential conflicts that may provoke spiritual anguish that worsens the physical and emotional symptoms and the capacity to face the disease. The purpose of this study was to evaluate the self-esteem, depression and spirituality in patients bearers of chronic kidney disease undergoing hemodialysis.

METHODS: This is a clinical study with 62 chronic kidney patients. To evaluate self-esteem the Rosenberg UNIFESP/EPM Self-esteem Scale was utilized; Beck´s Depression Inventory to measure the depression; PINTO & RIBEIRO´s Instrument of Spirituality to evaluate spirituality. The following tests were employed: Kruscal-Wallis, Chi-square, Fischer´s Exact Test and Wilcoxon. The value of $p<0,05$ was adopted as level of significance..

RESULTS: Concerning the levels of depression in relation to age, gender, skin color and schooling, no significant statistical difference was observed; regarding the levels of self-esteem in relation to age , gender, skin color and schooling no significant statistical difference was observed; regarding the levels of depression related to the belief domain no significant statistical difference was observed and in regard of the levels of depression in relation to the hope/optimism domain it was noticed that the patients without depression and with low/moderate depression showed significant statistical difference compared to the bearers of severe depression; regarding belief and hope/optimism in relation to absence of depression, belief and hope/optimism in relation to low/moderate depression and belief and hope/optimism in relation to severe depression, it was verified that a significant statistical difference occurred between belief and hope/optimism in the three levels of depression.

CONCLUSION: The participants showed low self-esteem, 48,4% showed depression and professed more faith than hope/optimism in relation to the three levels of depression.

KEYWORDS: Self Concept; Depression; Spirituality; Renal Insufficiency, Chronic.

REFERÊNCIAS

1. Riella MC, Pecoists-Filho R. Insuficiência renal crônica. In: Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 661-89.
2. Fermi MRV. Manual de diálise para enfermagem. Rio de Janeiro: Intexto; 2003.
3. Silva LF, Guedes MVC, Moreira RP, Souza ACC. Doença crônica: o enfrentamento pela família. Acta Paul Enferm. 2002;15(1):40-7.
4. Zanela E, Dyniewicz AM, Kobus LSG. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. Rev Eletrônica Enferm. 2004;6(2):199-212.
5. Grant E, Murray SA, Kendall M, Boyd K, Tilley S, Ryan D. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. Palliat Support Care. 2004 Dec;2(4)371-8.
6. Cerqueira AT. O conceito e metodologia do coping. Existe consenso ou necessidade? In: Kerbauy RR. Sobre o comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva. Santo André: Arbytes; 2000. p. 279-89.
7. Straub RO. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2002.
8. Taylor SE. Health Psychology. Nova York: McGraw-Hill; 2003.

9. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e Validação da versão brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. Rev Soc Bras Cir Plást. 2004;19(1):41-52.
10. Gorestein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjets. Braz J Med Biol Res. 1996 Apr;29(4):453-7.
11. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. Arqui Med (Porto). 2007 Mar;21(2):47-53.
12. Jansen DL, Rijken M, Heijmans M, Boeschoten EW. Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: The importance of illness and treatment perceptions. Psychol Health. 2010 Jul;25(6):733-49.
13. Theofilou P. Self-esteem in Greek Dialysis Patients: the contribution of health locus of control. Iran J of Kidney Dis. 2012 Mar;6(2):136-40.
14. Luque M, Hernández-Roque A, Tercero G, Gómez-Chico R, Morales F. Autoestima pre y postransplante renal em adolescentes mexicanos de 11 a 15 años. Nefrologia. 2004;24(4):364-7.
15. Jansen DL, Grootendorst DC, Rijken M, Heijmans M, Kaptein AA, Boeschoten EW, et al. Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study. BMC Nefhology. 2010 Dec 8;11:35.
16. Ribeiro RCHM, Santiago E, Bertolin DC, Ribeiro DF, Cesarino CB, Burdmann EA. Depression in the elderly on hemodialysis for chronic renal failure. Acta Paul Enferm. 2009;22:505-8.
17. Santos MC, Wolfart A, Jornada L. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do Sul de Santa Catarina. Arq Catar de Med. 2011;40(2):84-88.
18. Garcia TW, Veiga JPR, Motta LDC, Moura FJD, Casulari LA. Comportamento depressivo e má qualidade de vida em homens com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. Rev Bras Psiquiatr. 2010 Dez;32(4):369-74.
19. Santos PR. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2011 Dez;33(4):332-7.
20. Valcanti CC, Chaves ECL, Mesquita AC, Nogueira DA, Carvalho EC. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Esc Enferm USP. 2012 Aug;46(4):837-43.
21. Chaves Ede C, Carvalho EC, Beijo LA, Goyatá SL, Pilon SC. Efficacy of diferente instruments for the identification of the nursing diagnosis spiritual distress. Rev Lat Am Enfermagem. 2011 Jul-Aug;19(4):902-10.
22. Lucchetti G, Almeida LG, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? J Bras Nefrol. 2010 Mar;32(1):126-30.
23. Davison SN, Jhangri GS. Existencial and supportive care needs among patients with Chronic kidney disease. J Pain Symptom Manage. 2010 Dec;40(6):838-43.

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

Recebido em: 24/11/2013
Aprovado em: 10/01/2014
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

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

Tumores cardíacos: uma breve revisão da literatura

Cardiac tumors: a brief review of the literature

***Carlos Junior Toshiyuki Karigyo*[1]**
***Felipe Batalini Freitas Silva*[2]**

RESUMO

As neoplasias cardíacas são as mais raras do organismo humano. Com os avanços recentes dos métodos diagnósticos e da cirurgia cardíaca, esses tumores vêm sendo cada vez mais conhecidos e estudados, assim como o diagnóstico precoce e tratamento definitivo apresentam melhores resultados atualmente. A maioria é constituída por tumores benignos, passíveis de tratamento cirúrgico, muitas vezes curativo.

DESCRITORES: Neoplasias Cardíacas; Diagnóstico.

Karigyo CJT, Silva FBF. Tumores cardíacos: uma breve revisão da literatura. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 27-34, jan./mar. 2014.

INTRODUÇÃO

Os tumores cardíacos são neoplasias benignas ou malignas que se originam dos tecidos cardíacos de revestimento interno, camada muscular ou do pericárdio[1]. Podem ser primários ou metastáticos (estes também chamados secundários). Até a década de 50, eram considerados apenas achados raríssimos e curiosos[2]. Com o advento da circulação extracorpórea e do avanço da medicina diagnóstica (ecocardiografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética), o diagnóstico e o tratamento cirúrgico tornaram-se mais factíveis.

A incidência dos tumores cardíacos primários varia de 0,02 a 0,05% em estudos de autópsias; em tumores secundários observa-se uma incidência de 1%[1–6]. Os tumores benignos representam cerca de 75% dos casos, sendo que 50% destes são constituídos pelos mixomas, e o restante por lipomas, fibroelastomas papilares

Trabalho realizado no Hospital Regional João de Freitas – Arapongas, Paraná, Brasil.

1. Médico do Hospital Regional João de Freitas - Arapongas (PR). Mestrando do Departamento de Ciências Patológicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

2. Médico da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG) - Goiânia (GO).

e rabdomiomas. Cerca de 25% dos tumores cardíacos exibem características de malignidade ou se comportam de tal forma, sendo 95% constituídos por sarcomas e 5% por linfomas[2,7].

A ausência de sintomatologia precoce e específica nos pacientes portadores dificulta o diagnóstico clínico, e na maioria dos casos se apresenta em estágios tardios, quando os tumores já produzem efeitos de massa e à distância, como sintomas obstrutivos e embolizações, respectivamente. Porém, estabelecido o diagnóstico, a maioria é passível de ressecção cirúrgica, e muitas vezes curativa.

Apesar da apresentação frequentemente inespecífica, os tumores cardíacos podem produzir efeitos e sintomas comuns entre si[2], que são:

1. **Obstruções:** a depender do tamanho, os tumores atriais podem dificultar o fluxo sanguíneo pelas valvas atrioventriculares e mimetizar estenoses valvares. Em cavidades ventriculares, apesar de menos freqüentes, podem ocasionar obstruções às vias de saída, cursando com sintomas do tipo dor torácica, dispnéia ou síncope.

2. **Embolizações:** os êmbolos podem se originar dos próprios tumores ou por trombos de suas adjacências, e a depender do foco originário gerar êmbolos pequenos e múltiplos, e mimetizar vasculites ou endocardite; enquanto que êmbolos maiores podem evoluir com eventos oclusivos, como acidente vascular cerebral.

3. **Arritmias:** a infiltração do próprio tecido tumoral no miocárdio e nas vias de condução ou a presença da massa tumoral podem ocasionar alterações no ritmo cardíaco, como bloqueios atrioventriculares, taquicardias ventriculares ou até mesmo morte súbita.

Os avanços tecnológicos recentes em métodos de imagem têm permitido a identificação mais precisa e precoce, como a ecocardiografia transesofágica e a ecocardiografia fetal, possibilitando até mesmo o diagnóstico em fase intrauterina. Com isso e com o incremento de novas técnicas cirúrgicas, e menos invasivas (cirurgia robótica, por exemplo), o tratamento cirúrgico tem possibilitado melhores resultados, mesmo em casos de pior prognóstico[1,2,8–12].

TUMORES PRIMÁRIOS BENIGNOS

Mixomas

Os mixomas compõem a maioria dos tumores cardíacos, chegando a contabilizar 50% dos casos em determinados estudos[2,3,13]. Predominam no sexo feminino, e vêm a ser diagnosticados em períodos discrepantes conforme a literatura; por volta dos 50 anos (média de idade em fonte americana)[14–16] ou acima dos 60 anos (fonte européia)[17]. Grande parte se insere na *fossa ovalis* (face atrial esquerda) do septo interatrial (de 64 a 85% dos doentes) e em 90% são solitários, enquanto que os que se originam das valvas são incomuns. Produzem sintomas em 75 a 90% dos casos – sintomas constitucionais (febre, anorexia, perda de peso, adinamia, astenia) em 30 a 90% dos pacientes, fenômenos embólicos em 16 a 50% e distúrbios hemodinâmicos e obstrutivos em 40 a 60%[2,15–20]. Geralmente não causam sopros mas podem levar ao chamado "tumor plop" (ruído diastólico característico quando o mixoma se move pela valva mitral ou tricúspide), e como citado anteriormente, podem ocasionar sintomas constitutivos, dispnéia, dor torácica, síncope, arritmias, fenômenos embólicos e gerar sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva[1,2]. Mais incomuns ainda, os mixomas das câmaras cardíacas direitas podem causar obstruções nas valvas tricúspide ou pulmonar e insuficiência cardíaca direita, assim como

embolia pulmonar e sintomas pleuríticos[2,21]. Logo, tais aspectos clínicos não direcionariam ao diagnóstico presumido de tumor cardíaco no início de uma investigação clínica devido à ampla gama de cardiopatias associadas a esses sinais e sintomas.

Em situações específicas, os mixomas podem ter origem familiar, que se manifestam em idade mais precoce. São associados a múltiplas síndromes endócrinas, como LAMB (Lentigos, mixomas Atriais, mixomas Mucocutâneos, nevos azuis – Blue naevi) e NAME (Nevo, mixoma Atrial, neurofibromata Mixoide, Efélides). Recentes mudanças na nomenclatura sugerem a junção dessas síndromes numa categoria maior do Complexo de Carney, cujo nome remonta ao médico que descreveu as características familiais desse distúrbio, composto por mixomas cardíacos e cutâneos, hiperpigmentação cutânea e hiperatividade endócrina [2,22]. Cerca de 7% dos mixomas têm associação com o Complexo de Carney[23].

A célula que dá origem ao mixoma é desconhecida. Macroscopicamente, os mixomas têm formato irregular, gelatinoso, brilhante e com múltiplas colorações, e também podem ter pontos de calcificações. São massas pedunculadas, geralmente aderidas ao septo interatrial esquerdo em volta da *fossa ovalis*, podendo uma pequena porção estar proeminente no átrio direito. Por sua natureza pedunculada, podem se mover e eventualmente obstruir vias de entrada ou saída dependendo de sua localização[1,2].

As características morfológicas dos mixomas são importantes fatores na identificação desses tumores. Aliada à suspeita clínica, a ecocardiografia pode diagnosticar a maioria dos casos de mixomas. Tanto no ecocardiograma transtorácico quanto no transesofágico a estrutura do mixoma se mostra aderida a alguma porção do septo interatrial, e se não visualizada, pode-se notar uma tração ou protrusão do septo quando o tumor se move em direção à valva atrioventricular. A diferenciação entre tumor e outras possíveis estruturas, como vegetações e trombos intracavitários é de grande importância, principalmente em relação aos trombos. Os mixomas, além de serem aderidos ao septo, têm consistência heterogênea e podem apresentar pontos brilhantes e calcificações, enquanto que os trombos geralmente se localizam nos apêndices atriais e apresentam consistência homogênea. Em alguns casos, os dados clínicos e ecocardiográficos podem não colaborar com a distinção entre as estruturas, e o diagnóstico pode se tornar confuso, podendo ser auxiliado por ressonância magnética. Nos demais, alternativamente, recomenda-se anticoagulação oral para ajudar na diferenciação diagnóstica. Porém em situações extremas em que nenhum método se mostrar eficaz, a intervenção cirúrgica pode ser necessária[1,2,24].

O tratamento de escolha para os mixomas cardíacos é a ressecção cirúrgica precoce, com o uso da circulação extracorpórea. Apesar de sua natureza histológica benigna, os pacientes não tratados podem evoluir com sérias complicações (falência cardíaca por obstrução mecânica do tumor, fenômenos embólicos e arritmias ventriculares) ou até mesmo morte súbita. A ressecção cirúrgica se faz necessária com o mínimo de manipulação do órgão devido ao risco de deslocamento de fragmentos do tumor. As taxas de sobrevida são altas e os resultados satisfatórios, mas recomenda-se acompanhamento regular com ecocardiografias de controle por possíveis recorrências do tumor. O surgimento de novos tumores pode ser causado por dois mecanismos: inadequada

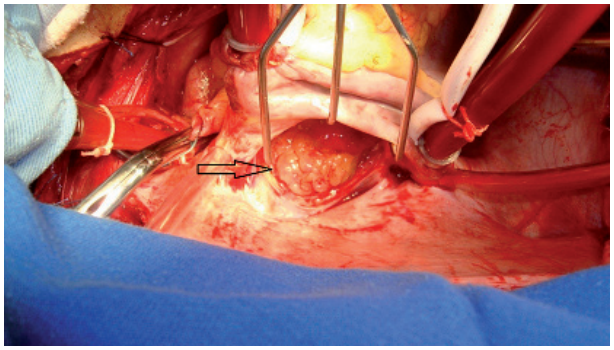


Figura 1. Foto de cirurgia para ressecção de mixoma atrial esquerdo. Exposição da cavidade do átrio esquerdo, a seta indica o mixoma.

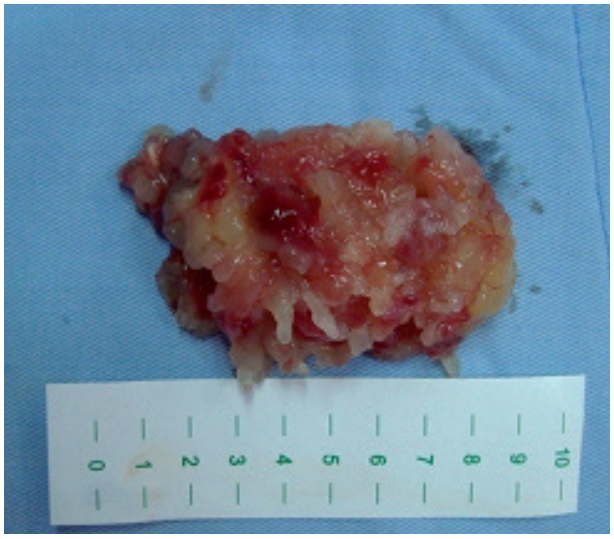


Figura 2. Vista do mixoma cardíaco após sua excisão. Notam-se bordas e superfície irregulares e o aspecto gelatinoso.

excisão do tumor (é necessária ressecção total e parte do tecido adjacente) e presença de outros sítios neoplásicos (por exemplo, em doenças familiares como no Complexo de Carney) [1–3,22,23].

Rabdomiomas

Os rabdomiomas são os tumores cardíacos primários benignos mais comuns em lactentes e crianças, constituindo 60% dos casos[1,2,12]. São usualmente múltiplos, intramiocárdicos e sua localização mais comum é nos ventrículos, mas não raramente podem se originar nos átrios, e em até 50% dos casos os tumores se estendem adentro das cavidades cardíacas. Quando afetam a junção atrioventricular, as células tumorais podem agir formando uma via acessória entre átrio e ventrículo, visto que aquelas são similares às células de Purkinje, resultando em síndromes de pré-excitação. A associação entre a presença de múltiplos rabdomiomas cardíacos e esclerose tuberosa tem sido há muito reconhecida[1,2,25,26]. A incidência de esclerose tuberosa em pacientes com rabdomiomas tem sido reportada em 60-80% [1,27,28], assim como em pacientes diagnosticados com esclerose tuberosa podem ser detectados rabdomiomas em 43-72% dos casos[1,25,29].

Os sintomas geralmente resultam dos efeitos obstrutivos nas vias de entrada ou saída. Arritmias podem estar presentes também em cerca de 16 a 47% dos pacientes com rabdomiomas, e uma maior incidência da Síndrome de Wolff-Parkinson-White tem sido relatada em pacientes com esclerose tuberosa em comparação com a população em geral (1,5% x 0,15%, repectivamente), fato que pode ser explicado pelo mecanismo da via acessória formada pelas células dos rabdomiomas na junção atrioventricular[1,2,30].

Após o nascimento, as células tumorais vão perdendo sua capacidade replicativa e a regressão do tumor é um evento esperado à medida dos tempos. A resolução completa ocorre em mais de 80% dos casos na infância, e por isso os tumores podem ser tratados de modo conservador, com acompanhamento eco e eletrocardiográficos[1,2,31]. A intervenção cirúrgica é reservada apenas a pacientes com comprometimento hemodinâmico por obstruções mecânicas e arritmias intratáveis causadas pelos rabdomiomas.

Fibroelastomas papilares

Esses pequenos tumores afetam o aparato valvar e geralmente são encontrados incidentalmente em autópsias. Com o maior acesso da população a exames como a ecocardiografia, eles têm sido encontrados e frequentemente confundidos com vegetações. Sua aparência típica é comparada às anêmonas do mar. Apesar de serem de origem benigna e aparentemente inofensivos, podem levar a embolizações em território cerebral e coronariano, sendo recentemente recomendada sua ressecção cirúrgica como tratamento definitivo[2,32].

Fibromas

São tumores solitários e geralmente se localizam no septo interventricular. Os fibromas são derivados de fibroblastos do tecido conectivo, são mais frequentes em crianças e podem atingir até 10cm de diâmetro, causando obstruções, arritmias ventriculares e insuficiência cardíaca congestiva. A presença de calcificação na porção central do tumor é patognomômica dos fibromas. Por não apresentarem regressão tumoral espontânea, a ressecção cirúrgica é recomendada na maioria dos casos. Com a piora da função cardíaca devido à perda de miocárdio sadio e a não resolução com a ressecção cirúrgica, tem se considerado uma indicação para o transplante cardíaco[1,2,12].

Lipomas

Esses tumores derivados de adipócitos maduros são massas encapsuladas, comumente subepicárdicas, raramente geram sintomas, e são exclusivos dos adultos. Podem evoluir com arritmias, como bloqueios atrioventriculares. Raramente necessitam de intervenção cirúrgica[1,2].

Devem ser diferenciados da hipertrofia lipomatosa do septo interatrial, em que há deposição e formação de uma massa não encapsulada de adipócitos maduros e fetais[1,2].

Hemangiomas

Esses tumores são extremamente raros, podem se localizar em quaisquer tecidos cardíacos, mas têm predileção pelo septo interventricular e átrio direito. São nódulos subendocárdicos, medindo cerca de 2-4 cm de diâmetro, e microscopicamente podem conter aspectos capilares, cavernosos, intramusculares ou hemagioendoteliomatosos. Em recém-natos com múltiplos hemangiomas cutâneos, deve-se suspeitar da presença de hemangiomas cardíacos.

Os hemangiomas podem regredir espontaneamente, com um bom prognóstico. Porém, em crianças sua evolução pode ser desfavorável devido a hemorragias de seus pequenos vasos, insuficiência cardíaca de alto débito, trombocitopenia, taquicardias ventriculares e tamponamento cardíaco. A ressecção cirúrgica comumente se torna difícil pela natureza vascularizada dos tumores[1,2,12].

TUMORES PRIMÁRIOS MALIGNOS

Os tumores cardíacos primários malignos representam um quarto do total das neoplasias cardíacas. Os sarcomas predominam com 95% dos casos, são mais comuns entre a terceira e quinta décadas de vida e afetam principalmente o átrio direito. A evolução costuma a ser rápida e agressiva, com grande infiltração local e metástases, obstruções e morte. Os outros 5% são formados pelos linfomas, muitas vezes associados a síndromes de imunodeficiência a pacientes transplantados em uso de terapia imunossupressora[1,2,7].

Angiossarcomas

Esses tumores ocorrem predominantemente no sexo masculino e quase que exclusivamente se localizam no átrio direito (80%). À ecocardiografia se mostram como massas tumorais de bases amplas próximas à veia cava inferior, com infiltrações locais e metástases para pleura, mediastino e pulmões. Os sinais e sintomas incluem insuficiência cardíaca direita, derrame pericárdico, dor torácica pleurítica e sintomas constitutivos. A sobrevida raramente ultrapassa seis meses após a instalação dos sintomas, e a quimioterapia adjuvante apresenta pouco benefício[1,2,33].

Rabdomiossarcomas

São os tumores malignos mais comuns após os angiossarcomas, também se manifestam em adultos do sexo masculino, têm origem no músculo estriado e afetam quaisquer câmaras cardíacas. Seus sinais e sintomas mais comuns são febre, anorexia, perda de peso, mal-estar, derrame pericárdico ou pleural e fenômenos embólicos. Assim como nos angiossarcomas, a invasão não ultrapassa o pericárdio parietal. Também apresentam prognóstico ruim[1,2].

Fibrossarcomas

De origem fibroblástica, podem acometer todas as câmaras cardíacas e estruturas adjacentes, apresentam formação nodular pequena, firme e acinzentada. A sobrevida não ultrapassa 12 meses após o diagnóstico[1].

Linfomas

São tumores muito raros, podem afetar qualquer localização no coração ou no pericárdio, sem predileção por algum sítio específico. Cursam com cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva e derrame pericárdico, geralmente associados a estados de imunossupressão. De prognóstico ruim, a radioterapia e a cirurgia apresentam resultados limitados[1,2].

TUMORES SECUNDÁRIOS OU METASTÁTICOS

Os tumores metastáticos do coração

Tab. 1 - Breve resumo das neoplasias cardíacas.

TUMORES BENIGNOS
Mixomas: mais frequentes em geral, maioria no átrio esquerdo, solitários, sexo feminino
Rabdomiomas: mais frequentes na infância, associação com esclerose tuberosa
Fibroelastomas papilares: pequenos tumores do aparato valvar e subvalvar, similares a "anêmonas-do-mar", podem causar embolias, indicação cirúrgica
Fibromas: origem dos fibroblastos, geralmente no septo interventricular, crescimento progressivo, alguns casos culminam com indicação para transplante
Lipomas: raramente sintomáticos, raramente necessitam de cirurgia
Hemangiomas: muito raros, podem regredir espontaneamente; tratamento cirúrgico apresenta grandes riscos de complicações hemorrágicas

TUMORES MALIGNOS
Sarcomas: compõem 95% dos tumores, angiossarcomas e rabdomiossarcomas Maioria no átrio direito
Linfomas: associoção com síndromes de imunodeficiência e estados de imunosupressão (transplantados) Tratamento raramente curativo
Tumores metastáticos: incidência de 1% (20x mais que os primários) Geralmente epicárdicos
Carcinomas pulmonar e de mama podem invadir o pericárdio
Carcinomas de células renais podem invadir a veia cava inferior
Metade dos melanomas disseminados se apresentam com depósitos no coração

apresentam incidência de 1% em estudos de autópsias, sendo 20 vezes mais frequentes do que os tumores primários[1,2,6,34]. Podem afetar o epicárdio, miocárdio e o endocárdio, mas a grande maioria é epicárdica. Carcinomas pulmonares ou de mama podem se espalhar para o pericárdio e causar derrames pericárdicos, as neoplasias pulmonares também podem crescer em direção às veias pulmonares e afetarem a valva mitral e causar sintomas obstrutivos, assim como os carcinomas de células renais podem invadir a veia cava inferior e cursar com embolias atriais e pulmonares[2].

Por razões desconhecidas, o melanoma tem predileção por metástases cardíacas. Metade dos casos de melanoma disseminado apresenta depósitos no tecido cardíaco à necrópsia, sem preferência por locais específicos. A leucemia pode evoluir com infiltrações no tecido miocárdico, algumas vezes com grandes depósitos e o derrame pericárdico geralmente hemorrágico. Os linfomas também metastatizam para o coração, formando pequenas massas intramiocárdicas que geralmente não produzem sintomas[1,2].

CONCLUSÃO

Apesar da diversa variedade de neoplasias cardíacas, os tumores do coração são muito raros. Os tumores benignos compõem a maioria dos casos, e tanto o tratamento conservador quanto cirúrgico apresentam resultados favoráveis. Os tumores malignos, por outro lado, pouco se beneficiam das terapias empregadas atualmente, e a cirurgia, quimioterapia e radioterapia podem atuar prolongando a sobrevida dos pacientes por apenas poucos meses.

ABSTRACT

Cardiac tumors are the rarest in the human organism. With recent advances in diagnostic procedures and cardiac surgery, these tumors have been increasingly known and studied, as well as early diagnosis and definitive treatment have better results nowadays. The majority are benign tumors, amenable to surgical treatment, often curative.

KEYWORDS: Heart Neoplasms; Diagnosis.

REFERÊNCIAS

1. Uzun O, Wilson DG, Vujanic GM, Parsons JM, De Giovanni JV. Cardiac tumors in children. Orphanet J Rare Dis. 2007 Mar 1;2:11.
2. Shapiro LM. Cardiac tumors: diagnosis and management. Heart. 2001 Feb;85(2):218-22.
3. Silva RP, Pinheiro A, Costa I, Costa Filho JE, Rodrigues Sobrinho CRM, Andrade PJN, et al. Cardiac tumours: clinical, echocardiographic and pathological features. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2003;18(1):60-4.
4. Amano J, Nakayama J, Yoshimura Y, Ikeda U. Clinical classification of cardiovascular tumors and tumor-like lesions, and its incidences. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2013 Aug;61(8):435-47.
5. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. Am J Cardiol. 1996 Jan 1;77(1):107.
6. Lam KY, Dickens P, Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. Arch Pathol Lab Med. 1993 Oct;117(10):1027-31.
7. Roberts WC. Primary and secondary neoplasms of the heart. Am J Cardiol. 1997 Sep 1;80(5):671-82.
8. Schilling J, Engel AM, Hassan M, Smith JM. Robotic excision of atrial myxoma. J Card Surg. 2012 Jul;27(4):423-6.
9. Hassan M, Smith JM. Robotic assisted excision of a left ventricular myxoma. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012 Jan;14(1):113-4.

10. Gao C, Yang M, Wang G, Wang J, Xiao C, Wu Y, Li J. Excision of atrial myxoma using robotic technology. J Thorac Cardiovasc Surg. 2010 May;139(5):1282-5.
11. Gao C, Yang M, Wang G, Wang J. Totally robotic resection of myxoma and atrial septal defect repair. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2008 Dec;7(6):947-50.
12. Barbato A, Pinheiro EO, Cerri G, Cascudo MM, Machado MVL, Furtado M. Envolvimento tumoral do coração da criança e do feto. In: Croti UA, Mattos SS, Pinto Jr. VC, Aiello VD, Moreira VM. Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular Pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2012. p. 907-20.
13. Meng Q, Lai H, Lima J, Tong W, Qian Y, Lai S. Echocardiographic and pathologic characteristics of primary cardiac tumors: a study of 149 cases. Int J Cardiol. 2002 Jul;84(1):69-75.
14. McManus B, Lee CH. Primary tumors of the heart. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, editors. Braunwald's Heart Disease. 8th ed. Philadelphia: Saunders (Elsevier); 2008. p. 1815-1828.
15. Burke A, Virmani R. Tumors and tumor-like conditions of the heart. In: Silver MD, Gotlieb AI, Schoen FJ, editors. Cardiovascular Pathology. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2001. p. 583-605.
16. Burke A, Jeudy Jr J, Virmani R. Cardiac tumors. In: Topol EJ, editor. Textbook of Cardiovascular Medicine. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 710-20.
17. Thiene G, Valente ML, Lombardi M, et al. Tumors of the heart. In: Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW, editors. The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 735-61.
18. Stainback RF, Hamirani YS, Cooley DA, et al. Tumors of the heart. In: Willerson JT, Cohn JN, Wellens HJJ, Holmes Jr DR, editors. Cardiovascular Medicine. 3rd ed. London: Springer-Verlag; 2007. p. 2267-94.
19. Yeh ETH, Lenihan DJ, Ewer MS. The diagnosis and management of cardiovascular disease in cancer patients (section ''General manifestations and list of cardiac tumors''). In: Fuster V, O'Rourke RA, Walsh RA, Poole-Wilson P, editors. Hurst's The Heart. 12th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 2053-69.
20. Guiraudon C. Cardiac tumors. In: Crawford MH, DiMarco JP, Paulus WJ. Editores Cardiology. 2nd ed. Edinburgh: Mosby (Elsevier); 2004. p. 1507-15.
21. Edwards FH, Hale D, Cohen A, Thompson L, Pezzella AT, Virmani R. Primary cardiac valve tumors. Ann Thorac Surg. 1991 Nov;52(5):1127-31.
22. Carney JA, Hruska LS, Beauchamp GD, Gordon H. Dominant inheritance of the complex of myxomas, spotty pigmentation, and endocrine overactivity. Mayo Clin Proc. Mar;61(3):165-72.
23. Reynen K. Cardiac myxomas. N Engl J Med. 1995 Dec 14;333(24):1610-7.
24. Hoffmann U, Globits S, Frank H. Cardiac and paracardiac masses. Current opinion on diagnostic evaluation by magnetic resonance imaging. Eur Heart J. 1998 Apr;19(4):553–63.
25. Webb DW, Thomas RD, Osborne JP. Cardiac rhabdomyomas and their association with tuberous sclerosis. Arch Dis Child. Mar;1993;68(3):367–70.
26. Black MD, Kadletz M, Smallhorn JF, Freedom RM. Cardiac rhabdomyomas and obstructive left heart disease: histologically but not functionally benign. Ann Thorac Surg. 1998 May;65(5):1388-90.
27. Harding CO, Pagon RA. Incidence of tuberous sclerosis in patients with cardiac rhabdomyoma. Am J Med Genet. 1990 Dec;37(4):443-6.
28. Watson GH. Cardiac rhabdomyoma in tuberous sclerosis. Ann N Y Acad Sci. 1991;615:50-7.
29. Nir A, Tajik AJ, Freeman WK, Seward JB, Offord KP, Edwards WD, Mair DD, Gomez MR. Tuberous sclerosis and cardiac rhabdomyoma. Am J Cardiol. 1995 Aug 15;76(5):419-21.
30. Mas C, Penny DJ, Menahem S. Pre-excitation syndrome secondary to cardiac rhabdomyomas in tuberous sclerosis. J Paediatr Child Health. 2000 Feb;36(1):84-6.
31. Bosi G, Linthermans JP, Pellegrino PA, Svaluto-Moreolo G, Vliers A. The natural history of cardiac rhabdomyoma with and without tuberous sclerosis. Acta Paediatr. 1996 Aug;85(8):928-31.
32. Loire R, Donsbeck AV, Nighoghossian N, Perinetti M, Le Gall F. Papillary fibroelastoma of the heart. A review of 20 cases. Arch Anat Cytol Pathol. 1999;47(1):19-25.
33. Herrmann MA, Shankerman RA, Edwards WD, Shub C, Schaff HV. Primary cardiac angiosarcoma: a clinicopathologic study of six cases. J Thorac Cardiovasc Surg. 1992 Apr;103(4):655-64.
34. Abraham KP, Reddy V, Gattuso P. Neoplasms metastatic to the heart: review of 3314 consecutive autopsies. Am J Cardiovasc Pathol. 1990;3(3):195–8.

Recebido em: 10/01/2014
Aprovado em 12/02/2014
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Carlos Junior T. Karigyo
Rua Eurico Hummig, 900
Gleba Fazenda Palhano - Londrina - PR
CEP 86050-464
Tel.: (43) 3304-8423
ctkarigyo@hotmail.com

Como entrar no mercado de trabalho após o término da residência médica

How to enter the market after completing medical residency

Jorge R. Ribas Timi*

RESUMO

Após mais de 20 anos de estudos, o médico termina a sua formação e é chegada a hora de ingressar no mercado de trabalho. Para muitos é o primeiro encontro com o mercado de trabalho, pois até aqui nunca haviam trabalhado, exceto em alguns estágios de relações trabalhista inconsistente.As mais de duas centenas de escolas médicas existentes no Brasil têm um potencial de graduar mais de 18.000 médicos por ano. Só um terço dos médicos recém graduados farão uma Residência Médica, pois são ofertadas aproximadamente 10.000 vagas/ano para Programas de Residência Médica. Portanto, ao terminar um Programa de Residência Médica, em qualquer especialidade, o médico tem um grande diferencial para oferecer ao mercado.Mas não basta ter a formação médica, existe a necessidade de registrar a especialidade médica, conhecer o mercado de trabalho médico, saber identificar as fontes de pacientes, tomar decisões sobre aonde e como trabalhar, ter uma visão de marketing profissional, construir e cuidar da imagem profissional, como também ter uma visão estratégica do futuro.

DESCRITORES: Médicos; Mercado de trabalho; Internato e Residência.

Timi JRR. Como entrar no mercado de trabalho após o término da residência médica. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 35-41, jan./mar. 2014.

**Doutor de Cirurgia Vascular da Universidade Federal do Paraná, Coordenador do Núcleo Integrado de Cirurgia Endovascular e Pesquisa – NICEP, advogado, integrante de Mercer & Timi Advocacia e Assessoria Jurídica, na área de Direito Médico, Professor de Mercado de Trabalho e Responsabilidade Legal do Médico no Curso de Medicina da UFPR e FEMPAR.*

INTRODUÇÃO

Com a conclusão do Programa de Residência Médica, o médico recebe um certificado de conclusão que deverá ser registrado no Conselho Federal de Medicina, via Conselho Regional de Medicina do estado onde atua e tem registro, para que possa receber o Título de Especialista.

O Título de Especialista é concedido a todos os médicos que apresentam o Certificado de Conclusão do Programa de Residência Médica de acordo com a lei que regulamenta a Residência Médica[1].

O mesmo vale para o Certificado de Área de Atuação quando obtido pela realização de um Programa de Residência Médica.

Desde 01 de janeiro de 2006 o Titulo de Especialista deixou de ser vitalício, passando a ter validade de cinco anos, de acordo com a Resolução CFM 1.772/052. Os títulos registrados até 31 de dezembro de 2005 continuam sendo vitalícios pelo princípio do direito adquirido. A revalidação do Título de Especialista se dá pela comprovação da educação médica continuada, de acordo com as normas da Comissão Nacional de Acreditação (CNA) criada pela mesma Resolução[2].

REGULARIDADE PROFISSIONAL

Além de estar inscrito no Conselho Regional de Medicina e com o Título de Especialista registrado, o médico que exercer a profissão como autônomo, em tempo integral ou parcial, deverá requer o seu alvará de profissional liberal autônomo junto ao órgão competente da Prefeitura do município, e a partir de então recolher o imposto sobre serviços. Também deverá fazer a sua inscrição na previdência social, pagar o imposto sindical e recolher mensalmente o carnê leão do imposto sobre a renda, de acordo com a tabela progressiva da Secretaria da Receita Federal.

Por vezes é mais fácil contratar um escritório contábil para o assessoramento pessoal nas questões fiscais e tributárias. Esta contratação se torna obrigatória nos casos em que o médico passa a atuar no mercado através de uma empresa prestadora de serviços médicos.

Definir entre ser um médico autônomo que recolhe o carnê leão mensalmente, ou um médico que trabalha com livro caixa ou atuar em sociedade com um ou mais colegas sob uma empresa prestadora de serviços médicos, depende de uma análise individualizada de cada caso.

Já nos casos em que o médico exercer a sua profissão apenas como trabalhador assalariado, o mesmo não necessita se preocupar com o recolhimento previdenciário, do imposto de renda e sindical, pois isto é feito diretamente pelo empregador. Também não necessita ter um alvará de funcionamento, pois o imposto sobre serviços incide diretamente sobre o empregador.

Também é diferente a situação dos médicos militares que não exercem atividades fora da corporação, pois estes estão sujeitos à legislação específica[3].

DECISÕES PARA ENTRAR NO MERCADO DE TRABALHO

Para ingressar no mercado de trabalho, varias decisões devem ser tomadas, tanto no curto quanto no longo prazo. As decisões não precisam ser radicais e também não são imutáveis, porém devem ser periodicamente reavaliadas do ponto de vista de realização profissional, de ganho financeiro e de satisfação pessoal.

Existem variações de acesso ao mercado de trabalho conforme a especialidade em que o

médico atua e dependentes de suas aspirações pessoais. Por isso, é uma escolha que deve ser feita baseada em múltiplas opções. Ouça todas as propostas que o mercado de trabalho lhe apresentar. Analise-as, com isto crie suas opções e faça suas escolhas, pois se você não as fizer, o mercado de trabalho fará por você, para resolver problemas imediatos e interesses de terceiros.

Este capítulo aborda a carreira assistencialista do médico, entretanto não se deve esquecer a carreira acadêmica, voltado para o ensino e pesquisa, que na maioria das vezes não se descortina na fase inicial da profissão do médico, mas que não pode ser desprezada, sendo que nesta fase o interesse acadêmico fará com que o médico dedique parte de seu tempo para uma pós-graduação *stricto senso*.

Mas antes de tomar qualquer decisão, procure conhecer o mercado de trabalho de modo local, regional e nacional, bem como avalie as suas fontes de pacientes.

O TAMANHO DO MERCADO DE TRABALHO

O Brasil tem aproximadamente 190 milhões de habitantes, sendo todos eles atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Isto representa 190 milhões de pacientes potenciais. Mas este número dobra para os oftalmologistas, pois são 360 milhões de olhos em potencial.

Ao redor de 20% dos moradores no Brasil também são assistidos pelo Sistema de Saúde Suplementar, através de uma infinidade de empresas prestadoras de serviço de saúde.

A autogestão privada, também conhecida por paciente privado, abrange um número muito limitado de pacientes. È maior nas especialidades ligadas à estética e muito menos frequente nas especialidades com altos custos de diagnóstico e tratamento, especialmente naquelas em que se utiliza tecnologia de ponta em equipamentos e próteses.

No Paraná são aproximadamente 11 milhões de habitantes, sendo que 3 milhões se concentram na região metropolitana de Curitiba. A tecnologia agrícola diminuiu a população rural e mesmo a população das pequenas cidades, com uma migração populacional para as grandes cidades em busca do emprego na indústria e nos serviços.

A vantagem que um médico egresso de um Programa de Residência Médica é a sua diferenciação em relação a sua concorrência, por isso, quanto melhor formado um médico, mais interesse ele despertará no mercado de trabalho. Mesmo se tratando de um mercado de trabalho próximo à saturação em determinados locais do país, sempre existe vaga para os melhores profissionais.

AS FONTES DE PACIENTES

Os pacientes procuram um médico de forma eletiva ou não. Quando há uma procura aguda de um médico em decorrência de um atendimento de urgência ou de emergência, os pacientes vão aos prontos atendimentos, que são lugares de captação de pacientes para os especialistas de plantão.

Também o plantão hospitalar em uma especialidade funciona como fonte de captação de pacientes.

O plantão hospitalar e o plantão em pronto atendimento como médico generalista pode ser uma necessidade para o especialista em inicio de carreira para a composição de seu orçamento mensal, porém não funciona como uma fonte de captação de pacientes, visto que os pacientes que necessitem atendimento especializado serão avaliados pelo especialista de plantão.

Já os pacientes que procuram um especialista em consultório o fazem por procura direta, ou por indicação de um profissional de saúde, na maioria das vezes um médico, ou por indicação de um paciente.

A maioria dos pacientes que procuram um especialista vem por indicação de outro paciente[4].

Isto faz com que haja a necessidade de um grau de paciência no inicio da carreira, pois o médico, nesta fase, não tem uma carteira de pacientes que possam referendá-lo, como também os seus amigos médicos na mesma fase de vida enfrentam a mesma situação, e os médicos já estabelecidos no mercado de trabalho, ainda não conhecem o novo especialista nem profissionalmente nem socialmente para enviar-lhes pacientes.

ONDE SE ESTABELECER?

A primeira decisão que um médico tem que tomar ao termino de sua Residência Médica é de caráter pessoal (via de regra já está tomada antes mesmo do final da Residência Médica). O médico tem que optar pelo tamanho da cidade em que quer atuar.

As cidades de menor população apresentam uma qualidade de vida melhor que as de grande população, mesmo oferecendo menos opções de lazer do ponto de vista cultural.

Além da qualidade de vida, o médico deve levar em conta a capacidade de uma localidade de absorver a sua especialidade, avaliando o tamanho da população local e da área de influência exercida pela cidade. Também não deve esquecer de avaliar o número de especialistas já estabelecidos na localidade e na área de influência da localidade.

Ainda deve conhecer a estrutura de saúde da cidade e da região com o intuito de determinar se existem serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para a especialidade que deseja exercer.

ASSALARIADO OU AUTÔNOMO?

A questão entre atuar no mercado de trabalho como médico assalariado ou como médico autônomo se impõe ao profissional durante toda a sua vida. Na fase inicial da carreira, um emprego com carteira assinada pode representar a tranqüilidade para suprir as necessidades da sobrevivência do médico. Para as especialidades clínicas é melhor quando tem um horário definido diário, ao contrário das especialidades cirúrgicas em que é melhor trabalhar em esquema de plantão semanal, devido às múltiplas dificuldades de horários que impactam na vida de um cirurgião.

A decisão de ser um médico assalariado em tempo integral, faz com que o médico tenha uma carreira previsível e com horários e direitos bem definidos, tanto na iniciativa privada quanto como servidor público.

A iniciativa privada, via de regra, remunera melhor que o setor público, porém não oferece estabilidade de emprego como no setor público.

Para o ingresso no setor público existe a necessidade de concurso público, sendo permitido ao médico ter dois vínculos empregatícios públicos5, desde que não ocorra conflito de horário.

Os melhores salários públicos na área assistencialista são para médicos do programa de medicina de família e para perito médico do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A maioria das especialidades médicas permite uma carreira como médico autônomo. O autônomo não goza de direitos trabalhistas, pois é o seu próprio empregador. Isto não faz do médico autônomo um ser livre, pois tem responsabilidades gerais com a sua clientela

e responsabilidades individuais com cada paciente. Existe um elevado grau de exigência por parte de cada paciente, não sendo incorreto afirmar que um médico autônomo tem vários patrões, sendo este número de patrões definido por número de pacientes que atende.

As especialidades médicas que geram procedimentos diversos da consulta médica têm uma maior possibilidade de retorno financeiro com o exercício da medicina como autônomo. Aquelas que geram apenas consultas necessitam que o médico avalie o número mínimo de cultas para que possa bancar os custos da atividade.

A grande maioria dos pacientes atendidos pelos médicos autônomos são usuários de planos de saúde. Os pacientes que se utilizam da autogestão privada de saúde, conhecidos como pacientes particulares, são em número reduzido, estando mais presentes nos casos de tratamentos estéticos e nas especialidades em que o diagnóstico e a terapêutica não sejam de custos elevados.

Se receber uma proposta para se associar a uma empresa de prestação de serviços médicos, faça uma avaliação comercial da possibilidade de sucesso do empreendimento, para saber se compensa se tornar um empresário da medicina. Uma empresa médica sólida pode ser um bom investimento para toda uma vida.

Para uma empresa médica ser sólida, ela deve estar sustentada sobre um tripé:

I) Ter fonte constante de pacientes;

II) Ter profissionais médicos de alta qualidade para a execução dos serviços propostos;

III) Ter contratos que garantam o pagamento dos serviços prestados.

CONSULTÓRIO OU AMBULATÓRIO?

O médico assalariado atenderá em um ambulatório institucional, já ao médico autônomo existe a dupla possibilidade, ou seja, atender em um ambulatório institucional ou em um consultório próprio.

Sempre que possível prefira um consultório próprio, pois neste a clientela estará ligada ao médico e não a instituição como nos casos de atendimentos em ambulatórios. Nem sempre o médico permanecerá na mesma instituição durante toda a sua carreira. Ao mudar de instituição a sua clientela fica no ambulatório e raramente lhe acompanha, diferente de quando esta clientela é ligada ao médico por meio de seu consultório.

O consultório deve ser adequado ao volume de atendimento e crescendo gradualmente conforme a demanda. È preferível um só endereço, exceto em cidades muito grandes.

O espaço físico de um consultório deve ser adequado a cada especialidade, bem como os seus equipamentos[6].

É mandatório que o médico esteja no consultório em seus horários de atendimento. É um equívoco comum que ao iniciar sua carreira profissional, antes de ir ao consultório, o médico se certifique da existência de pacientes agendados e na ausência destes não compareça ao consultório. Isto é um fator inibidor do crescimento do volume de atendimento do consultório, pois em seu horário de atendimentos, pacientes ligam para esclarecer dúvidas e outros médicos podem ligar para encaminharem pacientes depois de um contato prévio. Se não há pacientes na agenda, aproveite o tempo para se aprimorar com um estudo sistemático daquilo que gostaria de ter visto na Residência Médica e não viu ou com educação médica continuada.

Ter consultório isolado no inicio da carreira é um gasto elevado e desnecessário. Estar em um consultório com outras especialidades médicas faz com que o médico iniciante esteja

exposto a uma maior possibilidade de receber pacientes de seus colegas de consultório.

Se a especialidade requer trabalho em equipe, é preferível ter consultório junto com a equipe de trabalho, pois isto permite o crescimento do novo elemento dentro da equipe e também que o médico em fase inicial de carreira receba os pacientes provenientes da demanda reprimida da falta de horários dos demais elementos da equipe de trabalho, bem como os pacientes eletivos que desejam ser atendidos mais prontamente e que não se sujeitam a aguardar por um período maior para uma consulta com um membro da equipe de trabalho com mais tempo de vida profissional.

PREVIDÊNCIA E SEGURO

Independente de ser autônomo ou empregado, o médico desde o inicio de sua atividade profissional deve avaliar uma previdência privada complementar, operada por instituições sólidas e de alta credibilidade no mercado.

Também deve o médico ter o seu próprio plano de saúde suplementar e um seguro de renda temporária por afastamento por questões de saúde.

O seguro de responsabilidade civil é uma questão de foro íntimo. Quem não tem risco de sofrer processos não tem necessidade de ter seguro. Quem tem risco deve avaliar se quer correr este risco ou terceirizar o risco. Se quiser correr o risco não tem necessidade de fazer um seguro. Entretanto, se quiser terceirizar o risco deverá fazer um seguro de responsabilidade civil, após uma análise detalhada da apólice.

O NOME DO PROFISSIONAL

O médico deve fixar o seu nome do ponto de vista comercial, como uma empresa fixa a sua razão social. Se o nome é curto, o mesmo será o nome pelo qual o médico será conhecido. Porém nomes longos devem ser abreviados para apenas dois, sendo que um deles é o último sobrenome e o outro preferencialmente o primeiro nome. Não cometa o erro de ser conhecido em cada lugar que você atua por um nome diferente. Evite o uso de apelidos pelos quais era conhecido antes de entrar no mercado, isto é bom para os amigos, mas não para o mercado de trabalho.

A IMAGEM DO PROFISSIONAL

A imagem de um profissional é construída como um mosaico, peça por peça, que só estará terminado no momento em que o profissional se aposenta. Portanto não tenha pressa em construir a sua imagem. Se a construção de uma imagem é difícil, é mais difícil ainda a recuperação de uma imagem.

O tempo para que um médico possa ser considerado estabelecido na profissão é variável de acordo com a especialidade.

O caminho para o sucesso profissional é formado por cinco elementos:

I) Formação sólida na área da medicina em que pretender atuar;

II) Relacionamento médico-paciente de excelente qualidade;

III) Relacionamento com profissionais de saúde com respeito à atividade de cada um, além de um convívio social;

IV) Relacionamento com instituições de saúde com respeito mútuo e

V) Educação continuada de qualidade

O FUTURO DE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA

Desde o momento em que o médico se inicia na vida profissional deve ter em mente que a

medicina é mutável e evolutiva, sendo que especialidades desaparecem e novas aparecem. Algumas sofrem profundas transformações ao longo dos anos.

O médico deve estar sempre atento para o futuro de sua especialidade, analisando de forma crítica todas as mudanças proposta em sua área de ação para decidir como será a sua educação continuada para que não fique a margem da evolução de sua própria especialidade, entretanto, evitando aderir a modismos e a tecnologias sem sustentabilidade a longo prazo.

(Este artigo faz parte da publicação dos Cadernos do CRM-PR
publicado em 2009: MANUAL DO MÉDICO RESIDENTE)

ABSTRACT

After more than 20 years of studies, the doctor completes his training and then it is time to enter the labor market. For most of them it is the first encounter with the labor market because they have never worked before, except during their training years. The medical schools in Brazil add a total of more than 200 and they have the potential of over 18,000 doctors graduating per year. Only a third of newly graduated doctors will engage in medical residency because the offer is of approximately 10,000 jobs / year for Medical Residency Programs. Therefore, to complete a Medical Residency Program, in any specialty, the physician has a great differential to offer to the market. But having the medical training is not enough. There is the need to register the medical specialty , to know the market of medical work , learn how to identify sources of patients, to make decisions about where and how to work , to have a vision of professional marketing, to build and to take care of a professional image , as well as to have a strategic vision of the future.

KEYWORDS: Physicians; Job Market; Internship and Residency.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Federal n. 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.1.772, de 12 de agosto de 2005.
3. Brasil. Lei Federal n. 6.681, de 16 de agosto de 1979. Dispõe sobre a inscrição de médicos, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos militares em Conselhos Regionais de Medicina, Odontologia e Farmácia, e dá outras providências.
4. Timi JRR. Dor nos Membros Inferiores: Análise Quantitativa e Qualitativa de um Consultório de Cirurgia Vascular. J Vas Br. 2004;3(2):123-6.
5. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.
6. Geraldes PC. Como montar seu consultório: informações sob medida para o seu negócio. In: Manual do Médico Residente. Rio de Janeiro: CREMERJ; 2008. p. 25-32.

Recebido em 11/05/2009
Aprovado em 15/06/2009
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Jorge R. Timi
Avenida Presidente Affonso Camargo, 1399
Curitiba-PR | 80050-370
(41) 3244-5000

Síndrome mão-pé-boca: relato de caso

Hand, foot, and mouth disease: case report

***Marcos Antonio da Silva Cristovam*[1]**
***Nelson Ossamu Osaku*[2]**
***Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel*[3]**
***Tenille Giacobbo Pires*[4]**
***Simone Pereira de Souza Guerreiro Rodrigues*[5]**
***Camille Bresolin Pompeu*[5]**

RESUMO

A síndrome mão-pé-boca (SMPB) é uma doença humana que surge de infecção intestinal por vírus como Coxsackievírus A e Enterovírus humano 71, ambos membros da família Picornaviridae. A transmissão ocorre de pessoa para pessoa através do contato direto com saliva, fezes, fluido vesicular ou gotículas respiratórias de uma pessoa infectada, ou indiretamente por objetos contaminados. Crianças menores de cinco anos que apresentam SMPB podem subsequentemente desenvolver encefalite, meningite, edema de pulmão, insuficiência cardíaca e outras complicações graves, e até mesmo a morte. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de SMPB admitido em nosso serviço.

DESCRITORES: Doença de Mão, Pé e Boca; Criança; Infecções por Coxsackievirus; Estudo de Casos.

Cristovam MAS, Osaku NO, Gabriel GFCP, Rodrigues SPSG, Pompeu CB, Pires TG. Síndrome mão-pé-boca: relato de caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 42-45, jan./mar. 2014.

Trabalho realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), Cascavel, Paraná, Brasil.

1. Professor assistente de pediatria do curso de Medicina da Unioeste
2. Professor assistente de pediatria do curso de Medicina da Unioeste
3. Professora assistente de pediatria do curso de Medicina da Unioeste
4. Médica residente de pediatria do segundo ano do hospital universitário do oeste do Paraná - Cascavel-PR
5. Acadêmicas do sexto ano do curso de Medicina da Unioeste

INTRODUÇÃO

A Síndrome Mão-Pé-Boca (SMPB) é uma doença eruptiva viral, mais frequentemente causada pelo enterovírus Coxsackie A16, podendo ser causada pelos vírus Coxsackie A5, A7, A9, A10, B 2 e B5 e enterovírus 71. A infecção é altamente contagiosa e geralmente ocorre como evento isolado, porém, epidemias podem ocorrer regularmente, como um surto na China em 2003 causado pelo Echovirus 19. Na maioria dos casos a transmissão é fecal-oral, menos frequentemente por via respiratória. Em geral, a doença é leve, com pródromos de febrícula, adinamia e anorexia. Após um período de incubação de 3-6 dias, surgem úlceras na mucosa oral, língua, palato e úvula. Logo após se iniciam máculas eritematosas que progridem para vesículas em faces plantares e interdigitais das mãos e pés. As lesões podem ser assimétricas, dolorosas e pruriginosas. Em algumas crianças este padrão pode ser observado no tronco, coxas e nádegas. A implantação viral inicial na mucosa bucal e ileal é seguida por disseminação para os nódulos linfáticos em 24 horas. Uma viremia rapidamente se segue, com difusão para a mucosa oral e pele. No sétimo dia, os níveis de anticorpos aumentam neutralizando os vírus que são eliminados. O vírus pode estar presentes nas fezes do paciente por um mês. A exclusão do paciente da escola, geralmente não é necessária. Para reduzir a propagação viral, não romper as vesículas. O tratamento geralmente é sintomático. Os autores apresentam um caso de SMPB clássica atendido no ambulatório de pediatria geral do HUOP.

RELATO DE CASO

J.M.S.C., 6 anos, masculino, natural e residente em Cascavel-PR, chegou ao ambulatório de pediatria geral do HUOP com história de lesões maculares que evoluíram para pápulo-vesiculosas em região perioral inicialmente, progredindo para mãos, punhos e pés com extensão até tornozelos de início há 3 dias. Mãe relatava quadro de infecção de vias aéreas superiores há aproximadamente 7 dias. Ao exame físico: PA: 80/40 mmHg; FC: 84 bpm; FR: 20 irpm; Tax.:37º C. Exame físico segmentar de tórax, abdome, cabeça e membros sem alterações, exceto pela ectoscopia: Pápulas, vesículas e crostas em mão, pé e boca (figuras 1, 2 e 3). Exames laboratoriais: PCR: 8,4mg/dl; VG: 35; Hb: 11,3; leucócitos: 10500/mm3; bastonetes:0, segmentados:39, eosinófilos: 3, linfócitos:53 e monócitos:5. Com base no quadro clínico diagnosticou-se SMPB e o paciente foi tratado com medicamentos sintomáticos.

DISCUSSÃO

A Síndrome mão-pé-boca (SMPB) é uma doença viral causada com maior frequência pelo enterovírus Coxsackie A16. Geralmente afeta crianças com menos de 10 anos de idade, como no caso relatado, porém pode por vezes ocorrer em adultos. **A transmissão mais comum é fecal-oral, podendo ser transmitida por via respiratória e por contato com líquido das vesículas na fase ativa da doença**. Os sintomas da doença incluem febre (que varia de 38º C a 39ºC), hiporexia, úlceras na boca e erupções cutâneas. Em geral a doença se inicia com febre, falta de apetite e mal-estar. Um ou dois dias após os sintomas iniciais, feridas dolorosas se desenvolvem na boca, as mesmas surgem como pequenas manchas vermelhas que se tornam úlceras e estão localizadas principalmente

em torno da língua, gengivas, úvula e palato. As úlceras regridem em 5 a 7 dias. As erupções cutâneas se desenvolvem ao longo de 1 a 2 dias ocorrendo principalmente nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, mas também pode aparecer nos joelhos, cotovelos, nádegas ou na área genital. As manchas são geralmente indolores e não causam prurido, ocasionalmente, elas podem progredir para pequenas bolhas, que podem ser dolorosas. As erupções cutâneas desaparecem em 3 a 7 dias. O diagnóstico é essencialmente clínico. Não há tratamento específico para a SMPB e os sintomas desaparecem depois de 7 a 10 dias em média. Os medicamentos prescritos para o tratamento da SMPB incluem sintomáticos como paracetamol e ibuprofeno que auxiliam no alívio da dor e como antitérmicos. Complicações da SMPB são raras, e podem incluir: desidratação, infecção secundária, meningite viral e encefalite.

CONCLUSÃO

Exantemas virais são comuns na infância, apesar da maioria ser inofensiva para a saúde da criança, em alguns casos podem ser sinais de doenças sistêmicas mais importantes. Portanto o reconhecimento de exantemas é uma maneira importante de prover cuidados primários. A SMPB é doença benigna, autolimitada, que raramente evolui com complicações. Tratamento da infecção não complicada é feito ambulatorialmente com sintomáticos. O caso relatado recebeu apenas tratamento sintomático, sem complicações e sem necessidade de hospitalização, atualmente está em seguimento ambulatorial, com boa evolução.

Figura 1

Figura 2

Figura 3

ABSTRACT

Hand, foot, and mouth disease (HFMD) is a human syndrome that arises from infection by intestinal viruses such as Coxsackievirus A and human Enterovirus 71, both members of the Picornaviridae family. Transmission occurs from person to person through direct contact with the saliva, feces, vesicular fluid, or respiratory droplets of an infected person, or indirectly by contaminated articles. Children under 5 years old who are diagnosed with HFMD may subsequently develop encephalitis, meningitis, pulmonary edema, circulatory failure, and other serious complications, even death. The objective this study was to relate a case of hand, foot, and mouth disease (HFMD) admitted on our service.

KEYWORDS: Hand, Foot, and Mouth Disease; Child; Coxsackievirus Infections; Case Studies.

REFERÊNCIAS

1. Otsu S, Reed ZH, Lee CK, Tuan LV, Singh H, Zhou W. A Guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD) [Monografia na internet]. World Health Organization, 2011 [Acesso em 26 abr 2013]. Disponível em: http://www.wpro.who.int/publications/docs/GuidanceforttheclinicalmanagementofHFMD.pdf
2. Centers for Disease Control and Prevention. About Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD) [Monografia na internet]. Atlanta, GA: CDC; 2011 [Acesso em 26 Abr 2013]. Disponível em: http://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/about/complications.html
3. NHS Choices. Hand, foot and mouth disease [Monografia na internet]. Last reviewed: 19/01/2012 [Acesso em 26 Abr 2013]. Disponível em: http://www.nhs.uk/Conditions/Hand-foot-and-mouth-disease/
4. Liu MY, Liu W, Luo J, Liu Y, Zhu Y, Berman H, Wu J. Characterization of an outbreak of hand, foot, and mouth disease in nanchang, china in 2010 [periodico na internet]. 2011 Sep [Acesso em 28 Abr 2013];6(9):e25287. Disponível em: http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0025287
5. Morag A, Ogra PL. Enterovírus. In: Kliegman RM, Behrman RE, Arvin AM. Nelson: Tratado de Pediatria. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.1023.
6. Yoon PJ, Kelley PE, Friedman NR. Ear, Nose and Throat. In: Hay WW Jr, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR. Current Diagnosisi and Treatment. 20th Ed. New York: McGrawHill; 2011. p.476.
7. Gilio A, Durigon EL. Enteroviroses. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, OKAY Y. Pediatria Básica – Pediatria Clínica Geral. 9a Ed. São Paulo: Sarvier; 2007. p.152.

Recebido em: 12/07/2013
Aprovado em: 20/09/2013
Conflito de interesses: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:
Marcos Antonio da Silva Cristovam
Rua: João de Matos, 1145, bloco B, apto. 09, Coqueiral
Cascavel-PR | CEP 85807-530
Fone: (45) 3902-1888 | (45) 9974-2386
ma.cristovam@uol.com.br

Transtorno disruptivo do comportamento: relato de caso

Disruptive Behavior Disorder: case report

***Alessandro José Berloffa Tofalini*[1]**
***Matheus Fortunato*[2]**
***Mauro Porcu*[3]**
***Suelen Letícia Tavares*[4]**

RESUMO

Transtornos Disruptivos do Comportamento, além de serem comuns na infância, apresentam-se como comportamentos violentos, agitação psicomotora, dificuldade no aprendizado e de obedecer a ordens de seus cuidadores. No entanto, uma vez que vários transtornos psiquiátricos compartilham características clínicas parecidas, o seu diagnóstico torna-se difícil. Portanto, este estudo objetiva a apresentação de um caso clínico de difícil manejo que conjuga múltiplos diagnósticos diferenciais. Promovendo assim, uma reflexão sobre como foi conduzido um caso de Psiquiatria da infância, e de que forma esta prática pode contribuir para a formação de um acadêmico do curso de Medicina e de um médico do Programa de Residência em Psiquiatria.

DESCRITORES: Psiquiatria Infantil; Transtornos Disruptivos do Comportamento; Infância; Conhecimento Teórico-Prático; Crianças.

Tofalini AJB, Fortunato M, Porcu M, Tavares SL. Transtorno disruptivo do comportamento: relato de caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 46-48, jan./mar. 2014.

INTRODUÇÃO

Transtornos Disruptivos do Comportamento são manifestações muito comuns em pacientes psiquiátricos da faixa etária pediátrica. São geralmente caracterizados por comportamentos violentos, agitação psicomotora, dificuldade no aprendizado e obedecer a ordens de seus cuidadores. Muitas vezes é difícil determinar o diagnóstico específico de cada paciente considerando que vários transtornos psiquiátricos

Trabalho realizado no Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense de Maringá (CISAMUSEP), Paraná, Brasil.

1. Estudante do Curso de Especialização em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.
2. Residente de Clínica Médica do Hospital Universitário de Maringá.
3. Professor da disciplina de Psiquiatria do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá.
4. Estudante do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá.

corroboram de características clínicas parecidas. Este estudo objetiva a apresentação de um caso clínico de difícil manejo que conjuga múltiplos diagnósticos diferenciais. Transtorno Desafiador de Oposição, Transtorno de Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtornos do Humor, Ansiedade e Esquizofrenia de início precoce são alguns dos transtornos levantados como hipóteses diagnósticas. A importância deste estudo promove uma reflexão sobre como foi conduzido um caso de Psiquiatria da infância, e de que forma esta prática pode contribuir para a formação de um acadêmico do curso de Medicina e de um médico do Programa de Residência em Psiquiatria.

RELATO DE CASO

Paciente: M. E. D. S., feminina, sete anos, católica, natural e procedente de Nova Esperança-PR, 1ª série do ensino fundamental, reside com mãe, irmão e avó, renda familiar R$ 540,00. Início do atendimento: 06/05/2011.

Q.P.: "Não reconheço a minha filha"; Mãe refere que a filha há três anos (desde os quatro anos de idade) apresentava-se agressiva, quebrava objetos da casa, destruía objetos dos colegas de classe, dormia poucas horas de noite e durante o dia. Também apresentava alucinações audiovisuais de conteúdo persecutório ou conversava com amigo imaginário, autoagressão, tentou agredir a mãe várias vezes com faca e se alimentava pouco, na maior parte das vezes apenas com arroz e feijão. Nascida de parto normal sem intercorrência começou caminhar com oito meses. Segundo a mãe, a paciente apresentou intolerância à lactose até os quatro anos e dois meses. Mãe e pai eram tabagistas e etilistas sociais. Anterior ao atendimento no CISAMUSEP recebeu tratamento por três anos com risperidona 1,5mg/noite sem melhora importante. Na sequência, foi associado carbamazepina sol. oral, 5 ml cedo e 5 ml noite, mantido por 6 meses, sem melhora importante, apresentando sonolência durante o tratamento. Também fez uso de depakote sprinkle 125 mg cedo e 125 mg noite por 15 dias sem melhora.

Ao Exame Mental: paciente hipoproséxica, com agitação psicomotora, não cooperativa, eutímica, bradilálica, hipomnésica, vigil, apresentando alucinações audiovisuais, inteligência normal para a faixa etária, desorientada no tempo e espaço. Diagnóstico estabelecido: Distúrbio de Conduta Não-Socializado.

DISCUSSÃO

A paciente evoluiu com comportamento agressivo, coprolalia e alucinações audiovisuais de conteúdo persecutório. Também apresentava rendimento escolar ruim e grande dificuldade de realização de atividades em grupo. Em determinados momentos passou a comer compulsivamente e expor os órgãos genitais aos colegas da escola. Recebeu inúmeros tipos de tratamento com medicação antipsicótica, antidepressiva e ansiolítica. Alternava períodos de melhora importante do quadro clínico passando a participar de atividades como judô e pintura, contudo com rápida piora e retorno do quadro disfuncional. As oscilações quanto aos resultados do tratamento promoviam questionamentos como a revisão do diagnóstico ou então da capacidade dos familiares administrarem o tratamento corretamente. Algumas vezes a mãe da paciente faltava às consultas e não sabia informar as doses orientadas para administração das medicações.

Para pacientes psiquiátricos da faixa pediátrica é comum solicitar que façam um desenho. Muitas vezes este é um instrumento de comunicação do paciente com o médico,

considerando as limitações de expressão verbal destes pacientes. O desenho correlacionado com a sua história pode trazer informações relevantes sobre o transtorno do paciente. Nos momentos de maior descompensação do quadro da paciente, eram feitos desenhos com aspecto bizarro, em forma de rabiscos. À medida que a paciente apresentava melhora, eram feitos desenhos com formas definidas de objetos e pessoas do cotidiano, com casas, plantas e nomes das pessoas que a paciente gostava.

A paciente apresentava características de agitação psicomotora, heteroagressividade, que são comuns em Transtornos Desafiador de Oposição, transtorno de conduta, transtornos de humor e ansiedade. Apresentava também falta de concentração para a realização de atividades escolares, não obedecia aos comandos de professores e não interagia em atividades em grupo; características comuns do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Por outro lado, eram comuns a presença de alucinações audiovisuais de conteúdo persecutório o que levava a diagnóstico diferencial com condições como Esquizofrenia de início precoce ou patologias orgânicas.

CONCLUSÃO

A presença de todas essas características mostrava um caso de difícil manejo e determinação diagnóstica. Vale lembrar que a paciente fora submetida à avaliação pediátrica sem achados de patologias clínicas.

ABSTRACT

Disruptive Behavior Disorders, a part from being common in childhood, present themselves as violent behaviors, psychomotor agitation, difficulty in learning and obeying orders from their caretakers. However, once various psychiatric disorders share similar clinical characteristics, diagnosis becomes difficult. Therefore, this study aims to present a clinical case of difficult management that combines multiple differential diagnoses. Thus promoting a reflection on how a case in childhood psychiatry was conducted, and how this practice can contribute to the formation of an academic of the course of Medicine and of a physician of the Residency Program in Psychiatry.
KEYWORDS: Child Psychiatry; Disruptive Behavior Disorders; Childhood; Theoretical and Practical knowledge; Child.

REFERÊNCIAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Kaplan & Sadock. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
2. Dalgalarrondo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Forlenza OV, Miguel EC. Compêndio de Clínica Psiquiátrica - HC FMUSP. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2011.

Enviado em: 16/12/2013
Aprovado em: 02/01/2014
Conflito de interesses: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhuma.

Correspondência:
Mauro Porcu
Rua Neo Alves Martins, 3176 - sala 141
CEP 87013-060 - Maringá - PR
mp@wnet.com.br

A síndrome de Fournier

Fournier syndrome

***Caroline Bagaiolo Godoy*[1]**
***Matheus Fernandes Cassitas*[2]**

RESUMO

Este artigo tem como objetivo reunir e analisar o que ha de mais atual na literatura sobre o manejo e tratamento da gangrena de Fournier, assim como a importância de um diagnóstico precoce e tratamento imediato.

DESCRITORES: Gangrena de Fournier; Terapêutica; Diagnóstico.

Godoy CB, Cassitas MF. A síndrome de Fournier. Relato de caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 49-50, jan./mar. 2014.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Fournier é também conhecida como fasceíte necrosante, síndrome de Mellené ou Gangrena de Fournier que acomete os tecidos moles da regiao perianal[1].

Retratada pela primeira vez por Baurienne no ano de 1764, ganhou o nome síndrome de Fournier em homenagem ao médico francês Jean Alfred Fournier, quem detalhou a síndrome em publicações no período entre 1863 e 1864[2].

Pode ser idiopática ou associada a fatores predisponentes como pacientes imunossuprimidos, diabetes mellitus, alcoolismo, trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos, infecções do trato urinário ou perianais, entre outras.

É mais comum no sexo masculino. Diagnóstico baseia-se em sinais clínicos e no exame físico[3]. Exames de imagem podem ser utilizados para confirmar o diagnóstico, avaliar a extensão das lesões, detectarem uma causa subjacente e acompanhar a resposta terapêutica. A presença de gás nas partes moles em exames de imagem pode proceder de crepitação, mas a sua ausência não exclui o diagnóstico.

Com respeito às bactérias, mais comuns são as anaeróbias e aeróbias.

Trabalho realizado no Hospital Regional João de Freitas, de Arapongas, Paraná, Brasil.
1. Médica Residente de Cirurgia Geral do Hospital Regional João de Freitas.
2. Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Regional João de Freitas

Quanto à mortalidade apesar, de todo o tratamento, ela é elevada, 30-50% aumentando em ate 80% em pacientes diabéticos e idosos[2].

RELATO DE CASO

Paciente J. B. S., 62 anos sexo masculino, pardo, casado, agricultor, portador de diabetes mellitus tipo II, que foi atendido no Hospital Regional João de Freitas, na cidade de Arapongas, Paraná.

SINAIS E SINTOMAS

Mais comuns são: dor, hipremia, edema de região perianal, creptação, drenagem de secreção serosa, febre e calafrios, podendo evoluir para choque.

TRATAMENTO

Consiste em medidas de suporte, antibióticos de amplo espectro e desbridamento cirúrgico do tecido desvitalizado. Se o processo progredir, é necessario reoperar. Pode-se também fazer uso da câmera hiperbárica que reduz o edema e facilita o aporte de antibióticos.

METODOLOGIA

Foi realizado uma revisão bibliográfica sobre a sindrome de Fournier.

CONCLUSÃO

A síndrome de Fournier, apesar de todos os avanços terapêuticos atuais, continua apresentando altos índices de mortalidade. O reconhecimento precoce da infecção, associado a tratamento agressivo e invasivo, são medidas essenciais para se tentar diminuir esses índices prognósticos.

ABSTRACT

This article aims to gather and analyze what is there in terms of most current literature on the management and treatment of Fournier's gangrene as well as the importance of early diagnosis and prompt treatment.

KEYWORDS: Fournier Gangrene; Symptoms; Therapeutics; Diagnosis.

REFERÊNCIAS

1. Laucks SS. Fournier's gangrene. Surg Clin North Am. 1994 Dec;74(6):1339-52.
2. Cardoso JB, Féres O. Fournier's Gangrene. Medicina (Ribeirão Preto). 2007 Out-Dez;40(4):493-9. Deletar oct./dec.
3. Deletar Urdaneta Carruyo EU, Deletar Méndez Parra AM, Deletar Urdaneta Contreras AVU. Gangrena de Fournier. Perspectivas actuales Fournier's gangrene. Current perspectives. An Med Interna (Madrid). 2007 Apr; 24(4):190-4.
4. Berindoague D. Síndrome de Fournier. An bras Dermatol (Rio de Janeiro). 2001 Jan-Fev;76(1):79-84.
5. Scott SD, Dawes RFH, Tate JJ, Royle GT, Kar-ran SJ. The practical management of Fournier's gangrene. Ann R Coll Surg Eng. Jan 1988;70(1):16–20.
6. Mélega JM, Bastos JAV, Re LMM. Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte: Principios Gerais. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.

Enviado em: 18/11/2013
Aprovado em 20/12/2013
Conflito de interesses: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhuma.

Correspondência:
Caroline Bagaiolo Godoy
Rod. PR. 218, Km01, Jd Universitário, Arapongas, PR.
CEP- 86702-670
carolbgodoy@hotmail.com

Osteocondroma do côndilo da mandíbula – relato de caso e revisão da literatura

Osteochondroma of the mandibular condyle – case report and review of the literature

João Carlos Simões[1]
Ricardo Ribeiro Gama[2]
Fabiano Geronasso Simões[3]

RESUMO

O osteocondroma é o tumor benigno mais comum do esqueleto axial, ocorrendo raramente em ossos da face quando apresenta incidência aproximada de 1%. Até o momento são descritos trinta e oito casos de osteocondroma do côndilo mandibular na literatura inglesa. Descrevemos um caso de osteocondroma acometendo o côndilo esquerdo da mandíbula em uma mulher de 28 anos, no 5º mês de gestação, com queixa de assimetria facial e massa palpável em região pré-auricular, dor e estalido quando da abertura da boca. Antes de engravidar havia realizado estudo radiológico panorâmico da mandíbula identificando tumor em côndilo esquerdo. A cintilografia óssea mostrou imagem hipercaptante na mesma localização. A paciente, após avaliação do risco obstétrico, foi submetida à cirurgia com ressecção do côndilo. O exame histopatológico do tumor evidenciou lesão constituída de osso proliferativo e tecido semelhante à cartilagem hialinizada condizente com osteocondroma e uma capa cartilaginosa na superfície da lesão, característica desse tumor.

DESCRITORES: Osteocondroma; Tumor ósseo; Neoplasias Ósseas; Côndilo da mandíbula.

Simões JC, Gama RR, Simões FG. Osteocondroma do côndilo da mandíbula – relato de caso e revisão da literatura. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 51-56, jan./mar. 2014.

Trabalho realizado no Serviço Cancerologia Clínica e Cirúrgica e Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Paraná, Brasil.

1 – Chefe do Serviço de Cancerologia Clínica e Cirúrgica do HUEC. Professor Titular da disciplina de Oncologia do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná. (FEPAR)

2 – Chefe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Preceptor do Serviço de Cancerologia do HUEC. Preceptor do Serviço de Cancerologia Cirúrgica do HUEC.Professor adjunto da disciplina de Oncologia da FEPAR.

3 – Cirurgião dentista Bucomaxilofacial. Mestre pela Faculdade de Odontologia da USP.

INTRODUÇÃO

O osteocondroma é um dos mais comuns tumores ósseos benignos, representando 35 a 50% de todos os tumores benignos e 8 a 15% de todos os tumores ósseos[1].

Ocorre preferencialmente em ossos longos e, raramente, em região bucal e maxilofacial, com incidência aproximada de 1% de todos os casos[2]. Quando presente é mais comum no processo coronóide da mandíbula[3]. Até o momento foram descritos trinta e oito casos de osteocondroma do côndilo mandibular na literatura inglesa.

Pode ocorrer isoladamente ou como parte de uma síndrome autossômica dominante conhecida como osteocondromatose. A incidência de transformação sarcomatosa é de 11% quando parte da síndrome e de 1% quando ocorre isoladamente[4]. Entretanto nenhum caso de transformação maligna em côndilo de mandíbula foi relatado e apenas dois casos de recorrência são referidos pela literatura[5,6].

Relatamos um caso de osteocondroma do côndilo da mandíbula e realizamos revisão da literatura no que diz respeito aos achados clínicos, diagnóstico, histopatologia e tratamento nesta localização.

RELATO DO CASO

Em novembro de 2012 uma mulher de 28 anos foi admitida no Serviço de Cancerologia Cirúrgica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba com queixa de dor ao mastigar e aumento de volume em região pré-auricular com início havia seis meses.

O exame clínico revelou que a paciente estava no 4º mês de gestação com assimetria facial, massa palpável em região pré-auricular e quadro de dor e estalido quando da abertura da boca (**Figuras 1 e 2**).

Figura 1. Paciente com assimetria facial e massa palpável em região pré-auricular.

Figura 2. Assimetria facial mais evidente quando da abertura da boca.

A história médica pregressa revelava luxação de articulação temporomandibular há 3 anos, com aumento de volume em região pré-auricular que permaneceu inalterado até há seis meses, quando do início dos sintomas.

A história médica familiar não mostrou nenhum dado significativo.

Antes de engravidar havia realizado estudo radiológico panorâmico da mandíbula identificando tumor em côndilo esquerdo (**Figura 3**) e a cintilografia óssea mostrou imagem hipercaptante na mesma localização (**Figura 4**).

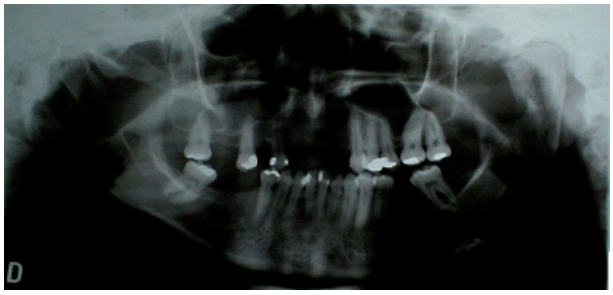


Figura 3. Estudo radiológico panorâmico da mandíbula mostrando tumor em côndilo esquerdo.

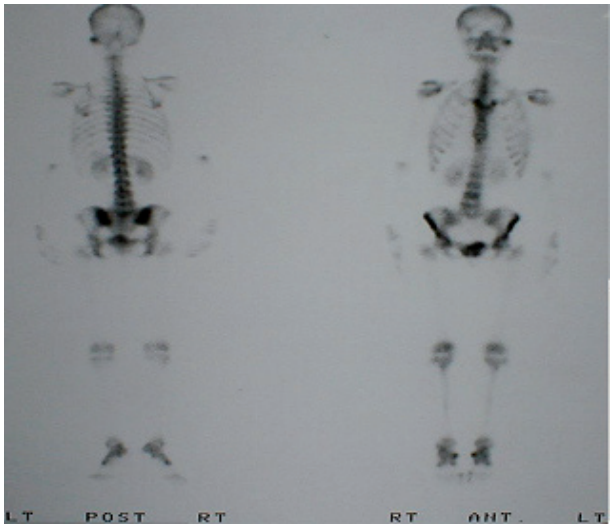


Figura 4. Cintilografia óssea com imagem hipercaptante em côndilo esquerdo da mandíbula.

Após avaliação do risco obstétrico a paciente foi submetida, em 04/2/2012, a cirurgia. Foi realizado acesso ao côndilo com incisão cutânea pré-auricular, dissecção de parte da glândula parótida (Figura 5), identificação do ramo mandibular do nervo facial e identificação do côndilo mandibular e sua ressecção com margem (**Figuras 6 e 7**). Apresentou no pós-operatório discreta paresia do ramo mandibular do nervo facial.

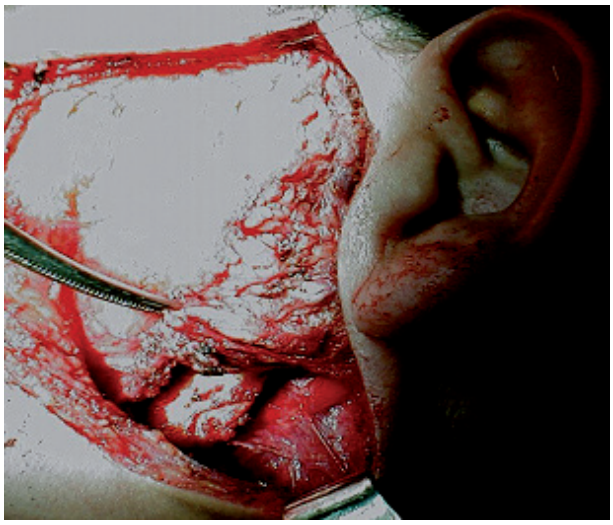


Figura 5. Aspecto cirúrgico da dissecção da parótida.

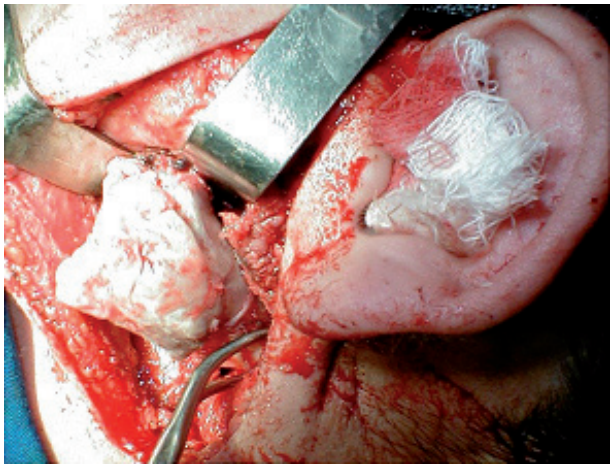


Figura 6. Aspecto da cirurgia mostrando ressecção do tumor do côndilo mandibular.

Figura 7. Peça cirúrgica do tumor no côndilo mandibular ressecado.

O exame histopatológico do tumor evidenciou lesão constituída de osso proliferativo e tecido semelhante à cartilagem hialinizada condizente com osteocondroma e uma capa cartilaginosa na superfície da lesão, característica desse tumor (**Figuras 8 e 9**).

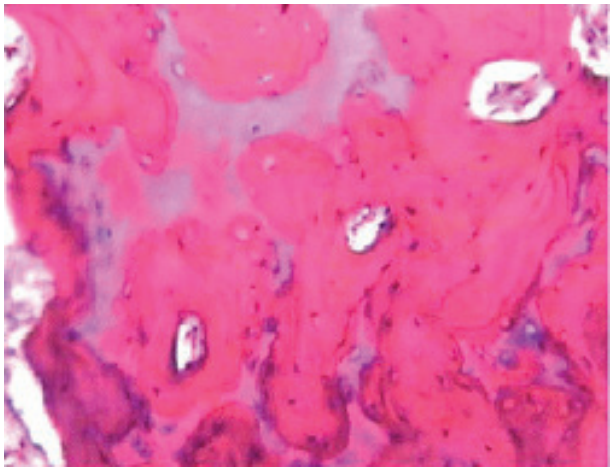


Figura 8. Fotomicrografia do osteocondroma do côndilo mandibular (HE X).

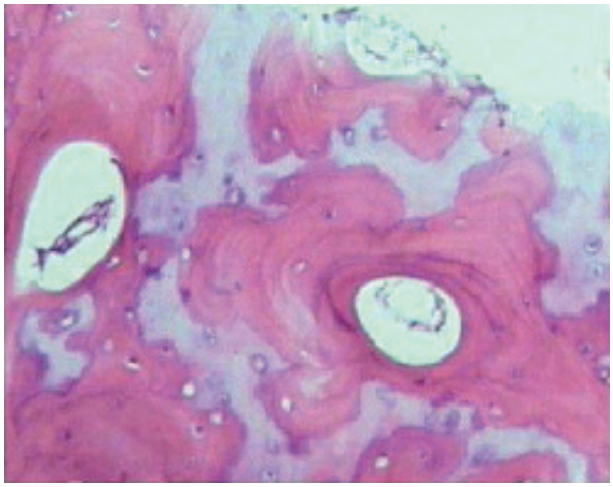


Figura 9. Fotomicrografia do osteocondroma do côndilo mandibular (HE X).

Cinco meses após a cirurgia, teve parto normal e sem intercorrências.

No momento, dois anos após a cirurgia, não apresenta paresia do nervo mandibular e não há evidência de recorrência, com o contorno facial esteticamente aceitável (**Figuras 10 e 11**).

Figura 10. Paciente em pós-operatório tardio com contorno facial preservado.

Figura 11. Paciente em pós-operatório tardio sem sinais de recorrência.

DISCUSSÃO

O osteocondroma ocorre geralmente em metáfise de ossos do esqueleto axial e acomete indivíduos da segunda década ou mais jovens. As regiões de ocorrência em ossos craniofaciais incluem base do crânio, seio maxilar, arco zigomático e mandíbula[1].

A revisão dos 38 casos descritos pela literatura inglesa demonstra incidência principalmente na 4ª década, com idade média dos pacientes de 39,7 anos, e proporção de homens para mulheres de 1:1,5[2]. Segundo Mizuno et al. (1983) os pacientes têm idade acima de 40 anos com proporção de 2 homens para 3 mulheres[7]. Já Daniele e D´Ascanio (1998) afirmam que esta lesão é mais comum em homens[4]. Relatamos o caso de uma mulher de 28 anos, e embora haja discordância quanto a predominância nos sexos, a paciente tinha idade mais jovem que a referida pela literatura.

Os sintomas clínicos devem incluir um ou mais dos seguintes achados clínicos: aumento facial no lado acometido; assimetria mandibular progressiva, mal oclusão e estalido na abertura da boca; cabeça do côndilo aumentada significantemente com aparência lobulada; aumento na altura vertical do côndilo, pescoço, ramo e corpo mandibular no lado afetado; perda da função do côndilo e dor[1]. No caso descrito os achados clínicos eram condizentes com os descritos na literatura.

O osteocondroma do côndilo mandibular deve ser diferenciado de hiperplasia condilar unilateral. Esta se manifesta clinicamente como um processo condilar aumentado, enquanto que o osteocondroma usualmente mostra aparência globular com distorção da morfologia normal.

Radiologicamente os osteocondromas podem aparecer como massas exofíticas com densidade mista e aparência esclerótica.

Embora o diagnóstico possa ser feito através dos achados clínicos e radiológicos, a confirmação diagnóstica só pode ser realizada pelo exame histopatológico que deve revelar proliferação cartilaginosa aberrante e calcificação, além de uma capa cartilaginosa que é característica desse tumor. Entretanto a capa cartilaginosa não é sempre associada a esse tumor porque osteocondromas mais antigos tendem a mostrar calcificação em sua capa[2].

A ocorrência do osteocondroma no côndilo da mandíbula suporta a teoria de um foco aberrante de cartilagem epifisária na superfície do osso. Acredita-se que o estresse em região de inserção tendinosa, onde existe o acúmulo de células com potencial cartilaginoso, leve a formação desses tumores[2].

Alguns autores acreditam que traumas, perdas dentárias, infecção, próteses dentárias e doenças articulares, incluindo desordens da articulação temporomandibular podem induzir o seu aparecimento[2].

A paciente aqui relatada referia luxação da articulação temporomandibular como primeira queixa há aproximadamente 3 anos.

O tratamento dos osteocondromas do côndilo da mandíbula pode ser imediato ou postergado. Tradicionalmente ele inclui ressecção radical do tumor, incluindo o processo condilar completo, através de incisão pré-auricular[8]. Há relatos de acesso transoral para o tratamento deste tumor, porém são infreqüentes[9,10]. A técnica cirúrgica empregada para a paciente relatada foi a mesma preconizada pela literatura.

A recorrência dos osteocondromas é baixa, aproximadamente 2%[2]. Neste caso, até o momento, nove meses após a cirurgia, não existia sinais de recidiva.

CONCLUSÃO

Os autores relatam um caso raro de osteocondroma de côndilo da mandíbula, com referência aos achados clínicos, radiológicos, histopatológicos e tratamento efetuados além da revisão da literatura pertinente . A técnica cirúrgica empregada foi o acesso pré-auricular com condilectomia. A paciente encontra-se bem e sem sinais de recidiva.

ABSTRACT

Osteochondroma is the most common benign tumor of the axial skeleton, it occurs rarely in the facial regions, with an incidence of approximately 1% of all cases. Thirty eight cases of osteochondroma of the mandibular condyle are described in the english literature. The authors describe a case of a osteochondroma in the left mandibular condyle in a 28 years old pregnant woman patient in the 5º month pregnancy, complaining of facial asymmetry and palpable mass in preauricular region, pain and clicking in mouth opening. Before pregnancy she had done mandibular panoramic radiography identifying a tumor in the left condyle. The bone scintigraphy showed a focal hot image in the same localization. The patient, after obstetric valuation, underwent surgery with mandibular condyle ressection. The histopathological exam showed lesion consisted of proliferative bony and hyalinized cartilage-like tissues, and a cartilage cap in the surface of the lesion, a characteristic feature of osteochondroma..

KEYWORDS: Osteochondroma; Bone tumor; Bone Neoplasms; Mandibular condyle.

REFERÊNCIAS

1. Wolford LM, Mebra P, Franco P. Use of conservative condylectomy for treatment of osteochondroma of the mandibular condyle. J Oral Maxillo fac Surg. 2002 Mar;60(3):262-8.
2. Saito T, Utsunomiya T, FurutaniI M, Yamamoto H. Osteochondroma of the mandibular condyle: a case report and review of the literature. J Oral Sci. 2001 Dec;43(4):293-7.
3. Ongole R, Pillai RS, Ahsan AK, Pai KM. Osteochondroma of the mandibular condyle. Saudi Med J. 2003 Feb;24(2):213-6.
4. Daniele A, D´ascanio G. Osteochondroma of the mandibular condyle. Minerva Stomatol. 1998 Nov;47(11):623-7.
5. Peroz I, Scholman HJ, Hell B. Osteochondroma of the mandibular condyle: a case report. Int J Oral Maxillo fac Surg. 2002 Aug;31(4):455-6.
6. Veziau PJ, Fridrich KL, Vencent SD. Osteochondroma of the mandibular condyle: literature review and report of two atypical cases. J Oral Maxillofac Surg. 1995 Aug;53(8):954-63.
7. Mizuno A, Nakamura T, Motegi K, Shirasawa H. O steochondroma of the mandibular condyle. Report of a case and review of the Japanese literature. Int J Oral Surg. 1983 Aug;12(4):221-5 .
8. Hong M. Excision of condylar osteochondroma by vertical ramisection with immediate TMJ reconstruction. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 1989 Jan;24(1):8-10, 62.
9. Eller DJ, Blakemore JR, Stein M, Byers S.. Transoral ressection of a condylar osteochondroma: report of a case. J Oral Surg. 1977 May;35(5):409-13.
10. Hayaward JR, Megquier RJ. Surgical technique for removal of a large osteochondroma of the mandibular condyle. J Oral Surg. 1968 Nov;26(11):752-7.

Recebido em 25/06/2013
Aprovado em 12/02/2014
Conflito de interesses: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhuma.

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

Isquemia mesentérica aguda: relato de caso

Acute mesemteric ischemia: case report

***Paulo André Goulart*[1]**
***Ângelo Yassushi Hayash*[2]**
***Helcio Kazuhiro Watanabe*[3]**

RESUMO

Uma variedade de doenças e síndromes pode causar isquemia mesentérica aguda ou crônica. A isquemia aguda representa uma emergência cirúrgica freqüentemente fatal em grande parte pela demora em se fazer o diagnóstico. Tem como causas principais a embolia arterial cardiogênica, a trombose arterial, a trombose venosa mesentérica e a isquemia mesentérica não oclusiva. A combinação de diagnóstico precoce, métodos de imagem sofisticados e escolha individualizada das opções de tratamento podem reduzir a morbimortalidade ligada à isquemia mesentérica.

DESCRITORES: Isquemia; Diagnóstico; Embolia; Trombose; Artérias mesentéricas; Oclusão Vascular Mesentérica.

Goulart PA, Hayash AY, Watanabe HK. Isquemia mesentérica aguda: relato de caso. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 57-60, jan./mar. 2014.

Trabalho realizado no Hospital Regional João de Freitas, em Arapongas, Paraná, Brasil.

1 - Médico Residente da Especialidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional João de Freitas.

2 - Médico preceptor da Residência Médica, em Cirurgia Geral do Hospital Regional João de Freitas.

3 - Médico Coordenador da Residência Medica, em Cirurgia Geral do Hospital Regional João de Freitas.

INTRODUÇÃO

Mesmo com o enorme avanço em métodos diagnósticos e do conhecimento da sua fisiopatologia, o diagnóstico da isquemia intestinal permanece como desafio da prática médica. O sucesso no tratamento depende do diagnóstico precoce e da intervenção imediata. Infelizmente, ao longo das últimas décadas, poucas mudanças ocorreram nas altas taxas de mortalidade e morbidade relacionadas à isquemia mesentérica[1] e, apesar da grande evolução na abordagem cirúrgica destas lesões com o advento da técnica endovascular, as taxas de mortalidade ainda são consideradas altas[2]. As principais causas são êmbolos de origem cardíaca, trombose arterial e causas não oclusivas como nos pacientes com choque cardiogênico[3,4].

RELATO DE CASO

Identificação: RTP, sexo feminino 45 anos, natural de Arapongas.

Paciente deu entrada no Pronto-Socorro do Hospital Regional João de Freitas, no dia 12/02/13, com quadro de dor abdominal intensa, calafrios, vômitos com dois dias de evolução. Refere não evacuar havia dois dias e com diminuição da eliminação de flatos.

HPP: colecistectomia há quatro anos e hipertensão arterial, também refere tabagismo.

Ao exame:

• Queda do estado geral, hipocorada +/4+, afebril.

• Rcr em 2 tempos, fc 100 bpm

• Mvf sem RA, eupneica.

• Abdome doloroso difusamente a palpação com sinais de peritonite.

• Hemograma: 24 200 leucócitos com 3 % de bastonetes.

TC de abdome total:

• Presença de líquido livre em cavidade abdominal

• Isquemia mesentérica?

• Abdome agudo obstrutivo?

Paciente foi levada para cirurgia onde foi realizado uma laparotomia exploradora, onde foi evidenciado necrose de segmento de intestino delgado de aproximadamente 120 cm, há 30 cm da válvula ileocecal.

Realizado enterectomia do segmento acometido e anastomose latero lateral com stapler linear e reforço da linha de grampo em 2 planos com vycril 2—0.

DISCUSSÃO

Os três principais troncos viscerais responsáveis pela circulação esplâncnica – tronco celíaco, as artérias mesentéricas superior (AMS) e inferiores (AMI)[3] estão conectados entre si por numerosas anastomoses naturais com grande potencial para desenvolver vias colaterais capazes de manter o fluxo intestinal adequado mesmo com a obstrução destes troncos arteriais que se instala gradualmente.

A forma aguda da isquemia mesentérica é rara, porém tem alta taxa de mortalidade chegando a 70%. Os sobreviventes, muitas vezes, constituem um grupo de pacientes com graves complicações intestinais. As principais causas de isquemia mesentérica são:

Embolia arterial

A embolia, predominantemente, tem origem nas cavidades cardíacas, geralmente é causada por um trombo mural associado a infarto do miocárdio ou fibrilação atrial. A extensão da lesão intestinal é variável e depende da localização topográfica do alojamento do êmbolo na AMS. Frequentemente, os êmbolos são grandes e se localizam alguns centímetros após a emergência da AMS, ao nível da cólica media

raramente têm localização ostial e esporadicamente, alojam-se nas artérias distais. O paciente normalmente apresenta quadro de dor abdominal de início súbito e de forte intensidade, vômitos podem estar associados.

Trombose arterial

Normalmente são pacientes idosos e com aterosclerose, o quadro clínico é insidioso com dor abdominal, vômitos e inapetência. Podem ocorrer episódios de enterorragia. A oclusão trombótica normalmente ocorre junto ao óstio, o que leva a uma isquemia grave.

Isquemia não oclusiva

Ocorre por hipoperfusão, e está relacionada a pacientes cardiopatas na maioria das vezes, o quadro clinico é caracterizado por dor abdominal, fezes com sangue e distensão abdominal.

Diagnóstico

O paciente apresenta um quadro de dor desproporcional a alterações no exame físico, a tríade de dor abdominal, esvaziamento intestinal e doença cardíaca embolígena não estão presentes. Normalmente o quadro e dor abdominal inespecífica.

Exames complementares

Pode ser encontrado leucocitose, amilasemia, aumento do lactato, ácidos e metabólica e aumento da CPK. Tomografia com contraste endovenoso pode apresentar edema da alças intestinais e espessamento mesentérico. A angio tomografia computadorizada apresenta sensibilidade maior que 90 % para diagnostico de isquemia mesentérica aguda[1]. A arteriografia é excelente para determinar quadro isquêmico, mas demanda tempo para o tratamento definitivo, sendo reservada para pacientes sem sinais de peritonite, sem acidose e sem coagulopatias [2].

Tratamento

Tratamento dos distúrbios metabólicos, correção da causa vascular e ressecção do segmento intestinal ressecado. Quando causado por embolia o tratamento de escolha é a embolectomia com fogarty, seguido de ressecção de segmento necrosado. Quando causado por trombose pode ser realizado uma ponte aortomesentérica e observação das alças para sua viabilidade. Quando a causa não é oclusiva o tratamento de escolha é infusão intra arterial de papaverina, e observaçãoem UTI, se houver sinais de peritonite o paciente é encaminhado para laparotomia onde não é necessário abordagem da artéria mesentérica.

Prognóstico

A mortalidade é alta em pacientes operados precocemente, a mortalidade varia de 30 a 50%[4]. A trombose arterial tem pior prognóstico de quando a causa é embólica. Muitos pacientes morrem devido às doenças cardíacas subjacentes ou complicações da síndrome do intestino curto.

CONCLUSÃO

Com o progressivo envelhecimento da população, as síndromes isquêmicas intestinais vêm se tornando mais frequentes. O caminho para a redução da mortalidade e das seqüelas causadas pela isquemia intestinal requer uma combinação de métodos diagnósticos sofisticados e a escolha certa e rápida do tipo de tratamento para cada caso. Para a paciente do caso clinico apresentado à intervenção cirúrgica rápida e o fato de apenas um seguimento intestinal ter sido acometido foi fundamental para boa evolução da paciente.

ABSTRACT

A variety of diseases and syndromes can cause acute or chronic mesenteric ischemia. Acute ischemia represents a chirurgical emergency normally lethal by the late diagnosis. It has as main causes cardiogenic arterial embolism, arterial trombosis, mesenteric venous trombosis, and non oclusive mesenteric ischemia. The combination of early diagnosis, sophisticated imaging methods, and single choice of therapeutic options can reduce mortality and morbidity associated to mesenteric ischemia.

KEYWORDS: Ischemia; Diagnosis; Embolism; Thrombosis; Mesenteric Arteries; Mesenteric Vascular Occlusion.

REFERÊNCIAS

1. Brandt LJ, Boley SJ. AGA technical review on intestinal ischemia. American Gastrointestinal Association. Gastroenterology. 2000 May;118(5):954-68.
2. Simi SM. Oclusão da artériamesentérica superior: estudo angiográfico e tratamentocirúrgico de 8 casos. Arq Gastroenterol. 1980 Abr-Jun;17(2):73-80.
3. Parodi JC, Vazques DG. Isquemia intestinal aguda. Cir Panamer. 1974;4:61-8.
4. Brito CJ. Cirurgia Vascular, endovascular e angiologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 943-69.

Recebido em : 31/01/2014
Aprovado em 23/02/2014
Conflito de interesses: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhuma.

Correspondência:
Paulo André Goulart
Rod. PR. 218, Km 01, Jd Universitário, Arapongas, PR
CEP- 86702-670
pag.paulo@hotmail.com

Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

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

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 61-65, jan./mar. 2014.

Sangramento vaginal. Em relatos científicos formais, recomenda-se evitar essa expressão, a menos que haja referência a sangramento de fato da vagina. Não corresponde a bom estilo científico dizer, por exemplo, "sangramento vaginal devido a hemangioma intrauterino". Em casos de dúvidas sobre a origem do sangramento, pode-se dizer sangramento pela vagina ou, se este for extravaginal, diz-se sangramento transvaginal, também perdas transvaginais ou expressões equivalentes.

Second look. Anglicismo desnecessário. Pode-se permutar por reoperação, reavaliação cirúrgica ou por segunda operação ou, ainda, por revisão cirúrgica.

Sepse – sépsis – sepsia – septicemia. São palavras dicionarizadas (Academia, 2004). Sepse e septicemia não são sinônimos. Sepse, sépsis e sepsia procedem do grego sépsis, putrefação. São definidas como intoxicação causada por produtos do processo de putrefação (Ferreira, 2004; Michaelis, 1998; Paciornik, 1975) ou, seja, condição clínica resultante da disseminação de bactérias ou de seus produtos tóxicos a partir de um foco infeccioso (Rey, 2003) ou como o próprio processo de putrefação (Fortes & Pacheco, 1968). Sepses é forma plural. Sépsis tem acento gráfico agudo. Sepsi é forma indesejável. Septicemia é estado mórbido determinado pela presença e multiplicação de microrganismos virulentos no sangue (Aurélio, 2004; Michaelis, ob. cit.; Paciornik, ob. cit.; Rey, ob. cit.) e propagação de suas toxinas por via sangüínea (Stedman, 1996). Em Portugal, é usual que os médicos pronunciem septicêmia, mas essa pronúncia não é a melhor (Nogueira, 1995, p. 397). A septicemia é um tipo comum de sépsis (Stedman, ob. cit.). Também se diz hematossepsis, sapremia.

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.

Seres humanos e animais. Os seres humanos são membros do reino animal e, apesar de sua conotação depreciativa, o termo animal não poderia, em relatos científicos formais, ser utilizado com exclusão do ser humano. Frases como: "São muitos os estudos realizados tanto em seres humanos como em animais", "Estudos experimentais com animais e com seres humanos" trazem sutil proposição de que os seres humanos devem ser afastados de sua condição como animais. O Homo sapiens é uma espécie da ordem Primata, e os outros animais compartilham com ele o planeta e, nesse contexto, é preciso recordar que cada animal é uma forma fascinante de vida. Apartadas as tendências passionais, todos constituem exemplos da exuberância e da variedade orgânica prodigalizadas pela Criação. Deese modo, em referência aos casos de estudos em animais, pode-se, na maioria dos casos, usar especificações: Estudos experimentais com animais de laboratório e em seres humanos. Estudos realizados em seres humanos e em animais de experimento (ou de pesquisa).

Severo. Tradução incorreta do termo inglês severe em expressões como "alcoolismo severo", "baixa estatura severa", "anemia severa", "icterícia severa". Em português, grave ou intenso são os termos recomendáveis. Ex.: severe pain, dor intensa; severe infection, infecção grave. Por "anemia severa" imagina-se o mesmo ao se dizer "anemia austera" ou "anemia sisuda".

Shigella. Pronuncia-se xidgela ou xiguela, não "xijela". Em latim, os grupos ge e gi proniunciam-se dge e dgi (N. M. Almeida, Gramática latina, 2000, p. 30). Na pronúncia restaurada, o g tem sempre o valor que apresenta na palavra gato (J. Garcia, Introd. à teoria e prát. do lat., 1995, p. 20). Também shigelose: pronuncia-se xiguelose. Xiguela e xiguelose são as pronúncias oficializadas pelo VOLP (Academia, 1999), mais conforme ao étimo: de Kiyoshi Shiga, bacteriologista japonês (1870 – 1957).

Sic. Em algumas escolas de Medicina, ensina-se que sic é sigla de "segundo informações colhidas". Contudo, trata-se de um advérbio latino cujo significado é: assim, desse modo. Usado, frequentemente entre parênteses, após um nome, uma expressão ou uma frase, para indicar que fora exatamente daquela forma, com impropriedades gramaticais ou não, que o paciente se expressou (Luiz, 2002). Ex. Paciente queixa-se de "queimação e gastura na boca do estômago" (sic). Tal indica que não foi o examinador que se expressou em termos de cunho popular, mas o próprio paciente.

Siglas. É comum o uso de siglas e abreviações em medicina, mas seu uso inadequado e abusivo prejudica a compreensão do texto. Frequentemente, encontramos siglas de que não conhecemos o significado (regionalismos, ou siglas de uso pessoal) e outras com muitas interpretações. Exceto reduções muito conhecidas, como IV, AAS, DNA, sua explicação deverá ser feita em sua primeira referência no relato médico, ou poderá ocorrer, em relação a muitos leitores ou ouvintes, justo constrangimento ou falsa compreensão. Em apresentações formais, é criticável escrever pcte, qdo, tto, dn, tb, cça, c/, p/. Tais reduções são desconformes às normas gramaticais de abreviatura. É também reprovável escrever sinais desnecessariamente (mesmo em diapositivos) como substitutos de palavras. Exs.: Foi observado ¯ (decréscimo) do número de esplenectomias. A mortalidade (aumentou)

em 28%. Referia dor abdominal havia ± (cerca de) 2 dias. Criança com Blumberg+ (com sinal de Blumberg).

Sinal de Babinski. Refere-se apenas ao reflexo cutaneoplantar em extensão. Ao exame clínico, testa-se o reflexo cutaneoplantar no doente, que pode estar em flexão, em extensão, indiferente e "em retirada", isto é reflexo em que o paciente retira o membro do local, no caso por flexão do joelho e flexão dorsal do pé (esta não é uma forma de resposta do reflexo cutaneoplantar, e sim um reflexo de nocicepção, que às vezes aparece ao se pesquisar o sinal de Babinski). Pode-se dizer reflexo cutaneoplantar em extensão ou reflexo de Babinski ou, ainda, sinal de Babinski. Esta última é expressão mais usada e dicionarizada. Desse modo, a expressão "Babinski em extensão" é errônea por redundância e, como tal, recomenda-se evitá-la. Pode-se dizer presença do sinal de Babinski (reflexo em extensão) ou ausência desse reflexo. Em relatos formais, não é recomendável mencionar Babinski positivo, Babinski negativo, pois são formas coloquiais, que podem, em um primeiro momento, indicar que há dois tipos de reflexo. A grafia cutâneo-plantar foge à tendência de não hifenização de nomes compostos, a adotada no VOLP (2004). A escrita que segue as normas, não exceções, é cutaneoplantar, muito usada, como se nota nas páginas de busca da Internet em trechos médicos. Escrever "cutâneo plantar ou cutaneo plantar" é objetável, pois um prefixo não se isola do elemento que se lhe segue. De Joseph F. Babinski, neurologista francês (1857–1932), é incorreto escrever Babinsk (sem a letra i final), como às vezes aparece na literatura médica. Escrever "Sinal de Babinski" ou "Reflexo de Babinski", em que sinal e reflexo são escritos com iniciais maiúsculas, são usos indevidos, já que esses nomes são substantivos comuns e, de regra, são grafados com iniciais minúsculas: sinal de Babinski, reflexo de Babinski, salvo no início de frases, em títulos e outros casos de exceção.

Síndrome de abstenção - síndrome de abstinência. Bons dicionários dão esses nomes, abstenção e abstinência, como sinônimos e, de fato, o são. Os étimos têm sentidos equivalentes. Abstenção vem do latim abstentionis, que procede de ab, indica afastamento e stare, ficar firme, deter-se. Abstinência origina-se de abstinentia, de abstinere, manter longe de, manter afastado, conter; de abs, que indica afastamento, e tenere, ter, segurar (Ferreira, 1996). Mas podem-se notar sutis diferenças fundamentadas no uso comum. Abstinência é amplamente usada como privação voluntária de drogas (abstinência de cocaína, abstinência de fármacos psicotrópicos, sedativos), de bebidas alcoólicas (abstinência de álcool) e de atividades sexuais (abstinência sexual), ao fumo (abstinência de nicotina), de alimentos (abstinência de carne, de queijo). Em medicina, ocorre a síndrome da abstinência, relativa sobretudo à quimioprivação em casos de indivíduos quimiodependentes. Abstenção indica, no uso geral, renúncia ou recusa de indivíduos a determinados direitos programas de comparecimento (índice de abstenção em congressos, abstenção eleitoral, abstenção de candidatos nos concursos, abstenção do vestibular, abstenção de alunos nas aulas).Essa tendência é registrada por autorizados dicionaristas. O Dicionário UNESP (Borba, 2004) dá abstenção apenas como sinônimo de renúncia do direto de votar e abstinência como sinônimo apenas de privação. Todavia, fala-se também de abstenção do fumo, abstenção de drogas, abstenção de alimentos que engordam.

Também se diz síndrome de abstenção em referência a drogas, a bebidas alcoólicas, abstenção sexual, assim como se diz abstinência eleitoral, abstinência de alunos nas aulas, de votação e semelhantes no sentido de renunciar, de abster-se, como se vê nas páginas de busca da internet. Quanto à regência nominal, usa-se a preposições de em relação a abstenção (Fernandes, 1990): abstenção de prazeres, abstenção de sexo. Usam-se as preposições de e em em relação a abstinência (Fernandes, ob. cit.): Abstinência de álcool, abstinência no comer e no beber. Assim, são irregulares as construção "ter abstinência a" e "ter abstenção a".Conclui-se, assim, que a diferença no uso desses nomes parece ínfima e insólita. Contudo, é muito mais comum em medicina a expressão síndrome de abstinência que sídrome de abstenção, sendo esta última de muito pouco uso. Do ponto de vista crítico rigoroso, não parece haver diferença entre os dois nomes em questão. Mas, tendo em vista facilitar o pronto entendimento em relatos científicos, aconselha-se usar abstinência e abstenção em seus respectivos sentidos de uso mais comuns. É errôneo escrever abstensão.

Sintomatologia dolorosa. Sintoma é manifestação subjetiva de alterações mórbidas no paciente. Sintomatologia significa estudo dos sintomas. Sintomatologia dolorosa significa, literalmente, estudo doloroso da dor. Além disso, é expressão prolixa e pode ser adequadamente substituída por dor: Ex.: em lugar de "Paciente com sintomatologia dolorosa leve no abdome", pode-se dizer: Paciente com dor leve no abdome. Sintomatologia é amplamente usada no meio médico como sinônimo de sinais e sintomas e devemos ter em consideração a Lei do Uso, que, infelizmente, consagra termos mesmo inadequados. Mas sinais e sintomas têm conceitos diferentes, conforme estabelecem os estudiosos de Semiótica. Assim, em lugar de sintomatologia no sentido de sinais e sintomas, podemos dizer manifestações, quadro clínico ou, explicitamente, sinais e sintomas. Nos relatos científicos formais, é recomendável usar nomes em sua acepção precisa como apregoam bons orientadores de mestrado e doutorado.

Situs inversus. – Significa tão-só inversão de posição. Situs inversus viscerum significa inversão da posição das vísceras (Stedman, 1996). A expressão situs inversus totalis é consagrada, mas contestável, visto que não há inversão de tudo (a posição dos membros não se inverte, por exemplo). Na verdade, a forma expressional adequada é transposição lateral das vísceras (Fortes & Pacheco,1968), melhor que o uso de latinismo. Também há situs solitus como posição normal das vísceras (Stedman, ob. cit.) e situs incertus como localização anormal de vísceras (Rey, 1999). Solitus significa usual. Estará mais adequado dizer situs solitus viscerum, situs incertus cordis, situs incertus hepatis. A expressão situs inversus partialis é inexata como diagnóstico. Pode-se dizer em português: posição normal das vísceras, posição anômala do coração, posição anômala do fígado.

Sonda de nelaton. Correto: sonda de Nelaton. De Auguste Nélaton (1807–1873), cirurgião francês que criou uma sonda de borracha para várias utilizações médicas (Stedman, 1996). Nelaton não é material de que é feita a sonda, mas um nome próprio. Escreve-se, portanto, sonda de Nélaton em lugar de sonda de nelaton. É justificável a inicial minúscula para se referir, por extensão, a uma sonda nelaton ou apenas uma nelaton, como ocorre com gilete, sanduíche, lambreta, mertiolate, isolete, sutupack,

angstrom e outros termos originários de nomes próprios. O mesmo se aplica às sondas de Malecot, de Pezzer, de Béniqué. Mas, nos trabalhos científicos, é substancialmente essencial usar termos técnicos consoante ao português culto, e não formas excepcionais e exceções às regras gramaticais. Importa notar que os epônimos podem substituídos por nomes técnicos, cientificamente mais apropriados. Adequadamente, podemos dizer sonda uretral ou sonda uretral de cloreto de polivinila (PVC) siliconizada, por exemplo.

SOS. Evitar essa sigla em relatos científicos destinados à publicação. É sinal internacional de perigo. Não pertence ao léxico médico. Prescrever medicamentos para serem ministrados "SOS" ou "se necessário" é censurável. O critério de uso não poderia ser feito pelo paciente (automedicação), pelos acompanhantes ou pela enfermagem, em relação a analgésicos, antiinflamatórios, psicofármacos, antieméticos e outros medicamentos, e alguns com administrações fixas de doses e horários (Schmitz, 1989). Medicações feitas nesse regime possibilita o diagnóstico de sintomas e sinais ser feito por pessoal não-médico, até mesmo pelo próprio paciente ou seu acompanhante. Em análise rigorosa, equivale a medicar o enfermo sem exame médico. Tais sintomas ou sinais podem acompanhar-se de outros males que precisam ser também diagnosticados e tratados. A desidratação em recém-nascidos pode causar febre, tratável pela "dipirona SOS", que não trataria a desidratação. Movimentos por inquietação podem ser tomados por convulsão e, assim, seriam "tratados" com anticonvulsivo SOS. Mal-estar de origem metabólica em criança pode motivar choro e ser confundido com dor, e o paciente pode vir a ser medicado inadequadamente com "dipirona SOS". Também, "Plasil SOS" assinala, estranhamente, que o paciente será medicado sempre depois que os vômitos já ocorreram e estes poderão estar de volta quando o efeito medicamentoso cessar. Isso poderá ser evitado se o medicamento for aplicado a cada 8 horas. "Isordil SOS" pode ser administrado erroneamente em caso de enfarto agudo do miocárdio como complicação em casos internados por angina do peito. Em lugar de SOS ou "se necessário", é regular escrever "a critério médico" ou especificar o critério de uso. Por exemplo, "dipirona 40 gotas. por via oral, se a temperatura axilar for acima de 37ºC, em intervalos mínimos de 6 horas.

Spider hepático – spider vascular. Anglicismos desnecessários, pois a língua portuguesa é riquíssima em opções vernáculas. As expressões "aranha hepática" e "aranha vascular" são metáforas muito comuns na linguagem médica e valorizadas por seu aspecto didático. Bem assim, existe a expressão latina nevus araneus. Mas, como designações científicas preferenciais, pode-se dizer telangiectasia aracniforme ou aracnóide, nevo aracniforme, angioma aracniforme (Stedman, 1996), angioma aracnóide, angioma estrelado ou freqüentemente apenas teleangiectasia.

Sub-clínico. Escreve-se subclínico, sem hífen. Do grego klíne (cama). Termo cômico. Literalmente, significa sob a cama ou sob o clínico. De certo modo, isso pode militar contra a seriedade do discurso científico. Assim como "via de regra" e "por outro lado", pelo duplo sentido, subclínico é nome que pode ser evitado. Pode-se dizer assintomático, sem manifestações clínicas ou inaparente. Em lugar de "infecção subclínica", pode-se dizer infecção subpatente.

ÍNDICE DE ASSUNTOS DO VOLUME 15/2013
SUBJECT INDEX TO VOLUME 15/2013

Abdominal Cavity, n.2, 115
Addison Disease, n.3, 181
Adenocarcinoma, n.4, 283
Adrenal Insufficiency, n.3, 181
Anemia, n.2, 138
Antibodies, Antinuclear, n.3, 207
Anticorpos Antinucleares, n.3, 207
Artroplastia de quadril, n.1, 36
Arthroplasty, Replacement, Hip, n.1, 36
Atestado de Saúde, n.2, 102
Atividades de lazer, n.2, 102
Atlantoaxial Subluxation, n.4, 315
Auto-Imagem, n.3, 170

Bone Cements, n.1, 36
Breast Neoplasms, n.3, 170, 193
Burnout, Professional, n.2, 93

Cardiopatias Congênitas, n.4, 272
Case Studies, n.1, 56, 60; n.2, 125, 132, 138; n.4, 305, 309
Catecholamines, n.2, 125
Catecolaminas, n.2, 125
Cavidade Abdominal, n.2, 115
Cefaléia, n.4, 250
Cervicalgia, n.4, 315
Cholestasis, n.1, 13
Chronic Pain, n.4, 315
Cimentos para Ossos, n.1, 36
Cirurgia, n.4, 293
Colestase, n.1, 13
Colorectal Neoplasms, n.4, 293
Condições de Trabalho, n.1, 11; n.2, 85, 87, 90, 91
Coração, n.3, 198
Crohn's Disease, n.4, 309

Daniel Egg, n.2, 120
Deglutition Disorders, n.2, 138
Depressão, n.3, 170
Depression, n.3, 170
Dermatite Esfoliativa, n.2, 132
Dermatitis, Exfoliative, n.2, 132
Dermatomiosite, n.2, 132
Dermatomyositis, n.2, 132
Diabetes Mellitus, Experimental, n.4, 258
Diabetes Mellitus Experimental, n.4, 258
Doença de Addison, n.3, 181
Doença de Crohn, n.4, 309
Doenças Inflamatórias Intestinais, n.4, 309
Dor Crônica, n.4, 315
Drainage, n.2, 115
Drenagem, n.2, 115
Drug Therapy, n,4, 293

Educação Médica, n.1, 21, 50
Education, Medical, n.1, 21, 50
Enxaqueca Sem Aura, n.4, 250
Escolas Médicas, n.1, 9, 11
Esgotamento profissional, n.2, 93
Especialização, n.3, 188
Espiritualidade, n.3,170
Espondilite Anquilosante, n.4, 315
Esportes, n.2, 102
Estreptozocina, n.4, 258
Estresse Psicológico, n.2, 93
Estudantes de Medicina, n.1, 21, 50; n.2, 93
Estudos de Casos, n.1, 56, 60; n.2, 125, 132, 138; n.4, 305, 309
Excisão de Linfonodo, n.4, 283

Fees, Medical, n.1, 11
Ferimentos por Arma de Fogo, n.3, 198

Gastrointestinal Hemorrhage, n.1, 60
Gastrointestinal Neoplasms, n.3, 211
Gastrointestinal Stromal Tumors, n.1, 60; n.3, 211
Glycemic Index, n.4, 258

Hantavírus, n.3, 220
Hantavirus Pulmonary Syndrome, n.3, 220
Head and Neck Neoplasms, n.2, 138
Headache, n.4, 250
Health Certificate, n.2, 102
Heart, n.3, 198
Heart Defects, Congenital, n.4, 272
Heart Injuries, n.3, 198
Heart Murmurs, n.4, 272
Hemorragia Gastrointestinal, n.1, 60
Hepatectomia, n.1, 13
Hepatectomy, n.1, 13
Hipertensão, n.2, 125
Hipersensibilidade, n.4, 250
Hipersensibility, n.4, 250
História da medicina, n.2, 120, 154; n.3, 235; n.4, 324
History of Medicine, n.2, 120, 154; n.3, 235; n.4, 324
Honorários Médicos, n.1, 11; n.4, 248
Hospitais, n.3, 235
Hospitals, n.3, 235
Hypertension, n.2, 125

Índice Glicêmico, n.4, 258
Infant, newborn, n.4, 272
Inflammatory Bowel Diseases, n.4, 309
Instrumentos Cirúrgicos, n.1, 72
Insuficiência Adrenal, n.3, 181
Internato e Residência, n.3, 188
Internship and Residency, n.3, 188

Job Market, n.1, 11; n.2, 85, 87, 90, 91
Leisure Activities, n.2, 102
Lúpus Eritematoso Sistêmico, n.1, 56; n.3, 207
Lupus Erythematosus, Systemic, n.1, 56; n.3, 207
Lupus Nephritis, n.3, 207
Lymph Node Excision, n.4, 283

Manejo da dor, n.4, 298
Mário Braga de Abreu, n.2, 154
Mastectomia, n.3, 193
Mastectomy, n.3, 193
Medicina, n.1, 50
Medicine, n.1, 50
Médicos, n.1, 7, 21; n.2, 120
Médical Schols, n.1, 9, 11
Medical Students, n.1, 21, 50
Mercado de trabalho, n.1, 11; n.2, 85, 87, 90, 91
Metástase neoplásica, n.2, 143
Migraine without Aura, n.4, 250

Natação, n.2, 102
Neck Pain, n.4, 315
Nefrite Lúpica, n.3, 207
Neoplasias, n.4, 305
Neoplasias colorretais, n.4, 293
Neoplasias da Glândula Tireoide, n.4, 283
Neoplasias da Mama, n.3, 170, 193
Neoplasias de cabeça e pescoço, n.2, 138
Neoplasias Gastrointestinais, n.3, 211
Neoplasias Ovarianas, n.3, 193
Neoplasm Metastasis, n.2, 143
Neoplasms, n.4, 305

Oftalmologia, n.1, 72
Ophthalmology, n.1, 72
Osteosarcoma, Juxtacortical, n.1, 143
Osteossarcoma Justacortical, n.1, 143
Ovarian Neoplasms, n.3, 193

Pain management, n.4, 298
Paracoccidioidomicose, n.3, 181
Paraganglioma, n.2, 125
Peritoneum, n,4, 293
Peritônio, n.4, 293
Physicians, n.1, 7, 21; n.2, 120
Pilomatrixoma, n.4, 305
Piscinas, n.2, 102
Plummer-Vinson Syndrome, n.2, 138
Prevenção Primária, n.2, 102
Primary Prevention, n.2, 102
Procedimentos Cirúrgicos Operatórios, n.2, 125
Pseudomixoma peritoneal, n.4, 293
Pseudomyxoma peritonei, n,4, 293
Public Health, n.2, 85, 87, 90, 91; n.3, 165, 168; n.4, 247

Qualidade de vida, n.4, 298
Quality of Life, n.4, 298
Quimioterapia, n.4, 293

Ratos, n.4, 258
Ratos Wistar, n.1, 13
Rats, n.4, 258
Rats, Wistar, n.1, 13
Recém-nascido, n.4, 272

Saúde Pública, n.2, 85, 87, 90, 91; n.3, 165, 168; n.4, 247
Schools, Medical, n.1, 9, 11;
Self Concept, n.3, 170
Síndrome de Plummer-Vinson, n.2, 138
Síndrome Pulmonar por Hantavírus, n.3, 220
Sopros Cardíacos, n.4, 272
Specialization, n.3, 188
Spirituality, n.3, 170
Spondylitis, Ankylosing, n.4, 315
Sports, n.2, 102
Streptozocin, n.4, 258
Stress, Psychological, n.2, 93
Students, Medical, n.1, 21, 50; n.2, 93
Subluxação Atlanto-axial, n.4, 315
Surgical Instruments, n.1, 72
Surgical Procedures, Operative, n.2, 125
Swimming, n.2, 102
Swimming Pools, n.2, 102

Thyroid Neoplasms, n.4, 283
Thyroidectomy, n.4, 283
Tireoidectomia, n.4, 283
Transtornos de Deglutição, n.2, 138
Traumatismos Cardíacos, n.3, 198
Tumores do Estroma Gastrointestinal, n.1, 60; n.3, 211

Working Conditions, n.1, 11; n.2, 85, 87, 90, 91
Wounds, Gunshot, n.3, 198

ÍNDICE DE AUTORES DO VOLUME 15/2013
AUTHOR INDEX FOR VOLUME 15/2013

Aguiar, Rogério W. de, n.2, 91
Alberti, Luiz Ronaldo, n.1, 36; n.4, 250
Alves, Elaine, n.1, 64; n.2, 148; n.3, 231; n.4, 319
Anghinoni, Marciano, n.2, 125
Artner, Christian Luiz, n.1, 13
Azevedo, Valderilio Feijó, n.4, 315

Bacelar, Simônides, n.1, 64; n.2, 148; n.3, 231; n.4, 319
Balzan, Silvio, n.4, 293
Bredt, Carla Sakuma de Oliveira, n.3, 181, 220
Bredt Júnior, Gerson Luis, n.3, 181, 220
Bresolin, Adriana Chassot, n.4, 272
Burgarelli, Giselle Lelis, n.4, 250

Câmara, João Pedro Pontes, n.4, 272
Camina, Ricardo Hohmann, n.4, 305
Campos, Gastão Wagner de Sousa, n.2, 87
Capeletto, Carolina de Marchi, n.2, 93
Carbonieri, Fernando, n.1, 11
Cardoso, Ciliane, n.1, 56
Casaletti, Solon, n.3, 165
Ciupak, Lara Franken, n.4, 272
Colaço, Luiz Martins, n.4, 305
Correia, Alceu, n.2, 143
Cotrim, Leandro, n.3, 170
Crema, Chiara, n.3, 207
Cristovam, Marcos Antônio da Silva, n.4, 272

D'Acampora, Armando Jose, n.2, 115;
David, Andre Luis, n.2, 132
Dias, Diogo, n.3, 211
Duarte, Guydo Marques Horta, n.1, 36

Ely, Jorge Bins, n.2, 115

Fan, Otávio Goulart, n.3, 198
Faxina, Carlos Fernando, n.2, 93
Ferreira, Gustavo de Souza Arantes, n.4, 305
Ferronatto, Guilherme Figueiró, n.2, 138
Fin, Fabio Roberto, n.2, 125

Galvão, Carmem Cecília, n.1, 64; n.2, 148; n.3, 231; n.4, 319
Gama, Ricardo Ribeiro, n.4, 283
Gava, Vinícius Grando, n.4, 293
Giovanella, Laura, n.4, 315
Gubert, Ana Paula Nudelmann, n.2, 125
Guerrer, Marcela I, n.3, 211

Haida, Vitor Mamoro, n.1, 60
Harada, Bruna Ayumi, n.2, 93
Helm, Cristiane Vieira, n.4, 258
Henriques, Gilberto Simeone, n.4, 258

Ioshii, Sérgio Ossamu, n.1, 60
Juliano, Yara, n.3, 170

Karigyo, Carlos Junior Toshiyuki, n.3, 198
Konrad, Fernando Alves, n.4, 272
Kubiak, César P, n.3, 188
Kusano, Letícia Dalla Costa, n.2, 132

Lagos, Heitor João, n.2, 132
Leite, Neiva, n.2, 102
Litchteneker, Karina, n.3, 181, 220

Machota Júnior, Milton Márcio, n.1, 60
Marques, Ana Paula, n.1, 21
Martins, Eduardo Lopes, n.1, 60
Medeiros, Morgana, n.1, 56
Mello, Giselle Lustosa de, n.4, 272
Mendes, Karla Matos Oliveira, n.4, 250
Morais, Andrei Leite, n.2, 143
Morais, Rodrigo Leite, n.2, 143
Munhos, Vanessa Fernanda Frederico, n.4, 309

Nassif, Antonio Celso Nunes, n.1, 9; n.3, 168; n.4, 248
Nery, Fábio Maurizio, n.2, 125
Novo, Neil Ferreira, n.3, 170

Oliveira, Anna Carolina Botti de, n.2, 138
Oliveira, Maria Carolina Mendes de, n.3, 170
Oliveira, Patrícia Mineiro de, n.4, 298
Oliveira, Saint Clair Vieira de, n.2, 115

Paula, Diogo de, n.1, 56
Pavesi, Juliana, n.4, 272
Pelisson,Tiago Mezzaroba, n.3, 198
Petroianu, Andy, n.4, 250
Pinheiro, Ana Laura Ribas Braga Bettega, n.1, 21
Pires, Rafael CS., n.1, 60
Plewka, Ana Cláudia Lopes, n.4, 272
Polonio, Benur, n.1, 60; n.4, 305
Purim, Kátia Sheylla Malta, n.2, 102

Ramos, Gabriela Piovezani, n.1, 21
Ramos, Guilherme Piovezani, n.1, 21
Ribas, Mauricio Marcondes, n.2, 85
Rosa, Emanuel Alves, n.1, 50
Russi, Ricardo Fantazzini, n.2, 115

Sato, Mauricio Shigeru, n.2, 132
Scapini, João G. S, n. 3, 211
Schmidt , Luciana, n.4, 315
Schnaider, Taylor Brandão, n.3, 170;
Seki, Henrique Seidi, n.4, 272
Sella, Guilherme Vasconcellos, n.4, 309
Sena, Rayssa Helena Rosa de, n.2, 125
Sgrott, Sandro Melim, n.2, 115
Simeone, Maria Lúcia Ferreira, n.4, 258
Silva, Derek William da, n.4, 309
Silva, Diego Robson da, n.3, 198; n.4, 309
Silva, Leônidas Noronha, n.3, 193
Simões, João Carlos, n.1, 7, 13, 21, 50; n.2, 83, 93, 120; n.3, 163, 211; n.4, 247
Simões, Jonathan Geronasso, n.1, 13
Skare, Thelma Larocca, n.1, 56; n.3, 207
Sperandio Junior, Carlos Augusto, n.2, 132

Tabushi, Fernando Issamu, n.1, 60; n.4, 305
Tarasiewich, Marcos José, n.3, 198
Teixeira, Débora Mattana Vasconcelos, n.2, 138
Tondo, Leonidas Gustavo, n.3, 181
Trindade, Lilian Cristine Teixeira, n.4, 298
Tubino, Paulo, n.1, 64; n.2, 148; n.3, 231; n.4, 319

Valério, Rodrigo Morato, n.3, 220
Watanabe, Helcio Kazuhiro, n.4, 309
Wittig, Ehrenfried Othmar, n.1, 72; n.2, 154; n.3, 235; n.4, 324

Yamamoto, Gustavo Yuzo Gapski, n.1, 21
Yokochi, Jorge M., n.1, 60

Zamponi Junior, Johnni Oswaldo, n.2, 143

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

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(*) Dados atualizados até o final do segundo semestre de 2013. As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para cermepar@crmpr.org.br

Ehrenfried Othmar Wittig*

MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

Dr. Randolpho Pereira Serzedello, um grande paranaense

Dr. Randolpho Serzedello Pereira, a remarkable Paraná native

Wittig EO. Dr. Randolpho Pereira Serzedello, um grande paranaense. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 70-71, jan./mar. 2014.

DESCRITORES: Randolpho; Médico; Serviço sanitário; Epidemias; Moldura; Homenagem.

KEYWORDS: Randolph; Medic; Health service; Epidemics; Frame; Tribute.

* *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.

Natural do Rio de Janeiro (na época a capital do Brasil), nascido em 23 de fevereiro de 1862 e filho de José Antonio Serzedello e de Candida Pereira Serzedello. Foi casado com Presciliana de Siqueira Serzedello. Formou-se em Medicina pela Academia do Rio de Janeiro.

Em setembro de 1980, foi chamado por seu primo, general Inocêncio Serzedello Correia, governador do Paraná, a desempenhar melindrosa missão na (então) Intendência da Tamandaré, onde reinava mortífera epidemia de varíola. "A dedicação, o carinho e o zelo que dispensou aos doentes por ocasião dessa epidemia, valeu-lhe o prestígio e o renome que desfrutou no recanto adotivo", referiu-se o jornal A República, de 14 janeiro de 1891, citando grande festividade realizada em agradecimento ao trabalho do médico, que atuou em outras epidemias, como da peste bubônica em Paranaguá e varíola em Curitiba. Sempre demonstrou grande valor e competência científica.

Dr. Randolpho foi nomeado, em 1893, inspetor de saúde dos Portos do Paraná, quando lutou para impedir a "importação" da febre amarela reinante em Santos e Rio de Janeiro. Atuou como médico em serviços à legalidade durante a Revolução Federalista de 1894, onde surgiu a figura sugestiva e simpática do Dr. Randolpho. Ele também exerceu a função de inspetor de ensino em Paranaguá até setembro de 1896.

Em 1898, foi nomeado pelo governador do Paraná para a função de diretor do Serviço Sanitário do Estado. Médico ilustrado, competente e humanitário, faleceu em 20 de março de 1919, deixando um sulco profundo e irreparável na sociedade, especialmente por parte dos humildes, reconhecido por seu valor social, político e médico.

O belo quadro e moldura do Dr. Randolpho foi doado pel Sra., Cloé Raymundo Ultmann, sobrinha-neta do homenageado, a quem o Museu agradece. Os dados aqui apresentados em resumo são do livro Genealogia Paranaense. Família Siqueira Raymundo, de Rodrigues França, páginas 13 a 18. Dr. Randolpho também é citado na obra Cem Anos de Vida Parlamentar. Deputados Provinciais e Estaduais do Paraná, 1854-1954, já que em 1892 foi eleito deputado estadual representado Tamandaré, onde também exerceu mandato de prefeito.

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