REVISTADOMÉDICO RESIDENTE DE LA COMPANION DE L







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

1^a Corregedora

Gláucia Maria Barbieri

2ª Corregedora

Regina Celi Passagnolo Sergio Piazzetta

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Rua Victório Viezzer 84 - Vista Alegre 80810-340 Curitiba - PR Telefone: (41) 3240-4026 - 3240-4049 www.crmpr.org.br revistadoresidente@crmpr.org.br imprensa@crmpr.org.br



COMISSÃO ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO PARANÁ

(CERMEPAR) 2013 - 2014

Presidente

Adriano Keijiro Maeda (Hospital Cajuru - Curitiba)

Vice-Presidente

Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi (Hospital Erasto Gaertner - Curitiba)

1.º Secretário

Allan Cezar Faria Araujo (UNIOESTE - Cascavel)

2.º Secretário

Adriana Buechner de Freitas Brandão

Tesoureiro

Denise Akemi Mashima

(Hospital Regional Universitário do Norte do Paraná - Londrina)

Diretor Científico-Cultural

Angelo Luiz Tesser

(Hospital de Clínicas da UFPR - Curitiba)

Conselho Fiscal

Luiz Salim Emed

Jean Alexandre Furtado Correia Francisco

João Carlos Simões



ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS RESIDENTES DO PARANÁ (AMEREPAR)

Presidente:

Ariane Sayuri Tamura arianetamura@hotmail.com



CAPA

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Revista do Médico Residente [recurso eletrônico] / Conselho Regional de Medicina do Paraná, Comissão Estadual de Residência Médica. - v. 16, n.2 (abr./jun. 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

79 As crises são purificadoras

Crisis are purifying

João Carlos Simões

80 O caminhar do ensino médico no Brasil

The walk of medical education in Brazil

Antonio Celso Nunes Nassif

Artigo Original - Original Article

82 Síncope: avaliação cardiológica ou neurológica?

Syncope: cardiac or neurological assessment?

Alcirley de Almeida Luiz, Aiessa Zanchett Fedrigo, Liliãn Cabral dos Santos, Natália Nicola Thomé, Milena Colombo Bruno, Carlos Alberto Kenji Nakashima.

89 Hábitos solares e fotoproteção de médicos - estudo exploratório

Photoprotection and solar habits of medical – exploratory study

Kátia Sheylla Malta Purim, Cerlei Fátima Franzoi

99 Correlação dos achados clínicos, mamográficos e ultrassonográficos do carcinoma ductal invasivo isolado ou associado a outras neoplasias

Correlation of the clinical research, mammography and ultrasonography of the invasive ductal carcinoma isolated or associated to other neoplasias

Luciana de Oliveira Marques, Giovanna Beatriz Nunes do Nascimento, Bárbara de Aguiar Wiederkehr,

Danilo José Munhóz da Silva, Douglas Jun Kamei, Fábio Marchini Raimundo dos Santos, Larissa Maria Macedo, Saruê Brizola Ocampos, Tiele Assis Rikimaru.

108 Comparação terapêutica entre radioterapia e cirurgia para câncer de laringe localmente avançado: experiência do Hospital Erasto Gaertner

Therapeutic comparison between radiation and surgery for locally advanced larynx cancer: experience of Hospital Erastus Gaertner

Rejane Carolina Oliveira Franco, Paulo Marcelo Rodrigues, Tatiane Elen de Souza, Patrícia Mineiro de Oliveira.

113 Perfil epidemiológico das meningites meningocócigas nos útimos 11 anos em Curitiba-PR

Epidemiological profile of meningococcal meningitidis in the last 11 years in Curitiba-PR

Patricia Carla Zanelatto Gonçalves, Anna Luiza Driessen, Bernardo Rosário, Bruna Ramirez Horta, Felipe Patorello Suttile, Fernanda Cristina Wroblevski.

Artigo de Revisão - Review Article

123 Síndrome de luto

Grief syndrome

João Carlos Simões

128 Indução e intubação em sequência rápida

Induction and intubation in rapid sequence

Leandro Antonio Leles da Silva, Sandra Sayuri Watanabe.

133 Finalmente publicado o ensaio clínico do valor da pesquisa do linfonodo sentinela em melanoma cutâneo

Finally posted: the clinical trial of the value of sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma's research.

Ézio Amaral

Relato de Caso - Case Report

140 Síndrome de Gardner: Mutação do gene APC associada à neoplasia desmoide de parede abdominal

Gardner's syndrome: Mutation of the APC gene associated with desmoid tumor of the abdominal wall

Eurico Cleto Ribeiro de Campos, Saturnino Ribeiro, Ricardo Manfredini, Diogo Kfouri, Christiane Costa Calciolari, Teresa Cristina Santos Cavalcanti.

145 Leiomiossarcoma primário de adrenal

Primary adrenal leiomyosarcoma

Thomaz Machado Mariano

Expressões médicas - Medical expression

148 Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

Simônides Bacelar, Carmem Cecília Galvão, Elaine Alves, Paulo Tubino

Geral - General

151 Relação das Coremes do estado do Paraná

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

Doutorandos de 1940 e o primeiro japonês a se tornar médico no Paraná

Graduates of 1940 and the first japanese to become a doctor in Paraná

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

drjcs@uol.com.br

revistadoresidente@crmpr.org.br

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 Sigueira (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:

 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 $n.^{\circ}$ 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):250.64

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.



As crises são purificadoras

Crisis are purifying

João Carlos Simões*

"Como estamos todos inseridos num inarredável sistema, a mudança de um fator afeta todos os demais fatores sistêmicos. Por isso, cada um é importante. Por ele pode passar a energia da grande mudança. Todos somos cada um. Todos, então, contamos e somos imprescindíveis."

LEONARDO BOFF

O desejo de encontrar uma saída em meio a esse turbilhão de conflitos e desafios é a única forma de sairmos ilesos do processo de desmoralização que todos nós, médicos e estudantes de medicina, estamos passando pelas propostas falaciosas e eleitoreiras recentemente promovidas pelo governo federal, com o programa "Mais Médicos" e do veto sobre o Ato Médico.

O enfrentamento às mudanças exigidas são formidáveis, mas não impossíveis. Importa fazer como as abelhas: estão em contínua interação com as outras, intercambiam informações, trazem alimento e trocam energias para viver e se desenvolver e manter a colmeia. Assim, cada médico e estudante de medicina conscientes são desafiados a fazer a sua revolução molecular, lá onde se encontram: nos postos de saúde, nos hospitais e nas salas de aulas.

Todos são importantes nesta missão e devem ser escutados e estimulados a participar deste debate e reflexão: médicos, estudantes, professores, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas e os doentes, para que se priorize recursos para a área da saúde com sensibilidade e realismo, que se possa fixar os profissionais nas áreas carentes com estrutura digna para o exercício profissional.

Para que haja qualidade no ensino dos cursos de Medicina recentemente autorizados (temos 231 escolas médicas) – porque, inconsequentemente, não existirão professores com mestrado e doutorado em número suficiente para ensinar!

Para se atingir esse desiderato é fundamental e, tenho nítida convicção, de que é preciso agregar o que foi desagregado, unir o que foi desunido, imantar os corações novamente para ações afetivas, humanas e éticas entre **todas as pessoas de boa vontade e sérias** que ensinam os nossos estudantes nas enfermarias, que cuidam e tratam os pacientes nos postos de saúde, ambulatórios e hospitais.

É preciso, novamente, se estabelecer uma nova ordem social, cultivar o vínculo e a relação médico-paciente com responsabilidade social.

Tenho convicção que as crises são purificadoras, e, deste caos iminente social e político que estamos vivenciando hoje em dia, poderá surgir uma nova ordem, mais alta e integradora, para toda a categoria médica.

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



O caminhar do ensino médico no Brasil

The walk of medical education in Brazil

Antonio Celso Nunes Nassif*

"A esperança enxerga o invisível, sente o intangível e alcança o impossível"

A década de 60 foi marcada por uma posição política inconsequente que atingiu, deliberadamente, o ensino médico, com suas repercussões desastrosas no exercício da profissão.

Eram 29 as escolas de medicina no país, passando a 73 em 1971. Ao mesmo tempo, nas escolas mais antigas, o número de vagas, praticamente, dobrava chegando a quase 9.000. No governo Collor, o então ministro Carlos Chiarelli "conseguiu" aumentar em 10% o número de vagas nos cursos superiores. Isto significou aproximadamente mais 800/ano, ou, se quiserem o equivalente à criação de 10 cursos de medicina com 80 vagas.

Ainda mais, na última semana da presidência de Itamar Franco, seis universidades novíssimas foram criadas, dezenas de cursos foram autorizados e credenciados. Assim, em fins de 1999 nosso país esbanjava 101 escolas médicas.

É como afirmou o senador Darcy Ribeiro: "O Brasil é o único país do mundo que permite

ao sujeito criar uma escola – como uma padaria ou açougue – para ganhar dinheiro".

E nos dias de hoje, ao que tudo indica, a medicina e os médicos brasileiros caminham "ladeira abaixo". O MEC, só neste inicio de século autorizou a criação de 128 novos cursos colocando nosso país, com 229 escolas médicas, no segundo lugar do ranking mundial perdendo apenas para a Índia (381), mas, deixando para trás a China com 150 e os EUA com 141 escolas médicas.

Em 1988, no Parecer N.SR-78, o então Consultor Geral da República Saulo Ramos escreveu: "A educação, direito de todos e dever do Estado, não pode ser transformada, sobretudo nos cursos superiores, em simulacro diplomado. A sociedade deseja médico que saiba medicina, que se tenha preparado cientificamente para cuidar da saúde do povo e que não seja, pela precariedade do ensino improvisado na industrialização de diplomas, uma ameaça à

Ex- professor adjunto e livre docente da UFPR. Foi presidente da Associação Médica Brasileira. nassif934@gmail.com

vida do paciente, assim como o advogado mal formado é ameaça ao patrimônio e à liberdade individual, e o engenheiro, sem curso sério, é candidato a construir obras que desabarão."

Pelos favores políticos feitos a alguns é que nos estão saindo médicos fabricados no afogadilho de fins de semana, médicos sem a residência em escolas que não contam com hospitais; médicos - o que é sumamente grave - a quem se confere um diploma pela simples quitação das mensalidades para com as respectivas "faculdades". Não se fala, por exemplo, sobre a ausência de habilitação do médico, que é mal muito maior para a sociedade. Por esses favores é que hoje se distribui a incompetência, a irresponsabilidade e o descaso pela vida humana.

Inexiste, no atual governo, a determinação

política para o cumprimento de uma exigência mínima: o respeito pelo papel social do médico, a reclamar o máximo de escrúpulo na qualificação, e uma pequena dose de pudor, diante desse desajuste entre faculdades de Medicina em excesso e carências de saúde em constante aumento e deterioração.

O que não se pode permitir é o desabamento da estrutura do ensino brasileiro, com a criação de cursos de medicina sem mínimos recursos, sem hospital na região, sem corpo docente, sem estrutura adequada. O dever do Estado é ministrar a educação e, no curso superior, assegurar o conhecimento científico que irá, efetivamente, beneficiar a comunidade. "O simples diploma não cumpre esta finalidade, antes, seria um estelionato contra a sociedade e uma grave lesão à teologia constitucional".



Síncope: avaliação cardiológica ou neurológica?

Syncope: cardiac or neurological assessment?

Alcirley de Almeida Luiz¹
Aiessa Zanchett Fedrigo²
Liliãn Cabral dos Santos²
Natália Nicola Thomé²
Milena Colombo Bruno²
Carlos Alberto Kenji Nakashima³

RESUMO

OBJETIVO: Analisar dados de pacientes submetidos ao *tilt-table test* em um centro cardiológico privado, observando o sexo e a faixa etária de maior prevalência de positividade no exame e verificar a porcentagem de pacientes encaminhados pela cardiologia e neurologia para realização do teste de inclinação.

MÉTODOS: No estudo, foram revistos 143 prontuários, sendo 98 pacientes do sexo feminino e 45 pacientes do sexo masculino, com idade entre 6 e 85 anos (média de idade de 45,5 anos), que haviam experimentado algum episódio de síncope/ pré-síncope e foram encaminhados para a realização do *tilt-table test*, o qual foi realizado em um centro de cardiologia no período de fevereiro/2005 a junho/2009.

RESULTADOS: Na análise estatística, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado, com nível de significância de "p" menor ou igual a 0,05. Houve associação significativa (p<0,05) do *tilt-table test* para indivíduos com menos de 45 anos e para indivíduos do sexo feminino com menos de 45 anos. Nos prontuários analisados observou-se que 45% dos exames foram solicitados por cardiologistas, 45% por neurologistas e 10% pelos demais profissionais.

Trabalho realizado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná UNIOESTE (Cascavel, Paraná, Brasil) e Pró--Cardíaco Centro Cardiológico de Cascavel (Cascavel, Paraná, Brasil).

- 1. Professor Auxiliar do Internato Médico de Clínica Médica e de Cardiologia do curso de Medicina da UNIOESTE-
- 2. Residentes da Clínica Médica do curso de Medicina da UNIOESTE.
- 3. Residente Cardiologia do Hospital Angelina Caron, de Campina Grande do Sul (PR).

CONCLUSÃO: O sexo feminino associado à faixa etária menor que 45 anos e a idade isolada (<45 anos) tiveram significância estatística, determinando o grupo de pacientes com maior prevalência de síncope neuromediada. A investigação inicial de paciente com síncope/ pré-síncope divide-se entre cardiologistas e neurologistas.

DESCRITORES: Síncope vasovagal; Inconsciência; Teste da Mesa Inclinada.

Luiz AA, Fedrigo AZ, Santos LC, Thomé NN, Bruno MC, Nakashima CAK. Síncope: avaliação cardiológica ou neurológica? Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.82-88, abr./jun.2014.

INTRODUÇÃO

Síncope é a perda súbita e transitória da consciência, associada à perda do tônus postural seguida de recuperação espontânea⁽¹⁾. É um sintoma comum e que frequentemente leva os pacientes a uma avaliação cardiológica, sendo responsável por até 6% das internações hospitalares e cerca de 3% de todos os atendimentos de emergência nos EUA⁽²⁾.30 – 50% dos indivíduos já experimentaram algum episódio de síncope durante a vida⁽³⁾.

Um amplo espectro de anormalidades cardiovasculares e não cardiovasculares representa as diferentes etiologias da síncope⁽⁵⁾. A síncope pode ser classificada em: síncope reflexa (vasovagal/neurocardiogênica, situacional, hipersensibilidade do seio carotídeo); síncope disautonômica (hipotensão ortostática); síncope cardíaca (bradiarritmias, taquiarritmias, estenose valvar, cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva, insuficiência cardíaca, tamponamento cardíaco, dissecção aórtica, embolia pulmonar, etc.); síncope neurológica (vertebrobasilar, carotídea, epilepsia etc.); e podemos citar também a síncope por distúrbios metabólicos, endócrinos ou psiquiátricos⁽⁶⁾. Tabela 1 – Classificação e incidência da síncope⁽⁷⁾.

As síncopes neuromediadas também conhecidas como reflexas ou vasovagais são as mais frequentemente observadas na prática clínica(8). A resposta vasovagal é o desenvolvimento de desaceleração cardíaca e vasodilatação arteriolar inadequadas, com consequente hipotensão arterial. O mecanismo fisiopatológico das síncopes vasovagais ou reflexas têm como via final comum o aumento da estimulação vagal sobre o coração e a inibição do influxo simpático para o leito vascular⁽⁹⁾. Caracteriza-se clinicamente por queda súbita da pressão arterial (PA), frequentemente acompanhada de queda da frequência cardíaca (FC) e geralmente precedida de manifestações prodrômicas, tais como: mal-estar, náusea, palidez, extremidades frias, visão borrada, tontura, midríase e hiperventilação. O paciente perde a consciência, o tônus postural e cai com membros flácidos ou enrijecidos; pode ocorrer uma postura tônica ou alguns espasmos mioclônicos simétricos ou assimétricos, que não são epilépticos. A recuperação da consciência geralmente é rápida, sem confusão mental, podendo persistir cefaléia, náusea, sudorese fria e tontura(10).

A avaliação diagnóstica e o manuseio do paciente que apresenta episódios inexplicados de síncope é uma tarefa desafiadora. A anamnese e exame físico associados a eletrocardiograma são responsáveis por esclarecimento diagnóstico de até 50% dos casos⁽¹¹⁾. Apesar dos testes

Tabela 1. Classificação e incidência da síncope.

Estimativa da incidência da síncope

Classificação		Incidência (%)
Neuromediadas	Neurocardiogênicas	42
	Síndrome do seio carotídeo	1
	Outras	5
Hipotensão ortostática		8
Medicamentos		3
Psiquiátricas		2
Neurológicas		10
Cardíacas	Não-obstrutivas (arritmias)	14
	Obstrutivas	4
Causa desconhecida		11

Fonte: MATEOS & MATEOS, 1999.

diagnósticos, em 30-50% dos pacientes avaliados a causa da síncope persiste obscura⁽¹²⁾. A introdução dos mais recentes métodos diagnósticos não-invasivos tais como eletrocardiograma de alta resolução e o teste de inclinação aumentou o potencial diagnóstico nos pacientes com síncope recidivante⁽¹³⁾.

O teste de inclinação ou tilt-table test é recomendado na avaliação diagnóstica da síncope vasovagal, da hipersensibilidade do seio carotídeo e das disautonomias⁽¹⁴⁾. O paciente é colocado em uma maca basculante, adaptada para promover mudanças posturais passivas enquanto é feita a monitorização do ritmo cardíaco e da pressão arterial⁽¹⁵⁾. O teste pode ser do tipo basal ou potencializado (sensibilizado com drogas). O critério de positividade do teste de inclinação é a reprodução de sintomas clínicos associada a colapso hemodinâmico⁽¹⁶⁾.

Através da análise de dados de pacientes submetidos ao *tilt-table test* em um centro cardiológico privado, o presente estudo tem como objetivo observar o sexo e a faixa etária de maior prevalência de positividade no *tilt-table test*, e verificar a porcentagem de pacientes

encaminhados pela cardiologia e neurologia para realização do teste de inclinação.

MÉTODOS

Para a realização do presente estudo foram revistos 143 prontuários, sendo 98 pacientes do sexo feminino e 45 pacientes do sexo masculino, com idade entre 6 e 85 anos (média de idade de 45,5 anos), que haviam experimentado algum episódio de síncope/ pré-síncope e foram encaminhados para a realização do *tilt-table test*, o qual foi realizado em uma clínica privada de cardiologia, no período de fevereiro de 2005 a junho de 2009.

O encaminhamento foi solicitado por médicos das seguintes especialidades: cardiologia, neurologia, pediatria, clínica médica, endocrinologia e geriatria.

O teste de inclinação realizado foi do tipo basal (não potencializado com droga), com tempo de inclinação de 40 minutos, com monitorização da frequência cardíaca, pressão arterial e eletrocardiográfica, sendo registrado todos os dados, concluindo se o teste apresentou-se positivo ou negativo.

RESULTADOS

A coleta de dados realizada foi organizada para possibilitar a aplicação de análise estatística, a fim de verificar o sexo e a faixa etária de maior prevalência de positividade no *tilt-table test* e verificar a porcentagem de pacientes encaminhados pela cardiologia e neurologia para a realização do teste de inclinação.

Para tal análise estatística, utilizou-se o Teste Qui-Quadrado, com nível de significância de "p" menor ou igual a 0,05.

Dentre as variáveis analisadas podemos dizer que houve associação (p < 0,05) entre:

- a) Faixa etária e *Tilt-table test*: positividade significativa para indivíduos com menos de 45 anos.
- b) Sexo feminino segundo a faixa etária e *Tilt-table test*: positividade significativa para o sexo feminino com menos de 45 anos.

Baseado nos prontuários analisados observou-se que 45% dos exames foram solicitados por cardiologistas, 45% por neurologistas e 10% pelos demais profissionais (pediatras, geriatras, endocrinologistas e clínicos gerais).

Observou-se que uma porcentagem maior de pacientes do sexo feminino são encaminhados para a realização do *tilt-table test* e que apresentam maior índice de positividade em relação ao sexo masculino. **Gráfico 1** - Associação entre as variáveis: sexo e o resultado do teste TILT.

Quanto aos testes negativos não houve diferença em relação à faixa etária, porém ocorreu significância estatística na positividade do teste em pacientes com idade menor ou igual a 45 anos. **Gráfico 2** - Associação entre as variáveis: faixa etária e o resultado do teste TILT.

Um dado significante observado foi a maior prevalência de *tilt-table test* positivo em pacientes do sexo feminino com idade menor ou igual a 45 anos. Já homens com idade maior que 45 anos apresentaram 25% de testes negativos contra apenas 10% de positividade. **Gráfico 3** - Associação entre as variáveis: faixa etária e o resultado do teste TILT para o sexo feminino. **Gráfico 4** - Associação entre as variáveis: faixa etária e o resultado do teste TILT para o sexo masculino.

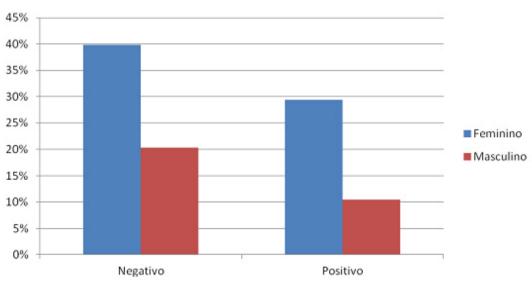
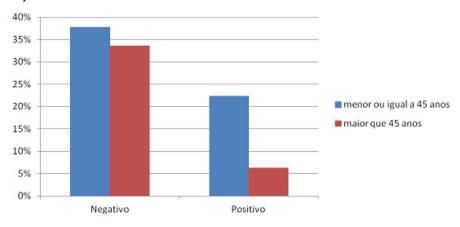


Gráfico 1. Associação entre as variáveis: sexo e o resultado do teste TILT.

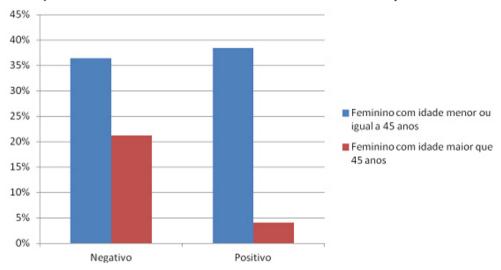
Fonte: Do Autor.

Gráfico 2. Associação entre as variáveis: faixa etária e o resultado do teste TILT.



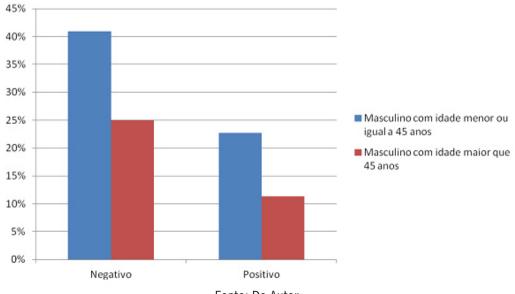
Fonte: Do Autor.

Gráfico 3. Associação entre as variáveis: faixa etária e o resultado do teste TILT para o sexo feminino.



Fonte: Do Autor.

Gráfico 4. Associação entre as variáveis: faixa etária e o resultado do teste TILT para o sexo masculino.



Fonte: Do Autor.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que na prática clínica a investigação inicial de paciente com síncope/ pré-síncope divide-se entre cardiologistas e neurologistas, apesar das diretrizes publicadas preconizarem a realização de história clínica, exame físico, incluindo medida da pressão arterial e realização de ECG na avaliação inicial desses pacientes⁽¹⁷⁾.

Causas neurológicas somente devem ser pesquisadas se a história e o exame físico são sugestivos, pois síncope não é um sintoma usual de alteração neurológica⁽¹⁹⁾. A investigação neurológica inicial pode retardar o diagnóstico de síncope de origem cardíaca, aumentando o risco de morte súbita, além de acarretar custos desnecessários com a realização de exames como tomografia computadorizada de crânio, ressonância nuclear magnética e eletroencefalograma⁽²⁰⁾.

A positividade significativa para síncope vaso-vagal, em indivíduos abaixo dos 45 anos de idade, pode sugerir a importância de pesquisar outras causas de episódios sincopais em pacientes acima dessa faixa etária, tais como cardiopatia estrutural, arritmias, e doença coronariana, principalmente no sexo masculino⁽²¹⁾.

Sabe-se que a presença de cardiopatia estrutural e história de insuficiência cardíaca, síncope sem pródromos, ECG anormal e idade maior que 45 anos (principalmente acima de 65 anos) são preditores de mortalidade⁽²³⁾.

Pacientes do sexo feminino com menos de 45 anos de idade apresentaram maior prevalência de síncope, no presente estudo, em comparação com os do sexo masculino. Em relação ao grupo etário, a incidência de síncope é variável. Quanto ao sexo, encontramos na literatura uma prevalência ligeiramente maior nas mulheres⁽²⁴⁾. Será que a associação entre sexo feminino e idade menor que 45 anos é um preditor de síncope neuromediada? Novos trabalhos são necessários para que possamos confirmar tal afirmação.

CONCLUSÃO

Neste estudo, o sexo feminino associado à faixa etária menor que 45 anos e a idade isolada (<45anos) tiveram significância estatística, determinando o grupo de pacientes com maior prevalência de síncope neuromediada. A investigação inicial de paciente com síncope/ pré-síncope, na prática clínica, divide-se entre cardiologistas e neurologistas.

ABSTRACT

BACKGROUND: To analyze data from patients undergoing Tilt-Table Test in a private cardiology center, watching gender and age group with the highest prevalence of positive test and verify the percentage of patients referred by the neurology and cardiology to perform the tilt test.

METHODS: A total of 143 charts were reviewed , 98 female patients and 45 male patients , aged from 6 to 85 years old (mean age 45.5 years) who had experienced an episode of syncope / pre syncope and were directed to perform the Tilt-Table Test, which was done in a cardiology center in the period from February 2005 to June 2009.

RESULTS: In the statistical analysis, we used the Chi-Squared Test with significance level "p" less than or equal to 0.05. A significant association (p < 0.05) the Tilt- Table Test for individuals under 45 years old and female patients under 45 years old. In the assessed charts, it was noticed that 45 % of the tests were ordered by cardiologists, 45% by neurologists and 10 % by other professionals.

CONCLUSION: Female gender associated with the age under 45 years old (<45 years) presented statistical significance, determining the group of patients with a higher prevalence of neurally mediated syncope. The initial investigation of patients with syncope / pre syncope is shared by cardiologists and neurologists.

KEYWORDS: Syncope, vasovagal; Unconsciousness; Tilt-table test.

REFERÊNCIAS

- Brignole M, Alboni P, Benditt DG, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et al. European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope -- update 2004. Europace. 2004 Nov;6(6):467-537.
- Blok BK, Newman TM. Syncope. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, eds. Emergency Medicine: Comprehensive Study Guide. 6. ed. New York: McGraw Hill; 2004.
- Lipsitz LA, Wei JY, Rowe JW. Syncope in an elderly, institucionalized population: prevalence, incidence and associated risk. Q J Med. 1985 Apr;55(216):45-54.
- 4. Barbey J. Síncope vasodepressora: diagnóstico e conduta. In: Klein GJ. Síncope. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1997.
- Kapoor WN, Smith MA, Miller NL. Upright tilt testing in evaluating syncope: a comprehensive literature review. Am J Med.1994 Jul;97(1):78-88.
- Benditt D, Lurie KG, Fabian WH. Abordagem clínica ao diagnóstico de síncope: uma visão geral. In: Klein GJ. Síncope. Clínicas Cardiológicas. Rio de Janeiro: Interlivros, 1997.
- 7. Mateos JCP, Mateos EIP. Epidemiologia e mecanismos fisiopatológicos. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1999;9(2):163-74.
- Pimenta J, Valente N. Síncope neuromediada. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, 1999;9(2):236-43.
- Hachul D. Diagnóstico diferencial e abordagem clínica da síncope. Rev Bras Cardiol. 2000;(2):57-63
- Simon PR. Síncope. In: Goldman L, Bennett JC. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 11. Hachul D. Testes de inclinação seriados para avaliação da eficácia terapêutica da síncope neurocardiogênica. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1999;9(2):252-60.
- 12. Kapoor WN. Syncope. New Engl J Med. 2000 Dec 21:343(25):1843-62.
- 13. Henderson MC, Prabhu SD. Syncope: current diagnosis and treatment. Curr Probl Cardiol. 1997 May;22(5):242-87.

- 14. Junior BLH, Hachul TD. Teste de Inclinação na Síncope. In: Pereira LSM, Souza OF, Maia IG. O Sistema Holter e Outros Métodos nas Arritmias Cardíacas. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
- 15. Kapoor WN. Diagnostic evaluation of syncope. Am J Med. 1991 Jan;90(1):91-106.
- Sosa E, Scanavacca M, Wu TC, Hachul D. Comparação entre os resultados do teste de inclinação obtidos em diferentes períodos do dia. Arq Bras Cardiol. 2002;79(4):385-394.
- 17. Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, et. al; Task force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Eur Heart J. 2001 Aug;22(15):1256-306.
- 18. Manolis AS, Linzer M, Salem D, Ester NA. Syncope: current diagnostic evaluation and management. Ann Inter Med.1990 Jun 1;112(11):850-63.
- Hirsch R, Hachul DT. Síncopes neurológicas e psiquiátricas. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1999;9(2):229-35.
- Kaufmann H. Síncope: o ponto de vista de um neurologista. In: Klein GJ: Síncope. Rio de Janeiro: Interlivros, 1997.
- 21. Fogoros RN. Cardiac arrhythmias. Syncope and stroke. Neurol Clinic. 1993 May;11(2):375-90.
- 22. American Heart Association. AHA/ACCF Scientific statement on the evaluation of syncope: from the American Heart Association Councils on Clinical cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Circulation, 2006 Apr 11;113(14):e697.
- 23. Huff JS, Decker WW, Quinn JV, Perron AD, Napoli AM, Peeters S, Jagoda AS; American College of Emergency Phisicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with syncope. Ann Emerg Med. 2007 Apr;49(4):431-44.
- 24. Framingham Heart Study. A Project of the national heart, lung e blood institute and Boston University [Acesso em 10 Jan. 2014]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Framingham_Heart_Study

Correspondência:

Alcirley de Almeida Luiz Rua Vicente Machado, 1587 - Centro 85812-150 - Cascavel / PR

Tel.: (45) 3222-2475

Aprovado em: 24/03/2014 Conflito de interesse: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Recebido em: 12/01/2014



Hábitos solares e fotoproteção de médicos – estudo exploratório

Photoprotection and solar habits of medical – exploratory study

Kátia Sheylla Malta Purim¹ Cerlei Fátima Franzoi²

RESUMO

OBJETIVO: O comportamento de fotoproteção sistemática e o diagnóstico precoce são essenciais para reduzir danos e agravos decorrentes de canceres cutâneos. O objetivo deste trabalho foi o de conhecer hábitos de exposição e proteção solar de médicos de Curitiba-PR.

MÉTODOS: Estudo exploratório, descritivo, transversal realizado com médicos no período de setembro a dezembro de 2012, para avaliar hábitos de exposição e proteção solar utilizando questionário estruturado autoaplicado, abordando aspectos sociodemográficos e profissionais, fotoproteção diária, histórico pessoal e familiar de câncer cutâneo. Análise estatística descritiva.

RESULTADOS: A amostra foi composta por 150 médicos (87 mulheres e 63 homens), na faixa etária média 32,7 anos, brancos (87%), procedentes da região sul (79%), graduados em instituição pública (53%) há menos de dez anos (67%). O horário preferido para a exposição solar foi antes das 10 horas e/ou após 16 horas para 74% e das 10-16 horas para 21% destes médicos. Os recursos diários de proteção usados foram camiseta (83%), meia longa ou calça comprida (75%), óculos escuros (67%), boné/viseira ou chapéu (23%) e protetor solar (46%). Detectou-se queimaduras solares na infância e/ou vida adulta (81%); exposição solar inadequada (61%); bronzeamento artificial (7%); tratamento para neoplasias pré-malignas (3%); história pessoal (2%) e familiar (38%) de câncer cutâneo.

CONCLUSÃO: Neste grupo, identificou-se exposição solar desprotegida e fotoproteção diária irregular. Há necessidade de aprimorar as medidas preventivas nesta categoria profissional formadora de opinião na comunidade.

DESCRITORES: Neoplasias cutâneas; Fatores de risco; Radiação solar; Protetores solares; Profissional de saúde.

Trabalho realizado no Programa de Iniciação Científica da Universidade Positivo (UP), Curitiba, Paraná, Brasil.

1. Médica dermatologista. Professora do Curso de Medicina da Universidade Positivo (UP).

Acadêmica do 6° ano do Curso de Medicina da Universidade Positivo (UP).

Purim KSM, Franzoi CF. Hábitos solares e fotoproteção de médicos – estudo exploratório. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.89-98, abr./jun.2014.

INTRODUÇÃO

As transformações sociais e demográficas têm causado mudanças relevantes no estilo de vida e no surgimento de doenças crônico-degenerativas, como as neoplasias^(1,2). Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer e aumento da morbimortalidade estão o consumo de tabaco e álcool, inatividade física, obesidade e radiação solar cumulativa ao longo da vida1. Associado a estes, o aquecimento global e o aumento da intensidade da radiação solar contribuíram para o aparecimento do câncer da pele, que se tornou um problema de saúde pública mundial, com elevação de sua incidência nas últimas três décadas^(3,4).

O Brasil possui população com intensa miscigenação racial, exposta cumulativamente à radiação solar ao longo da vida, muitas vezes, de forma inadequada(5,6). No país são estimados milhares de casos novos de neoplasias todos os anos e acredita-se que 90% dos cânceres da pele não melanocíticos (carcinoma basocelular e carcinoma epidermoide) e 65% dos melanomas possam ser atribuídos à exposição solar. O primeiro está associado à exposição cumulativa aos raios ultravioleta, enquanto o último a episódios de exposição solar resultantes em queimadura4,7,8. Na região sul, estudos recentes apontam o câncer de pele não melanoma como o mais incidente em homens e mulheres afetando região de cabeça e pescoço. O melanoma aparece com maiores taxas estimadas para ambos os sexos quando comparado às demais regiões do país⁽⁹⁻¹²⁾ e, pela sua alta capacidade de desenvolvimento de metástases,

constitui a principal doença fatal originada na pele⁽⁹⁻¹¹⁾. A cidade de Curitiba localizada no sul do Brasil apresenta características geoclimáticas, socioambientais e populacionais^(5,9) que podem ser favoráveis aos riscos da radiação ultravioleta.

O câncer da pele caracteriza-se por etiologia multifatorial, de desenvolvimento progressivo caso não sofra interferência em alguma das suas fases, resultante principalmente de alterações genéticas, fatores fenotípicos e exposição solar inapropriada^(8,13,14). Exposição cumulativa e excessiva nos primeiros 10 a 20 anos de vida aumenta o risco do seu aparecimento^(12,15). Para minimizar os efeitos nocivos da radiação solar é essencial comportamento adequado de fotoproteção que inclui um conjunto de medidas como restrição à luz solar, protetores solares e barreiras físicas representadas por vestimentas e acessórios como óculos escuros e bonés^(5,6,15).

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) realiza em todo o país campanhas anuais preventivas para câncer da pele, disponibiliza uma calculadora de risco de caráter informativo no seu site (www.sbd.org) sobre as chances de desenvolver a doença no futuro e recentemente lançou o Consenso Brasileiro de Fotoproteção. Pouco se sabe acerca da prevalência destas neoplasias entre a população de médicos ou sobre os fatores que favorecem seu desenvolvimento neste grupo específico. De um modo geral, informações sobre a saúde do médico no Brasil são escassas, sendo necessários estudos quanto a este tema⁽¹⁶⁾.

Atualmente os médicos estão condicionados

a efeitos danosos a sua qualidade de vida em função da sobrecarga de trabalho, prejuízo ao sono, mudanças alimentares, redução do tempo para a família e o lazer, que podem dificultar o cuidado pessoal com a saúde geral e cutânea⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Considerando a importância e papel destes profissionais na fotoeducação da comunidade e as controvérsias acerca dos protetores solares, este estudo tem como objetivo conhecer os hábitos de exposição e proteção solar nesta categoria profissional.

MÉTODOS

Estudo exploratório com delineamento transversal, descritivo, quantitativo, realizado entre setembro a dezembro de 2012, para conhecer os hábitos de exposição e proteção solar de médicos na cidade de Curitiba-PR. Os critérios de inclusão foram ser profissional habilitado no Conselho Regional de Medicina, de qualquer faixa etária/cor/raça/etnia/sexo, atuantes em hospital escola e que concordaram em participar do estudo.

A abordagem aos profissionais foi realizada durante o intervalo do trabalho. Entre os que atenderam o convite para participar da pesquisa, foram incluídos os voluntários de maneira casual simples, não probabilística. A coleta de dados foi realizada através de questionário não identificável, autoaplicável, construído especificamente para esta pesquisa, pré-testado, contendo questões estruturadas e fechadas. Foram abordados aspectos sociodemográficos, profissionais e de saúde, práticas de exposição e proteção solar, bem como, histórico familiar de câncer da pele.

A variável "cor/raça/etnia" (branca, parda, amarela e negra) foi auto-referida. A sensibilidade e reação da pele quando exposta ao sol foi

definida como: queima fácil e nunca bronzeia, queima fácil e bronzeia discretamente, queima ou bronzeia com moderação, queima pouco e bronzeia bastante e nunca queima e bronzeia intensamente. Para fins deste estudo, esses grupos corresponderam, segundo a Classificação de Fitzpatrick⁽²⁾, aos fototipos I, II e III (que se queima, cor branca) e IV,V e VI (que se bronzeia, cor parda, amarela e negra).

A avaliação do consumo de álcool e uso de tabaco seguiu o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS). A ênfase ao tabaco ocorreu pelo seu importante papel na etiopatogenia do câncer da pele. Incluiu o hábito de uso de cigarro, cigarrilha, charuto, cachimbo e mascar, sendo considerado fumante consumo mínimo de cinco maços ou 100 cigarros durante a vida e ex-fumante aquele que cumpre a definição de fumante, mas não faz uso atual.

A prática de atividades físicas foi definida de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo necessária a realização de no mínimo 30 minutos de exercícios de intensidade moderada na maioria dos dias da semana. Para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), foi utilizada a fórmula: IMC=peso/(altura)². Os indivíduos foram agrupados em: baixo peso (<18,5), peso adequado (entre 18,5 e 24,9), sobrepeso (entre 25-29,9) e obesidade (≥30).

Quanto aos fatores associados para câncer da pele foram utilizadas as variáveis padronizadas na calculadora de risco para câncer da pele da Sociedade Brasileira de Dermatologia (http://www.sbd.org.br/campanha/cancer/calculadora.aspx). História pessoal e familiar dessas neoplasias foi coletada com o objetivo de verificar se este conhecimento influenciou o comportamento do indivíduo em relação à exposição solar. A resposta referente ao uso de protetor solar permitia identificar o número de

aplicações diárias, o fator de proteção e o local onde era aplicado. Como medidas fotoprotetoras foram consideradas as roupas e os acessórios como óculos e chapéu/boné/viseira, sendo comparadas entre homens e mulheres. Não se abordou a fotoproteção oral.

De modo a atender os preceitos éticos e científicos relacionados com pesquisas que envolvam seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado por comitê de ética (protocolo 073/12) e obteve em primeira instância o consentimento assinado pelos participantes. Foi mantido sigilo e confidencialidade. Os dados foram analisados pelo Programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 17.0 com base na estatística descritiva a partir de frequências absolutas (N) e relativas (%), sendo agrupados em média e desvio-padrão.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 150 médicos sendo 87 (58%) mulheres e 63 (42%) homens, com idade variando entre 24 e 61 anos, maior prevalência (59%) entre 24 e 30 anos, procedentes da região sul (78%), sudeste (15%) e demais regiões do país (7%). Quanto à cor/raça/etnia 131 eram brancos (87%), 9 pardos (6%), 8 amarelos (5%), 1 negro (1%) e um não informado. Destes médicos, 53% graduaram-se em instituição pública há menos de dez anos (67%) (**Tabela 1**).

Ao se avaliar cuidados gerais em saúde observou-se em relação ao índice de massa corporal (IMC), indivíduos dentro do padrão de normalidade (62%), sobrepeso (24%), obesidade (5%) e abaixo do peso (5%), sendo detectado percentual significativo de sedentarismo ou pouca atividade física (63%). O consumo de álcool (61%) foi maior do que do tabaco (3%) e mais frequente no público masculino (73%)

Tabela 1. Perfil sócio demográfico dos médicos avaliados (n=150).

VAI	RIÁVEL	N	%
GÊNERO	Masculino	63	42
	Feminino	87	58
FAIXA ETÁRIA	24 a 30 anos	88	59
	31 a 37 anos	22	15
	38 a 44 anos	11	7
	45 a 51 anos	11	7
	52 a 58 anos	7	5
	59 a 61 anos	3	2
	Não informado	8	5
PROCEDÊNCIA	Centro-oeste	3	2
	Nordeste	4	3
	Norte	3	2
	Sudeste	22	15
	Sul	118	78
COR DA PELE	Amarela	8	5
AUTO-REFERIDA	Branca	131	87
	Parda	9	6
	Negra	1	1
	Não informado	1	1
SENSIBILIDADE	Se queima (branca)	131	87
DA PELE AO SOL	Se bronzeia (ama-	18	12
	rela, parda, negra)		
INSTITUIÇÃO DE	Privada	71	47
ENSINO ONDE	Pública	79	53
SE FORMOU			
TEMPO DE	Há mais de 20 anos	21	14
GRADUADO	Entre 11 e 20 anos	17	11
	Entre 1 e 10 anos	34	67
	Não informado	12	8

do que no feminino (53%). Dentre os entrevistados, 72% consultaram outro médico e 65% outro profissional da saúde nos últimos doze meses. A visita ao dermatologista foi realizada uma ou mais vezes ao ano por 30 (20%) desses profissionais.

Quanto às práticas de exposição solar intencional, 110 médicos (74%) preferiam o horário antes das 10 horas e/ou após as 16 horas, porém 32 (21%) utilizavam o horário crítico de radiação compreendido entre 10 e 16 horas. Os principais motivos alegados para exposição solar foram atividade física e bronzeamento (53%).

Como medidas de fotoproteção foram registradas: uso de camisa de manga (83%), meia

Tabela 2. Hábitos de exposição solar da amostra estudada (n=150).

VAF	RIÁVEL	N	%
HORÁRIO DE EX- POSIÇÃO SOLAR	Nenhum Entre 10 e 16 horas	8 32	5 21
	Antes das 10 h e/ou após as 16 horas	110	74
MOTIVO DE EXPOSIÇÃO SOLAR	Atividade física Atividade física e bronzeamento	53 5	36 3
	Bronzeamento	22	14
	Não informado Recreacional/ inespecífico	5 65	3 44
MEDIDAS GERAIS DE	Uso frequente de óculos escuros	100	67
PROTEÇÃO	Uso frequente de boné, visei- ra ou chapéu	34	23
	Uso frequente camiseta manga curta ou longa	124	83
	Uso frequente de meia longa ou calça comprida	113	75
	Não usa nenhu- ma medida	1	1
USO DO PRO-	Diariamente	69	46
TETOR SOLAR	No verão Durante exercí- cios ao ar livre	55 22	37 14
	Na praia Não informado	1 3	1 2
REGIÃO ONDE PASSA FOTO- PROTETOR	Em todo corpo Apenas no rosto Rosto e ou- tras regiões	19 46 80	13 31 53
	Não informado	5	3
FATOR DE PROTEÇÃO UTILIZADO	Abaixo de 15 Entre 15 e 25 30 ou mais Não informado	8 27 108 7	5 18 72 5

longa ou calça comprida (75%), óculos escuros (67%), boné/viseira ou chapéu (23%) e protetor solar. Somente 46% dos médicos empregavam protetor solar diariamente e 54% usavam em determinadas atividades e épocas do ano. Filtro com fator de proteção igual ou superior a 15 era utilizado por 90%, mas apenas 13% aplicavam em todo corpo ou na maior parte dele,

e o restante somente em determinadas regiões anatômicas (**Tabela 2**).

Na comparação entre os gêneros, constatouse que o percentual que se expõe ao sol antes das 10 horas e/ou após as 16 horas é semelhante entre homens (75%) e mulheres (72%); entretanto, o uso diário de protetor solar difere entre as médicas (70%) e médicos (13%). O percentual dos que usam fator de proteção superior a 15 (FPS 15) se equivale entre os gêneros masculino (89%) e feminino (91%), mas a aplicação do fotoprotetor na maior parte ou em todo o corpo é realizada por número reduzido de indivíduos do gênero masculino (19%) e feminino (8%) (Tabela 3). O rosto é a região anatômica preferencial de aplicação de fotoprotetor pelas mulheres.

Tabela 3. Hábitos de exposição e proteção solar: comparativo entre os gêneros.

VARIÁVEI	_	N	%
EXPOSIÇÃO SO- LAR ANTES DAS 10 E APÓS 16H	Homens Mulheres	47 63	75 72
USO DO PROTETOR	Homens	8	13
SOLAR DIÁRIO	Mulheres	61	70
USO FOTOPROTETOR	Homens	12	19
EM TODO CORPO	Mulheres	7	8
FATOR DE PROTEÇÃO	Homens	56	89
SUPERIOR A 15	Mulheres	79	91

O Gráfico 1 denota os fatores de risco para câncer da pele na amostra. Além dos aspectos fenotípicos (pele, cabelo e olhos claros), pode-se observar que 81% tem história de queimaduras solares na infância e/ou vida adulta, 61% tomou muito sol sem proteção, 48% possui mais de 20 nevos pelo corpo, 41% apresentam sardas, 38% tem história familiar e pessoal (2%) de câncer cutâneo, e 7% fez bronzeamento artificial. Constatou-se que a maioria desses médicos (92%) apresenta dois ou mais fatores potenciais para desenvolvimento do câncer da pele.

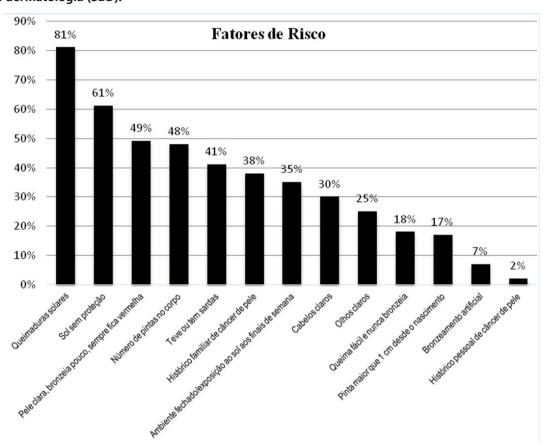


Gráfico 1. Fatores para desenvolvimento de câncer da pele segundo calculadora de risco da sociedade brasileira de dermatologia (SBD).

Na história familiar de câncer, 56 participantes afirmaram ter familiar afetado por neoplasia não melanoma (67%) e melanoma (21%). A história pessoal de câncer da pele foi verificada em três participantes, cujas idades eram de 50, 55 e 60 anos, sendo duas mulheres e um homem. O tipo não melanoma correspondeu a 67% e ao melanoma 33%. Os três casos tiveram em comum a etnia branca, referiram tomar muito sol sem proteção na infância ou vida adulta e possuem familiares afetados por carcinoma cutâneo.

DISCUSSÃO

Na amostra predominou adultos jovens, brancos, do gênero feminino, na terceira década de vida, graduados há menos de dez anos. O número maior de mulheres deste estudo reflete uma tendência nacional e mundial que denota um aumento no percentual de médicas. Particularmente no Brasil, isso ocorreu a partir do ano 2000 culminando com maior número em relação ao dos homens no ano de 2009⁽¹⁷⁾.

A faixa etária prevalente dos participantes foi de 24 a 30 anos e a literatura aponta que o câncer da pele não melanoma (carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular) ocorre com maior frequência em indivíduos que estão na quinta década de vida, aumentando a incidência com o avançar da idade^(5,15,18).

Porém, está crescendo o número de pacientes com idade inferior a 40 anos acometidos por neoplasias malignas da pele provavelmente induzido por uma combinação de fatores, entre os quais se destacam as influências ambientais

relacionadas a atitudes e práticas de saúde, e suscetibilidade genética1,7,19. Na presente investigação foram detectados fatores fenotípicos (fototipos I, II e III), história pessoal e familiar de câncer cutâneo, presença de sardas e nevos, bem como, exposição solar inapropriada.

Pesquisas mostram que indivíduos da cor branca são mais acometidos por câncer da pele, devido à maior sensibilidade fenotípica, estando dessa forma, sujeitos a somatória de prejuízos decorrentes da radiação como queimadura, fotoenvelhecimento, lesões cutâneas, entre outros^(2,19).

Neste estudo é importante esclarecer que a prevalência de brancos com pele sensível ao sol é compatível com a região geográfica e pode ter influenciado nos resultados. Todavia, queimaduras solares, exposição solar intensa sem proteção e bronzeamento artificial, detectados nesta amostra, são fatores que podem ser monitorados e modificados mediante intervenção. Estudos recentes no sul do país demonstram que a população tende a se expor de forma inadequada à radiação quanto a horário, tempo de exposição, uso de fotoprotetor e meios físicos de proteção(1,2,5,7,20). Assim, este trabalho corrobora com os dados da literatura(15,18), apontando hábitos solares inapropriados, além de riscos pessoais e familiares para lesões pré-malignas e malignas de pele.

Informações equivocadas sobre a formulação, segurança e eficácia dos fotoprotetores tópicos veiculadas na mídia somada aos custos do produto, e baixa divulgação das demais medidas fotoprotetoras, podem dificultar melhor adesão a condutas saudáveis em fotoproteção^(2,27). Além disto, falta consenso entre os especialistas sobre o impacto que as medidas gerais de fotoproteção tem sobre a vitamina D, risco de fraturas e neoplasias, gerando diferentes orientações aos pacientes. Porém, o Consenso Brasileiro de Fotoproteção recentemente lançado torna claro e definido para os médicos e para a população o conjunto de medidas indicadas para adequada proteção da pele contra o sol⁽²⁷⁾.

O planejamento de um programa de fotoproteção depende de estratégias adaptadas ao perfil de cada indivíduo, ao gênero, a idade, características fenotípicas (cor de pele, olhos e cabelos e fototipo), hábitos de vida, lazer, atividade profissional, localização geográfica da moradia e antecedentes pessoais e familiares de doenças relacionadas ao sol⁽²⁷⁾. Neste estudo, ao se tratar de fotoproteção diária devem ser feitas algumas considerações quanto ao gênero dos participantes. Um percentual próximo de homens e mulheres prefere de modo intencional exposição solar antes das 10 e/ou após as 16 horas e a maioria usa fator de proteção com FPS recomendado. No entanto, observou-se que a minoria de ambos os sexos aplica protetor solar em todo o corpo, sendo que homens fazem com mais frequência do que as mulheres. A adesão diária ao filtro solar é significativamente maior em mulheres confirmando o que é verificado em vários estudos(15,21-24) sendo o rosto o local preferencial de aplicação provavelmente pela maior preocupação cosmiátrica(26).

Interessantemente, as medidas fotoprotetoras estiveram presentes em maior percentual entre os médicos formados entre 11 e 20 anos, sem diferença significativa entre as instituições de onde procederam. Possivelmente, esta geração pode representar indícios dos efeitos decorrentes dos programas educacionais de fotoproteção existentes com impactos em nível individual ou coletivo⁽¹¹⁾.

Nesta amostra predominou médicos graduados durante a vigência das campanhas de

95

câncer da pele. Poderia pressupor-se que com sua formação associada à capacidade cognitiva e de tomada de decisão estes profissionais estariam de certa forma profilaticamente protegidos de determinados agravos(15). No entanto, de acordo com a literatura(16,25), isto não ocorre, cabendo aqui uma reflexão. Condições muitas vezes adversas no exercício da profissão reduzem o tempo para a preservação da saúde e lazer, e podem causar adoecimento similar ao das pessoas a quem prestam assistência. Outra possibilidade seria a distribuição etária mais jovem levando a suposição de estar livre de desenvolvimento de câncer da pele nesta idade. O predomínio de atividades ocupacionais em ambientes fechados provavelmente mascara a necessidade de fotoproteção. Além disto, a falsa sensação de segurança após aplicação do protetor solar pode originar exposições solares excessivas no lazer ou deslocamentos. Essas informações são relevantes pela possibilidade de interferir na orientação adequada de medidas fotoprotetoras à população atendida. E ainda, aponta que os médicos requerem cuidados de saúde semelhantes aqueles que preconizam para seus pacientes(11,16,25).

Como não existe medida fotoprotetora que, isoladamente, garanta uma fotoproteção adequada, recomenda-se a combinação do maior número possível de medidas, inclusive roupas, chapéus, óculos, sombras e vidros como forma eficiente, segura e econômica de proteção solar⁽²⁷⁾. Quanto às diversas situações envolvidas na carcinogênese, o conhecimento da prevalência dos fatores de risco e do agravo associado possibilita identificar elementos e/ou situações que contribuam para sua prevalência. Pode-se, dessa forma, criar mecanismos para evitá-los ou minimizá-los com educação em saúde, prevenção primária e secundária

entre estes profissionais. O controle do câncer da pele é factível pela proteção contra o principal carcinógeno cutâneo que é a radiação solar, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Assim, sua prevenção fundamenta-se na fotoproteção regular diária através de filtros solares de amplo espectro e protetores físicos como vestimentas e acessórios adequados. Nos indivíduos susceptíveis, há necessidade da rotina de autoexame da pele para identificar lesões suspeitas e precoces visando instituir tratamento especializado o mais rápido possível, quando necessário (9,11,26).

As limitações deste estudo precisam ser destacadas. Uma delas está relacionada a amostragem e caráter exploratório que limitam comparação e generalização dos resultados obtidos a outras populações e contextos. Outro fator limitante é a dificuldade de padronizar e mensurar o nível de exposição e proteção solar. Este estudo não encerra por si o assunto, nem todas as variáveis e relações possíveis, mas traça linhas auxiliares para debater o tema podendo servir como referencial inicial para novos estudos. Na continuidade seria interessante o desenvolvimento de instrumentos de screening mais sensíveis e específicos para câncer da pele, bem como, rastreamentos seletivos em indivíduos com mais fatores de risco, outras composições étnicas, faixas etárias e ocupações, e até mesmo vivendo em outras regiões e latitudes, para agregar novos conhecimentos.

Considerando que os fatores aqui estudados são preditivos para futuros problemas e podem ser modificados, é oportuno salientar que estratégias de educação para promoção à saúde e prevenção do câncer da pele sejam também direcionadas aos médicos. Práticas de exposição solar segura precisam ser vivenciadas e divulgadas a comunidade especialmente em cidades montanhosas e de clima instável como Curitiba⁽²⁶⁾, uma vez que a radiação ultravioleta em determinadas épocas do ano pode ser maior que a percebida pelos órgãos do sentido^(2,9,27). A fotoproteção consciente é recurso básico, preventivo e terapêutico contra carcinomas cutâneos e precisa ser medida prioritária na saúde pública brasileira.

CONCLUSÃO

Nesta amostra, os hábitos de exposição e proteção solar mostraram-se inadequados. Diante disso, vê-se a necessidade de ampliar investimentos em diretrizes e estratégias que promovam fotoproteção e fotoeducação mais personalizada, atualizada e continuada para os médicos e outros profissionais da saúde.

ABSTRACT

BACKGROUND: The behavior of systematic photoprotection and early diagnosis are essential to reduce damage and injuries resulting from skin cancers. The objective of this work was to learn habits of exposure and sun protection of doctors in Curitiba- PR.

METHODS: An exploratory, descriptive study conducted with physicians in the period from September to December 2012, to assess habits of exposure and sun protection using self-administered structured questionnaire addressing sociodemographic and professional aspects, daily photoprotection, personal and family history of skin cancer. Descriptive statistical analysis.

RESULTS: The sample consisted of 150 physicians (87 women and 63 men), the mean age 32.7 years , whites (87%), coming from the south (79%), graduates from public institutions (53%) less than ten years ago (67%). The preferred time for sun exposure was before 10am and/ or after 4pm for 74% and, from 10 am to 4pm for 21% of doctors. The daily protection methods: shirt (83%), long socks or trousers (75%), sunglasses (67%), cap or hat (23%) and sunscreen (46%). Sunburn was detected in childhood and / or through adult life (81%); inadequate exposure to sunlight (61%); Artificial Tanning (7%); pre- treatment for malignancies (3%); skin cancer history (2%) and skin cancer in the family (38%).

CONCLUSION: In this group, we identified unprotected sun exposure and irregular daily photoprotection. There is need to enhance the preventive measures within this professional category once they are opinion formers among the community.

KEYWORDS: Skin neoplasms; Risk factors; Solar radiation; Sunscreening Agents; Health Personnel.

REFERÊNCIAS

- 1. Silva CALO, Oliveira KM, Carvalho CBO, Silveira MV, Vieira IHI, Casado L, et al. Prevalência de fatores associados ao câncer entre alunos de graduação nas áreas da saúde e ciências biológicas. Rev Bras Cancerol. 2010;56(2):243-9.
- Purim KSM, Leite N. Fotoproteção e exercício físico. Rev Bras Med Esporte. 2010 Maio-Jun;16(3):224-9.
- Silva AK, Santos FG, Haeffner LSB, Budel F, Farenzena GJ, Beber AAC. Câncer de pele: demanda de um serviço de dermatologia de um hospital terciário. Rev Saúde (Santa Maria). 2012 Jul-Dez;38(2):55-64.

- Nora AB, Panarotto D, Lovatto L, Boniatti MM. Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. An Bras Dermatol. 2004 Jan-Fev;79(1):45-51.
- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2012. Rio de Janeiro: INCA; 2012. [acesso em 6 Ago 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/ estimativa/2012/index.asp?ID=5
- Popim RC, Corrente JE, Marino JAG, Souza CA. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. Ciênc Saúde Coletiva. 2008 Jul-Ago;13(4):1331-6.
- Fabris MR, Durães ESM, Martignago BCF, Bllanco LFO, Fabris TR. Avaliação do conhecimento quanto à prevenção do câncer de pele e sua relação com os hábitos da exposição solar e fotoproteção em praticantes de academia de ginástica do sul de Santa Catarina, Brasil. An Bras Dermatol. 2012;87(1):36-43.
- Geller AC, Cantor M, Miller DR, Kenausis K, Rosseel K, Rutsch L, et al. The Environmental Protection Agency's National SunWise School Program: sun protection education in US schools (1999-2000). J Am Acad Dermatol. 2002 May;46(5):683-9.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. Rev Bras Cancerol. 2002;48(3):317-32.
- 10. Figueiredo LC, Cordeiro LN, Arruda AP, Carvalho MDF, Ribeiro EM, Coutinho HDM. Câncer de pele: estudo dos principais marcadores moleculares do melanoma cutâneo. Rev Bras Cancerol. 2003;49(3):179-83.
- 11. Purim KSM, Sandri CO, Pinto NT, Sousa RHS, Maluf EPC. Perfil de Casos de Melanoma em um Hospital Universitário, 2003 a 2007. Rev Bras Cancerol. 2013;59(2):193-9.
- 12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2012 [Internet]. Rio de Janeiro : INCA; 2012. [Acesso em 01 Jun 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5
- 13. Laughlin-Richard N. Sun exposure and skin cancer prevention in children and adolescents. J Sch Nurs. 2000 Apr;16(2):20-6.
- 14. Garbe C, Buettner PG. Predictors of the use of sunscreen in dermatological patients in Central Europe. Prev Med. 2000 Aug;(2 Pt 1):134-9.
- Rizzatti K, Schneider IJC, d'Orsi E. Perfil epidemiológico dos cidadãos de Florianópolis quanto à exposição solar. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(4):459-69.

- 16. Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, Gouveia VV. A saúde dos médicos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007. 220p.
- 17. Scheffer M. Demografia médica do Brasil volume 2 : cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina; 2013. 256 p.
- 18. Castilho IG, Souza MAA, Leite RMS. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. An Bras Dermatol. 2010;85(2):173-8.
- Herr GE, Kolankiewicz ACB, Berlezi EM, Gomes JS, Magnago TSBS, Rosanelli CP, Loro MM. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. Rev Bras Cancerol. 2013; 59(1):33-41.
- Lages RB, Barbosa PB, Almeida IP, Lopes LRS, Lopes Filho LL. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. Rev Bras Prom Saúde. 2012;25(2):221-7.
- 21. Costa FB, Weber MB. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da região metropolitana de Porto Alegre, RS. An Bras Dermatol. 2004;79(2):149-55.
- Szklo AS, Almeida LM, Figueiredo V, Lozana JA, Mendonça GAS, Moura L, Szklo M. Comportamento relativo à exposição e proteção solar na população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003. Cad Saúde Pública. 2007 Apr;23(4):823-34.
- 23. Lawler S, Sugiyama T, Owen N. Sun exposure concern, sun protection behaviors and physical activity among Australian adults. Cancer Causes Control. 2007 Nov;18(9):1009-14.
- 24. Hora C, Batista CVC, Guimarães PB, Siqueira R, Martins S. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em frequentadores de academia de ginástica, em Recife. An Bras Dermatol. 2003 Nov-Dez;78(6):693-701.
- 25. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. Rev Assoc Med Bras. 2010 Jan-Fev;56(1):81-91.
- Purim KSM, Titski ACK, Leite N. Hábitos solares, queimaduras e fotoproteção em atletas de meia maratona. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2013 Set;18(5):636-45.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Fotoproteção. 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: SBD, 2013. [Acesso em 10 Fev. 2014]. Disponível em: http://www.sbd.org.br/publicacoes/ consenso-brasileiro-de-fotoprotecao/.

Correspondência:

Kátia Sheylla Malta Purim Rua Jacob Bertinato, 90 Curitiba / PR - CEP 82530-320 e-mail: kspurim@gmail.com

Recebido em: 23/03/2014 Aprovado em 20/05/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma



Correlação dos achados clínicos, mamográficos e ultrassonográficos do carcinoma ductal invasivo isolado ou associado a outras neoplasias

Correlation of the clinical research, mammography and ultrasonography of the invasive ductal carcinoma isolated or associated to other neoplasias

Luciana de Oliveira Marques¹
Giovanna Beatriz Nunes do Nascimento²
Bárbara de Aguiar Wiederkehr³
Danilo José Munhóz da Silva³
Douglas Jun Kamei³
Fábio Marchini Raimundo dos Santos³
Larissa Maria Macedo³
Saruê Brizola Ocampos³
Tiele Assis Rikimaru³

RESUMO

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi correlacionar os achados clínicos, mamográficos e ultrassonográficos de Carcinoma Ductal Invasivo (CDI) isolado ou associado a outras neoplasias. *MÉTODOS:* Análise retrospectiva de 163 prontuários do período de maio/2004 a maio/2009 de uma clínica privada em Curitiba – PR. A amostra foi dividida em dois grupos: A (n=113) - CDI isolado, e B (n=50) - CDI com associações. O diagnóstico foi obtido através do laudo anatomopatológico de pacientes com BIRADS III, IV e V em ultrassonografia e/ou mamografia, submetidos a core biopsy, mamotomia ou PAAF. Os dados coletados foram: idade, etnia, idade da primeira gestação, uso de TRH, antecedente familiar e pessoal de carcinoma de mama e seu grau de parentesco, cirurgia mamária prévia, dados de exame físico, aspecto e localização da imagem e sua classificação segundo BI-RADS. Todos os dados foram submetidos à análise estatística, considerando-se significativo p<0,05.

Trabalho realizado na disciplina de experimentação em clínica e cirurgia do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

- 1. Professora Assistente da Disciplina de Experimentação em Clínica e Cirurgia do Curso de Medina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).
- 2. Médica e Membro do Colégio Brasileiro de Radiologia.
- 3. Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

RESULTADOS: A idade média da amostra foi de 53,4 anos, com predomínio da etnia branca (92,5%). A análise comparativa dos fatores estudados não apresentou diferença significante entre os dois grupos em relação aos dados da anamnese. Houve predomínio significante de lesões serem palpáveis no grupo A e não palpáveis no grupo B (p=0,021). Comparando-se aspectos de imagem, não obtivemos diferenças em relação à presença de nódulos, modificações arquiteturais, calcificações, quadrante da lesão e classificação BI-RADS.

CONCLUSÃO: O CDI isolado apresentou na maioria dos casos lesões palpáveis, e o CDI associado a outras neoplasias, lesões não palpáveis.

DESCRITORES: Neoplasias da mama; Carcinoma Ductal de Mama; Mamografia; Ultrassonografia.

Marques LO, Nascimento GBN, Wiederkehr BA, Silva DJM, Kamei DJ, Santos FMR, Macedo LM, Ocampos SB, Rikimaru TA. Correlação dos achados clínicos, mamográficos e ultrassonográficos do carcinoma ductal isolado ou associado a outras neoplasias. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.99-107, abr./jun.2014.

INTRODUÇÃO

O câncer mama é a principal neoplasia maligna que afeta a população feminina no Brasil. Devido à sua alta freqüência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a sexualidade e a auto-estima da paciente é, provavelmente, o câncer mais temido entre as mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tantos nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Estima-se que no ano de 2010, o total de casos novos de câncer mamário em mulheres foi de 49.240 no Brasil, sendo aproximadamente 19% na região Sul, com um risco estimado de 64 casos novos por 100 mil mulheres(1,3,4). Apesar de ser considerado um câncer de relativo bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estadiamentos avançados(1).

Ao que tudo indica, o câncer de mama é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivos e meio ambiente. Os principais fatores de risco são: sexo feminino, história pessoal e familiar de câncer de mama, fatores reprodutivos tais como menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, primeiro parto após os 30 anos e nunca ter amamentado. Também são considerados como fatores de risco, sobrepeso ou obesidade após a menopausa, doença benigna de mama (proliferativa), terapia de reposição hormonal da menopausa, tabagismo, consumo de álcool, dieta rica em gordura, sedentarismo e tratamento radioterápico prévio^(2,3,5).

Dentre os vários tumores malignos epiteliais da mama temos os não invasivos, como o carcinoma ductal *in situ* (CDIS) e o lobular *in situ* e os invasivos, como o carcinoma ductal invasivo, lobular invasivo, mucinoso, medular, papilífero, tubular, doença de Paget etc. E dentre os tumores mistos epiteliais mesênquimais, temos o tumor filoide maligno e o carcinossarcoma⁽⁶⁾.

Atualmente, através de mamografia, ultrassonografia e biópsias é possível detectar cânceres não palpáveis, com diâmetros de apenas milímetros e identificar lesões em mulheres assintomáticas. Com os programas de rastreamento, houve um aumento significativo do diagnóstico do carcinoma ductal *in situ* (CDIS) nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, mesmo sem um programa de rastreamento bem estabelecido, também observamos a mesma tendência⁽⁷⁾.

O carcinoma invasivo de mama é definido como um grupo de tumores epiteliais malignos caracterizados por invadir o tecido adjacente e ter marcada tendência à metástase a distância. A grande maioria destes tumores é derivada das células da unidade ducto terminal do lóbulo mamário, que são as células cuboidais luminais secretoras e as células mioepiteliais e/ou basais e podem ser chamados de carcinoma ductal infiltrante. As opções terapêuticas e o seguimento desse tipo de tumor são elaborados a partir da análise do seu estadiamento⁽⁸⁾.

A mamografia de rastreamento tem sido considerada o exame mais sensível para a detecção precoce do câncer de mama não palpável. O estudo histopatológico de biópsias mamárias de pacientes portadoras de mamografias contendo microcalcificações suspeitas revelou câncer de mama em até 30% dos casos, sendo que o agrupamento de microcalcificações heterogêneas e pleomórficas, encontradas no estudo mamográfico, foi representativo de câncer in situ em até 90% dos casos. Hoje, as microcalcificações mamárias correspondem a cerca de metade das indicações das biópsias de mama e o estudo anatomopatológico da biópsia mamária excisional guiada por fio metálico ou outro método de marcação pré-cúrugica, é considerado uma opção na avaliação dos achados anormais contendo microcalcificações mamárias⁽⁹⁾.

Muitas microcalcificações mamárias

suspeitas detectadas e biopsiadas revelam ser benignas, observando-se sobreposição de aspectos mamográficos de doenças benignas e malignas, razão pela qual a análise cuidadosa das microcalcificações deveria ser realizada na tentativa de melhorar a especificidade do exame. Muitas classificações radiológicas têm sido empregadas na tentativa de diferenciar microcalcificações associadas a lesões benignas e malignas⁽⁹⁾. O Colégio de Radiologia dos Estados Unidos da América elaborou, em 1992, um conjunto de recomendações para a padronização de laudos de mamografia que ficou conhecido pela sigla BI-RADS® (Breast Imaging Reporting And Data System). Essa padronização se encontra em sua quarta edição que foi realizada no ano de 2003(10).

Na tentativa de correlacionar os aspectos clínicos e radiológicos de pacientes com carcinomas ductal invasivo isolado ou este associado a outros tipos de neoplasias malignas mamárias concomitantes, que poderiam piorar o prognóstico destas pacientes, elaborou-se este estudo.

O presente estudo tem como objetivo correlacionar os achados clínicos, mamográficos e ultrassonográficos de Carcinoma Ductal Invasivo (CDI) isolado ou associado a outras neoplasias.

MÉTODOS

Realizou-se análise retrospectiva de prontuários médicos, abrangendo o período de maio de 2004 a maio de 2009, todos de uma clínica privada em Curitiba (Paraná).

Os critérios de seleção da amostra foram:

- Ultrassonografia e/ou mamografia com BI-RADS® categorias 3, 4 ou 5 como indicação de biópsia mamária.
 - Realização prévia de mamografia e/ou

ultrassonografia.

• Diagnóstico de carcinoma ductal invasivo, com ou sem outra neoplasia concomitante, em estudo histológico de material proveniente de *Core Biopsy*, mamotomia ou punção aspirativa com agulha fina (PAAF).

Adotou-se BI-RADS® categoria 3, como resultado provavelmente benigno, com risco de câncer de até 2%, a categoria 4, como resultado suspeito, com risco de câncer de 2 a 95%, sendo esse, dividido em 4A(suspeita leve), 4B (suspeita moderada) e 4C (suspeita forte), porém não sendo a lesão típica de câncer, e a categoria 5, como resultado provavelmente maligno, com risco de câncer maior que 95%.

Os dados coletados dos prontuários foram: idade da paciente, etnia, idade da primeira gestação, uso de terapia de reposição hormonal da menopausa (TRH), antecedente pessoal e familiar de câncer de mama, e nesse, o grau de parentesco, cirurgia mamária prévia, e dados de exame físico, como: aspecto da pele mamária, descarga papilar, retração mamilar e linfonodomegalia. Analisou-se ainda, o aspecto e localização da imagem radiológica e sua categoria segundo o BI-RADS®.

A amostra foi dividida em 2 grupos, sendo grupo A as pacientes com diagnostico histológico de carcinoma ductal invasivo isolado, e grupo B, aquelas com carcinoma ductal invasivo associado a outra neoplasia maligna.

Os resultados foram analisados estatisticamente, indicando significância se p< 0,05. Os resultados obtidos no estudo foram expressos em médias e desvios-padrão para as variáveis quantitativas, e em freqüências e percentuais para as variáveis qualitativas. Para a comparação dos níveis das variáveis em relação á probabilidade de diagnóstico, foi usado o teste exato de Fisher. Em relação à idade, a comparação entre os dois grupos, foi através do teste t de Student para amostras independentes. Na análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão Logística, usando-se o teste de Wald para a tomada de decisão, sobre cada uma das variáveis. Os dados foram analisados com o programa computacional Statistica v.8.0.

RESULTADOS

No período estudado obteve-se uma amostra de 163 pacientes, sendo 113 do grupo A e 50 do grupo B. A idade das pacientes variou entre 29 a 94 anos, com média de 53,7 e 52,7 anos, nos grupos A e B, respectivamente, sem diferença estatística entre ambos (p=0,671). Houve predomínio da etnia branca em 92,5% da amostra, com apenas 3,8% da amarela e 3,8% da negra, não mostrando diferenças entre os grupos (p=0,753).

A análise comparativa entre os grupos, dos

Tabela 1. Frequência de cada variável da anamnese nos grupos A e B, e a respectiva significância da comparação entre estes grupos.

VARIÁVEL ANALISADA	GRUPO A	GRUPO B	VALOR DE p
Idade da primeira gestação menor que 24 anos	36,45%	48,78%	0,179
Uso de TRH atual	10,80%	7,15%	0,587
Cirurgia mamária prévia	16,67%	21,43%	0,530
Antecedente Familiar de Carcinoma de mama positivo	30,83%	21,43%	0,135
Antecedente Pessoal de Carcinoma de mama positivo	13,33%	17,85%	0,495

Tabela 2. Frequência de cada variável do exame físico analisada em cada grupo, e a respectiva significância da comparação entre eles.

VARIÁVEL ANALISADA	GRUPO A	GRUPO B	VALOR DE p
Aspecto da pele mamária anormal	33,33%	23,63%	0,662
Descarga papilar presente	3,57%	5,55%	0,683
Retração do mamilo presente	7,50%	8,93%	0,769
Linfonodomegalia	8,33%	3,57%	0,343

fatores da anamnese, como idade da primeira gestação, cirurgia mamária prévia, antecedente mórbido familiar e pessoal de carcinoma de mama, não mostrou diferenças entre os grupos do estudo (**Tabela 1**).

Em relação ao uso de TRH, apenas 10,8% das pacientes do grupo A e 7,15% do grupo B faziam uso, mas sem relevância estatística entre ambos (p=0,587) (**Tabela 1**).

Quanto às variáveis do exame físico analisadas, como aspecto da pele mamária, descarga papilar, retração mamilar e linfonodomegalia, não se observaram diferenças entres os grupos A e B (**Tabela 2**).

Os aspectos mamográficos das lesões mamárias, como espessamento cutâneo, comprometimento linfonodal, nódulo calcificado, modificação arquitetural do parênquima mamário e microcalcificações, não demonstrou diferenças entre os grupos (p=0,1000, p=0,318, p=1,000 e p=1,000, respectivamente).

Na análise univariada da lesão mamária, observou-se que a lesão era palpável na maioria das pacientes do grupo A e não palpável nas do grupo B, com diferença estatisticamente significante (p=0,021, com valor da *odds ratio* (OR) 2,60 e intervalo de 95% de confiança de 1,15-5,90).

Sobre a localização dos tumores, observouse diferença tendendo à significância, havendo predomínio de lesões na mama direita no grupo A e na mama esquerda no grupo B (p=0,051), sendo que, em ambas houve maior frequência no quandrante supero-lateral da mama.

Analisando-se a categoria do tumor segundo o BI-RADS®, não se encontrou diferenças entre os grupos (p=0,223), havendo igual distribuição nas categorias III, IV e V.

Dentre os tumores mamários mais frequentemente associados ao carcinoma ductal invasivo (grupo B), encontrou-se o lobular, cribiforme, papilífero, comedocarcionoma e adenocarcinoma.

DISCUSSÃO

O modelo de Gail é um modelo matemático elaborado por regressão logística através dos dados de um estudo caso-controle com mulheres norte-americanas participantes do projeto Breast Cancer Detection Demonstration Project -BCDDP. O programa calcula o risco absoluto e relativo para o desenvolvimento de câncer de mama, nos cinco anos seguintes à avaliação, e cumulativos para toda a vida, baseados nas taxas norte-americanas de incidência de câncer de mama e de expectativa de vida, considerando as seguintes variáveis: idade, etnia, idade da menarca, número de parentes de primeiro grau com câncer de mama, idade da primeira gestação a termo e número de biópsias mamárias prévias, incluindo o achado de hiperplasia atípica(14).

Sabe-se que a menarca das mulheres brasileiras tende a ser mais precoce do que a das mulheres dos EUA, devido a fatores genéticos e ambientais, bem como é menor a expectativa

de vida das brasileiras e a incidência de câncer de mama no nosso país, cerca de quatro casos novos/100.000 mulheres-ano, contra 11 casos novos/100.000 mulheres-ano nos EUA. Desta forma, a utilização do modelo de Gail não é a ferramenta mais indicada para estimar o risco de desenvolvimento do câncer de mama no Brasil, porém é ainda muito empregado^(5,14). As principais variáveis incluídas nesse modelo são idades na época da avaliação, da menarca e da primeira gestação, antecedente de biópsia prévia de mama e câncer de mama em parentes de primeiro grau.

Dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, o mais importante é a idade. De acordo com o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, a idade acima de 50 anos configura um fator de risco para desenvolvimento do câncer de mama. O presente estudo apresentou média de idade de 53,4 anos, concordante com os dados da literatura. Barreto et al. (2006)(13), em um estudo que incluiu apenas mulheres de até 40 anos, encontrou uma distribuição etária de câncer de mama entre 26 a 30 anos de 11,1% e entre 36 a 40 anos de 63,0%. Já no trabalho de Milani et al. (2007)(18), no qual foram analisados 139.945 mamografias observamos que em mulheres acima da quarta década de vida, há maior prevalência de BIRADS 4 e 5.

Guerra et al. (2009)⁽¹⁶⁾, em análise da sobrevida e de fatores prognósticos de mulheres com câncer de mama, encontrou em sua casuística que 72,1% das pacientes estudadas eram de etnia branca. Já Schneider et al. (2009)⁽¹⁷⁾, verificou em sua pesquisa, uma porcentagem de 94,1% para esse mesmo critério. No presente estudo, a porcentagem encontrada para mulheres de etnia branca foi de 92,5% da amostra, semelhante ao observado por Schneider et al (2009)⁽¹⁷⁾.

Em relação a idade da primeira gestação, mulheres que engravidaram após os 30 anos de idade apresentam duas vezes mais risco se comparadas com aquelas que engravidaram antes dos 20 anos de idade. Aparentemente, esse risco está relacionado com a suscetibilidade do parênquima mamário aos carcinógenos. Em estudo publicado por Pinho et al. (2007)⁽¹⁵⁾, ao analisar as variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde, verificou em sua casuística, que aproximadamente 50% das entrevistadas tiveram o primeiro filho antes dos 20 anos de idade. Nos prontuários analisados, a idade da primeira gestação foi dividida em acima e abaixo de 24 anos, observando-se que 59,9% das mulheres que utilizaram o serviço tiveram seu primeiro filho antes dos 24 anos, verificando, portanto, valor semelhante ao encontrado na literatura.

Uma meta-análise de estudos observacionais, feita em 1997, resumiu 90% da literatura, contendo 53.705 mulheres com câncer de mama, comparadas com 108.411 controles, onde se observou que o uso de tratamento hormonal (TH) da menopausa confere risco relativo de 1,023.11 O uso por até cinco anos não altera o risco de forma significativa(11). Em números absolutos, entre 50 e 70 anos de idade, ocorrerão 45 novos casos de câncer de mama para cada 1000 mulheres não usuárias de TH, sendo que o uso de TH por cinco anos acrescentaria dois novos casos, o uso por 10 anos acrescentaria 6 novos casos e o uso por 15 anos, mais 12 novos casos(11). O aumento na incidência foi devido à maior frequência de doença localizada, sendo que a TH talvez estimule o crescimento de tumores já existentes(11). Mesmo mostrando aumento da incidência, este e outros estudos não mostraram aumento da mortalidade pela doença. No nosso estudo apenas 9,65% das pacientes

faziam uso de terapia de reposição hormonal da menopausa.

Segundo o Projeto Diretrizes (2002)14, a presença de câncer de mama em parente de 1º grau possui risco relativo de 1,4 a 13,6. Barreto et al. (2006)⁽¹³⁾ não encontrou significância na sua casuística, obtendo 92,6% de pacientes com história familiar negativa. No presente estudo, obtivemos 65% e 34% de história de antecedente familiar negativo nos grupos A e B, respectivamente, não se observando diferença estatística entre os dois grupos.

O Projeto Diretrizes (2002)⁽¹⁴⁾ aponta a presença de lesões nas categorias ultrassonográficas e/ou mamográficas, sendo BI-RADS V em 84%, BI-RADS IV em 11,7% e BI-RADS III em 4,3%. Neste trabalho, as biópsias pesquisadas foram classificadas como BI-RADS V em 69%, BI-RADS IV em 30,4% e BI-RADS 3 em 0,6%.

Em um estudo de Brito et al. (2007)⁽¹²⁾, que avaliou 44 mulheres com carcinoma ductal invasivo submetidas à quimioterapia neoadjuvante, 93,2% delas apresentaram gânglios clinicamente acometidos, provavelmente por possuírem doença avançada no momento do diagnóstico, pois eram candidatas à quimioterapia primária. No presente estudo, apenas uma pessoa apresentou linfonodo acometido visualizado por exames de imagem, o que demonstra mais precoce diagnóstico.

Verificando-se a distribuição das mulheres com câncer de mama de acordo com o tipo histológico, Barreto et al. (2006)⁽¹³⁾ observou que 85,2% das mulheres avaliadas apresentavam carcinoma ductal invasivo isolado. No presente estudo, a porcentagem encontrada foi de 68,2%. Com relação à presença de associações, Barreto et al. (2006)⁽¹³⁾ encontrou carcinoma ductal invasivo associado a carcinoma intraductal em 7,4% e associado a carcinoma lobular em

3,7%. No presente estudo, foram encontrados para carcinoma ductal invasivo associado a carcinoma intraductal em 42,9% dos pacientes e associado a carcinoma lobular em 30,4%. A diferença entre os resultados dos dois estudos poderia ser explicada pelo fato de Barreto et al. (2006)⁽¹³⁾ ter utilizado como critério de inclusão na amostra, todos os tipos de câncer mamário. Já o trabalho em questão, usou como critério de inclusão apenas o carcinoma ductal invasivo isolado ou associado a outras neoplasias, o que justifica a maior porcentagem encontrada para as associações.

Barreto et al. (2006)⁽¹³⁾ encontrou em 3,7% das pacientes com câncer mamário a presença de descarga papilar. Quanto aos achados de mamografia, identificou-se nódulo em 55,6% de sua amostra, nódulo calcificado em 18,5%, modificação arquitetural em 7,4% e modificação arquitetural associada à calcificação em 11,1%. O presente estudo encontrou resultados semelhantes, com 4,2% de descarga papilar, nódulo em 62,5%, nódulo calcificado em 5,7%, e modificação arquitetural com calcificação em 6,8%.

Em relação aos achados de predominância do carcinoma ductal invasor isolado pela mama direita e sendo na maioria lesões palpáveis, e do carcinoma ductal invasor associado a outras neoplasias concomitantes, pela mama esquerda e sendo lesões não-palpáveis, não se encontrou dados relevantes na literatura a este respeito, sugerindo-se novos estudos para melhorar a investigação e prognóstico destas pacientes.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o carcinoma ductal invasivo isolado apresentou na maioria dos casos lesões palpáveis, e o carcinoma ductal invasivo associado a outras neoplasias, lesões não palpáveis.

ABSTRACT

BACKGROUND: The aim of this study was to correlate the clinical, mammographic and sonographic findings of Invasive Ductal Carcinoma (IDC alone or combined with other neoplasms.

METHODS: Retrospective analysis of 163 records of the period May/2004 to May/2009 in a private clinic in Curitiba - PR. The sample was divided into two groups: A (n = 113) - CDI isolated, and B (n = 50) - CDI with associations . The diagnosis was obtained by the pathology report of patients with BIRADS III, IV and V in ultrasound and / or mammography, underwent biopsy, mammotomy FNA or core. Data collected included age, ethnicity, age at first pregnancy, HRT use, family and personal history of breast carcinoma and their degree of kinship, previous breast surgery, physical examination data, appearance and location of the image and its classification according to BI - RADS. All data were subjected to statistical analysis, considering significant p < 0.05.

RESULTS: The mean age of the sample was 53.4 years, with a predominance of white ethnicity (92.5%). The comparative analysis of the factors studied showed no significant difference between the two groups regarding the data of the anamneses. There was a significant predominance of palpable lesions in group A and not palpable in group B (p = 0.021). Comparing imaging findings, there were no differences in the presence of nodules, architectural changes, calcifications, quadrant of the lesion and BI-RADS classification.

CONCLUSION: CDI isolate showed palpable lesions in most cases and CDI associated with other neoplasms, non-palpable lesions.

KEYWORDS: Breast Neoplasms; Carcinoma, Ductal, Breast; Mammography; Ultrasonography.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Câncer de mama 1996-2009 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009. [Acesso em abril de 2009]. Disponível em: http://www.inca.gov.br
- Porter PL. Global trends in breast cancer incidence and mortality. Salud Pública Mex. 2009;51 Suppl 2:s141-6.
- Simões JC, Gama RR, Winheski MR Câncer estadiamento e tratamento. São Paulo: Lemar; 2008. p.45-8.
- Sclowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2005 Jun;39(3):340-9.
- Barros ACSD, Barbosa EM, Gebrim LH. Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama. Projeto diretrizes. Brasília: CFM; 2001. p.15.
- Bergmann A. Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro [Dissertação – Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. p.14-142.
- Salles MA, Matias MARF, Perez AA, Gobbi H. Carcinoma ductal in situ de mama: critérios para diagnóstico

- e abordagem em hospitais públicos de Belo Horizonte. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(12):721-7.
- Vieira DSC, Dufloth RM, Schimitt FCL, Zeferino LC. Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(1):42-7.
- Resende LMP, Matias MARF, Oliveira GMB, Salles MA, Melo FHC, Gobbi H. Avaliação de microcalcificações mamárias de acordo com as classificações do Breast Imaging Reporting And Data System (BI-RADS™) e de Le Gal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008;30(2):75-9.
- 10. Quadros LGA. Classificação Bi-Rads para laudos de mamografia. Rev Bras Mastol. 2003;13(4):147.
- 11. Breast cancer and hormone replacemente therapy: collaborative reanalysis of data 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Lancet. 1997 Oct 11;350(9084):1047-59.
- 12. Brito NMB, Sampaio PCM, Castro AAH, Oliveira MR. Características clínicas de mulher com carcinoma mamário ductal invasivo submetidas à quimioterapia neoadjuvante. Rev Para Med. 2007;21(4):37-41.

- 13. Barreto MF, Petrelli ASC, Djahjah MCR, Koch HA. Câncer de mama em mulheres até 40 anos: aspectos radiológicos, clínicos e anatomopatológicos. Rev Imagem. 2006;28(1):1-6.
- 14. Kemp C, Petti DA, Quadros LGO, Sabbaga J, Gebrim LH, Assunção MC, Ricci MD. Câncer de Mama – Prevenção Primária. Sociedade Brasileira de Mastologia e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. Brasília: CFM; 2002. p.1-15.
- Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cad Saúde Pública. 2007 Maio;23(5):1061-9.
- 16. Guerra MR, Mendonça GAS, Bustamante-Teixeira MT, Cintra JRD, Carvalho LM, Magalhães LMPV. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009 Nov;25(11):2455-66.
- Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009 Jun;25(6):1285-96.
- 18. Milani V, Goldman SM, Finguerman F, Pinotti M, Ribeiro CS, Abdalla N, Szejnfeld J. Presumed prevalence analysis on suspected and highly suspected breast cancer lesions in São Paulo using BIRADS criteria. São Paulo Med J. 2007 Jul 5;125(4):210-4.

Recebido em: 20/02/2014 Aprovado em: 23/04/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Douglas Jun Kamei Rua Padre Anchieta, 2770, Bigorrilho Curitiba/ PR CEP 80730-000 e-mail: douglasjkamei@hotmail.com





Comparação terapêutica entre radioterapia e cirurgia para câncer de laringe localmente avançado: experiência do Hospital Erasto Gaertner

Therapeutic comparison between radiation and surgery for locally advanced larynx cancer: experience of Hospital Erastus Gaertner

Rejane Carolina Oliveira Franco¹
Paulo Marcelo Rodrigues²
Tatiane Elen de Souza³
Patrícia Mineiro de Oliveira⁴

RESUMO

OBJETIVO: O câncer de laringe é o tumor mais prevalente na região de cabeça e pescoço. Com o objetivo de avaliar a sobrevida global em cinco anos e a taxa de recidiva dos pacientes portadores de carcinoma de laringe nos estadios III e IV.

MÉTODOS: Este trabalho retrospectivo avaliou pacientes atendidos no Hospital Erasto Gaertner (HEG) entre os anos de 1997 e 2009, submetidos a radioterapia e/ou cirurgia para tratamento de tumores de laringe.

RESULTADOS: Dos 128 pacientes analisados, a sobrevida em cinco anos foi maior nos pacientes tratados com cirurgia exclusiva em comparação a radioterapia, 55% e 26% respectivamente. Mesmo os doentes tratados de forma associada obtiveram uma taxa menor de sobrevida em cinco anos (41%) do que os tratados apenas com cirurgia.

CONCLUSÃO: Na população estudada, o tratamento cirúrgico para câncer de laringe em estadio avançado foi superior ao tratamento radioterápico e mesmo à associação das duas técnicas

Trabalho realizado no Hospital Erasto Gaertner. Curitiba - Paraná.

- 1. Médica residente em Radioterapia no Hospital Erasto Gaertner, de Curitiba, Paraná, Brasil.
- 2. Médico Radio-oncologista do Centro de Pesquisas Oncológicas
- 3. Acadêmica em Medicina pela Universidade Federal do Paraná
- 4. Médica residente em Radioterapia no Hospital Erasto Gaertner

quando avaliados sobrevida em cinco anos e recidiva local. A Radioterapia continua sendo uma excelente opção de tratamento para câncer de laringe, principalmente pela preservação da fonação. *DESCRITORES: Neoplasias Laríngeas; Radioterapia; Cirurgia*.

Franco RCO, Rodrigues PM, Souza TE, Oliveira PM. Comparação terapêutica entre radioterapia e cirurgia para câncer de laringe localmente avançado: experiência do Hospital Erasto Gaertner. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.108-112, abr./jun.2014.

INTRODUÇÃO

O câncer de laringe é a neoplasia mais comum na região de cabeça e pescoço⁽¹⁾. Para 2014, no Brasil, estima-se 6870 novos casos de câncer de laringe em homens e 770 em mulheres⁽²⁾. Por estarem fortemente relacionados ao hábito do alcoolismo e do tabagismo esses tumores apresentam uma prevalência preocupante chegando a aproximadamente 11.000 novos casos por ano nos Estado Unidos^(3,4).

Apesar de representar a doença maligna mais comum de cabeça e pescoço, os tumores de laringe possuem alto potencial de cura⁽⁵⁾. Por outro lado sabe-se que a taxa de sobrevida em cinco anos (que atualmente gira em torno de 65%) tem-se mantido estanque há três décadas.

A radioterapia tem sido considerada o tratamento padrão para o tratamento dos tumores iniciais, pois apresenta altas taxas de cura, preservação da voz, baixa mortalidade e boas taxas de controle de doença⁽³⁾.

O tratamento cirúrgico também tem demonstrado bom controle local e taxas de sobrevida semelhantes à radioterapia. Entretanto, alguns autores argumentam que a radioterapia possui a vantagem de maior preservação da voz^(1,6).

Este trabalho retrospectivo tem como objetivo avaliar a sobrevida global em cinco anos e a taxa de recidiva dos pacientes portadores de carcinoma de laringe nos estádios III e IV atendidos no Hospital Erasto Gaertner (HEG) entre os anos de 1997 e 2009, submetidos a radioterapia e/ou cirurgia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal observacional retrospectivo, não sendo, portanto, realizada nenhuma intervenção.

Foram analisados os prontuários de pacientes portadores de carcinoma espinocelular (CEC) de Laringe, nos estádios III e IV, que foram atendidos no HEG no período de 1997 a 2009.

Os dados pesquisados foram: sexo do paciente, local do tumor (supraglótico, glótico ou infraglótico), estádio clínico/patológico, presença de fatores de risco, tipo de tratamento realizado e desfecho final avaliando a sobrevida global e presença ou não de recidiva linfonodal regional.

Após alocação dos pacientes em tabelas no Excel os dados obtidos foram avaliados estatisticamente.

Os resultados obtidos no estudo foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas. O método de Kaplan-Meier e o teste de Log-rank foram considerados para a comparação de grupos em relação ao tempo de sobrevida. Na análise multivariada para identificação de fatores

associados ao desfecho de óbito foi ajustado um modelo de Regressão de Cox incluindo as variáveis que apresentaram valor de p <0,05 na análise univariada. Após o ajuste foram estimados os valores de *hazard ratio* (HR) e intervalos de confiança de 95%. Valores de p<0,05 indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional *Statistica v.8.0*.

RESULTADOS

Foram avaliados 128 pacientes, sendo 87% do sexo masculino. Os fatores de risco mais prevalentes no estudo foram o tabagismo (92,2%), o etilismo (60,2%) e o uso de chimarrão (33,6%). Pacientes etilistas tiveram tempo de sobrevida significativamente menor do que pacientes não etilistas (p=0,013). Não houve diferença estatística para outros fatores de risco.

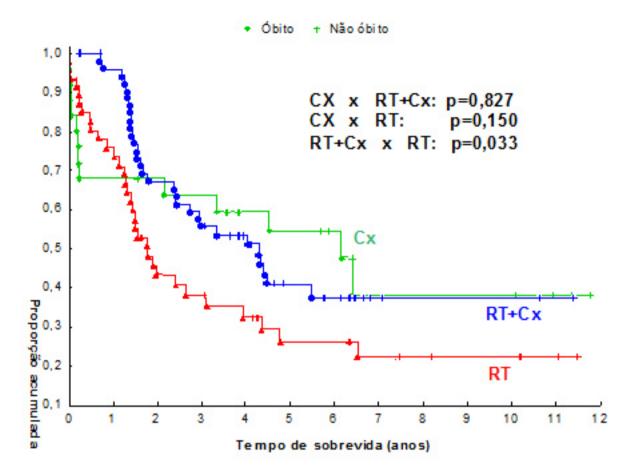
Dos 80 (62,5%) pacientes com estadiamento III, 8% foram tratados com cirurgia isolada, 46% apenas com radioterapia e outros 46% pacientes de forma combinada. Os 48 pacientes com estadiamento IV foram tratados cirurgicamente em 26% das vezes enquanto o radioterápico representou 31% do total.

Aproximadamente vinte por cento de todos os pacientes foram tratados apenas com cirurgia, dos quais 12% apresentaram recidiva da doença e uma sobrevida geral de 4,3 anos em média. 37% dos pacientes foram tratados apenas com radioterapia e com uma taxa de recidiva local em torno de 15% e uma sobrevida geral de 2,8 anos. Quando as duas formas de tratamento foram associadas (44% dos casos) observou-se 14% de recidiva local, com uma sobrevida de 3,5 anos.

A sobrevida em cinco anos foi maior nos pacientes tratados com cirurgia exclusiva em comparação a radioterapia, 55% e 26% respectivamente. Mesmo os doentes tratados de forma associada obtiveram uma taxa menor de sobrevida em cinco anos (41%) do que os tratados apenas com cirurgia

Os tratamentos cirurgia (Cx), Radioterapia + Cirurgia (RT+Cx) e Radioterapia (RT) foram comparados dois a dois. Testou-se a hipótese nula de que a probabilidade de recidiva linfonodal é igual para os dois tratamentos sob comparação, versus a hipótese alternativa de probabilidades diferentes. Nas tabelas abaixo são apresentados os resultados obtidos.

Recidiva	Tratamento		
linfonodal	CX	RT+CX	RT
Não	25	37	39
	100,00%	66,07%	82,98%
Sim	0	19	8
	0,00%	33,93%	17,02%
Total	25	56	47
Tratamentos comparados		Valor de p	
Cx X RT+CX		<0,001	
Cx X RT		0,044	
RT+Cx X RT		0,072	



Na análise de curva de sobrevida os grupos comparados só apresentaram diferença estatística quando comparado tratamento cirúrgico e radioterápico combinados versus radioterapia exclusiva.

CONCLUSÃO

Neste trabalho foram avaliados duas diferentes formas de tratamento e seus resultados em longo prazo nos pacientes com câncer de laringe avançados. Não foi analisada a influência quimioterápica no tratamento dessa população de pacientes.

A taxa de controle local nos pacientes com câncer de laringe tratados com radioterapia exclusiva, nesta população, foi de 85% aproximadamente, enquanto o tratamento cirúrgico alcançou uma taxa de 88% de controle local, o que está de acordo com as taxas publicadas na literatura.

A sobrevida global do paciente foi 35% maior nos pacientes tratados com cirurgia em relação aos pacientes tratados com radioterapia e 20% maior quando comparado à associação das técnicas. O que também vai de acordo com a revisão da literatura.

Na população estudada, o tratamento cirúrgico para câncer de laringe em estádio avançado foi superior ao tratamento radioterápico e mesmo à associação das duas técnicas quando avaliados sobrevida em cinco anos e recidiva local. A Radioterapia continua sendo uma excelente opção de tratamento para câncer de laringe, principalmente pela preservação da fonação.

ABSTRACT

BACKGROUND: Laryngeal cancer is the most prevalent tumor in the head and neck area. In order to evaluate the overall survival in five years time and the recurrence rate of patients with laryngeal carcinoma in stages III and IV.

METHODS: This retrospective study evaluated patients treated at the Hospital Erastus Gaertner, between the years 1997 and 2009, submitted to radiotherapy and / or surgery for treatment of laryngeal tumors.

RESULTS: Of the 128 evaluated patients, the five year survival rate was higher in patients treated with surgery alone versus radiotherapy, 55 % and 26 % respectively. Even patients treated in an associated way have reported a lower rate of survival in the five year treatment (41 %) than those treated with surgery alone.

CONCLUSION: In this population, surgical treatment for laryngeal cancer in advanced stage was superior to radiotherapy and even a combination of both techniques when evaluated five-year survival and local recurrence. Radiotherapy remains an excellent treatment option for laryngeal cancer, especially for the preservation of phonation.

KEYWORDS: Laryngeal Neoplasms; Radiotherapy; General Surgery.

REFERÊNCIAS

- Hansen EK, Roach M. Handbook of evidence-based Radiation Oncology. 2^a ed. New York, NY: Springer; 2010.
- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Tipos de câncer laringe [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013. [Acesso em 06 de maio 2014]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/laringe
- Hafidh M, Tibbo J, Trites J, Corsten G, Hart RD, Nasser J, et al. Radiotherapy for T1 and T2 Laryngeal Cancer: the Dalhousie University experience. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2009 Aug;38(4):434-9.
- 4. Cosetti M, YU GP, Schantz SP. five-year survival rates and time trends of laryngeal cancer in the US population. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008 Apr;134(4):370-9.
- 5. Ray G, Henson DE, Schwartz AM. Cigarette smoking as a cause of cancers other than lung cancer:

- an exploratory study using the surveillance, epidemiology, and End Results Program. Chest. 2010 Sep;138(3):491-9.
- Mendenhall WM, Hinemmann RW. Larynx in: Perez CA, Brady LW, Halperin EC. Principles and Practice of Radiation Oncology. 5nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins; 2008. p. 975-995.
- Manfro G, Dias FL, Soares JRN, Lima RA, Rei T. Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermóide de laringe. Rev Bras Cancerol. 2006;52(1):17-24.
- 8. Treatment of locoregionally advanced (stage III and IV) head and neck cancer: The larynx and hypopharynx [Internet]. Review Mayo 2014 [Acesso em 03 de abr de 2014]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-locoregionally-advanced-stage-iii-and-iv-head-and-neck-cancer-the-larynx-and-hypopharynx

Recebido em: 16/05/2014 Aprovado em: 20/06/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Rejane Carolina Oliveira Franco Rua Ângelo Sampaio, 469, Água Verde, Curitiba, Paraná, 80250-120

e-mail: rfranco@amil.com.br



Perfil epidemiológico das meningites meningocócicas nos útimos 11 anos em Curitiba-PR

Epidemiological profile of meningococcal meningitidis in the last 11 years in Curitiba-PR

Patricia Carla Zanelatto Gonçalves¹
Anna Luiza Driessen²
Bernardo Rosário²
Bruna Ramirez Horta²
Felipe Patorello Suttile²
Fernanda Cristina Wroblevski²

RESUMO

OBJETIVO: As meningites bacterianas são responsáveis por elevada morbidade e mortalidade. No Brasil, observa-se um predomínio do meningococo como agente etiológico das meningites bacterianas em geral. No ano de 2010 a vacina conjugada meningocócica C foi incluída no calendário vacinal da criança na rede pública de saúde. O objetivo do estudo é traçar o perfil epidemiológico das meningites meningocócicas (MM) (tipos B e C) nos últimos 11 anos na cidade de Curitiba-PR, bem como avaliar o possível impacto da implantação da vacina conjugada meningocócica C no calendário vacinal sobre o nÚmero de casos de meningite C na cidade de Curitiba. MÉTODOS: Estudo observacional epidemiológico descritivo em série histórica. Foram inclusos no estudo todos os casos confirmados de meningite meningocócica na cidade de Curitiba-PR registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2012. As variáveis analisadas foram: sexo, idade em anos completos, vacinação, sinais e sintomas, punção lombar, aspecto do líquor, sorogrupo, critério de confirmação, e evolução do caso.

RESULTADOS: Entre 2001 e 2012 foram notificados 134 casos de MM em Curitiba-PR. Aproximadamente 44% dos casos ocorreram em crianças menores de 5 anos de idade. Dos casos em que o sorogrupo foi identificado, 61% pertenciam ao sorogrupo B. Apenas 5 pacientes evoluíram para óbito.

Trabalho realizado no curso de medicina do Centro Universitário Positivo (UP), Curitiba, Paraná, Brasil.

- 1. Professora Adjunta das Disciplinas de Saúde da Família III e Saúde da Família IV do Curso de Medicina do Centro Universitário Positivo.
- 2. Acadêmicos de Medicina da Universidade Positivo.

CONCLUSÃO: Curitiba apresenta uma incidência elevada de casos de meningite meningocócica. O perfil mais prevalente foram crianças menores de cinco anos e do sexo masculino, e os principais sintomas apresentados foram vômito, febre e rigidez de nuca. Entretanto, não foi possível verificar o impacto vacinal pela alta taxa de ignorados nesse campo. Além disso, são necessários mais estudos para avaliação do impacto da vacinação, uma vez que sua implantação ainda é muito recente para avaliar esse dado.

DESCRITORES: Meningites bacterianas; Meningite meningocócica; Vacinas meningocócicas; Vacinas conjugadas.

Gonçalves PCZ, Driessen AL, Rosário B, Horta BR, Suttile FP, Wroblevski FC. Perfil epidemiológico das meningites meningocócicas nos útimos 11 anos em Curitiba-PR. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.113-121, abr./jun.2014.

INTRODUÇÃO

As meningites, de uma maneira geral, são infecções que acometem o sistema nervoso central (SNC), mais especificamente o espaço subaracnoideo e as membranas leptomeníngeas (aracnoide e pia-máter)⁽¹⁾, levando a manifestações neurológicas e a alterações sistêmicas.

A meningite está relacionada a uma série de complicações tanto imediatas quanto tardias, que podem culminar com danos irreversíveis ao SNC ou, até mesmo, levar a óbito⁽²⁾. Essa doença pode apresentar etiologias infecciosas (viral, bacteriana, fúngica) ou não infecciosas (traumática, por exemplo). As meningites virais e bacterianas são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela sua magnitude e capacidade de ocasionar surtos⁽³⁾.

Os agentes etiológicos bacterianos que mais comumente causam meningite são o *Haemophilus influenzae b* (Hib), o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e a *Neisseria meningitidis* (meningococo). A meningite bacteriana é responsável por elevada morbidade e mortalidade em crianças, a despeito dos recentes avanços nos métodos diagnósticos, no tratamento antimicrobiano e de suporte, na monitorização e nos métodos profiláticos⁽⁴⁾. Por sua importância,

gravidade e alto potencial de causar epidemias, a meningite bacteriana é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória⁽³⁾.

No Brasil, observa-se um predomínio do meningococo como agente etiológico das meningites bacterianas em geral⁽¹⁾. Aproximadamente 20% das meningites bacterianas são causadas pela *Neisseria meningitidis*⁽⁴⁾. Essa bactéria é um diplococo gram negativo com múltiplos sorogrupos causadores de doença invasiva: A, B, C, Y e W135. A infecção por essa bactéria pode causar meningite, meningococcemia ou as duas formas clínicas associadas (meningite com meningococcemia), que é denominada de doença meningocócica⁽⁵⁾.

No Brasil, na década de 70 e 80 ocorreram epidemias em várias cidades devido aos sorogrupos A e C e, posteriormente, o B. A partir da década de 90, houve diminuição proporcional do sorogrupo B e aumento progressivo do sorogrupo C. Desde então surtos isolados do sorogrupo C têm sido identificados em todo o país⁽⁵⁾.

O total de casos de meningite meningocócica no Brasil diminuiu de uma forma geral até o ano de 2010. Em 2000, foram notificados um total de 4.238 casos, 3.313 casos em 2005 e em

2010, 2.983 casos da doença. Na região sul do país, observa-se um maior número de casos a partir de 2003, principalmente no estado do Paraná comparado com os outros dois estados da região. Em 2010, foram notificados 112 casos no Paraná, 43 casos em Santa Catarina e 84 casos no Rio Grande do Sul⁽⁶⁾.

Meningites de etiologia bacteriana são as mais temidas, devido ao alto índice de letalidade e de sequelas^(1,7). As taxas de mortalidade variam de 5 a 10%⁽¹⁾. As sequelas neurológicas ocorrem em aproximadamente 10% das meningites meningocócicas⁽¹⁾. As sequelas mais frequentes pós-meningite são surdez neurossensorial, distúrbios da linguagem, anormalidade motora, retardo mental e outras⁽⁸⁾.

Ainda não existe uma vacina comprovadamente eficaz contra o meningococo do sorogrupo B, um dos principais causadores de meningite meningocócica. Existe apenas uma vacina disponível cujos resultados de estudos realizados no Brasil indicam baixa efetividade em crianças menores de 2 anos.

No ano de 2010 a vacina conjugada meningocócica C foi incluída no calendário vacinal da criança na rede pública de saúde juntamente com a pneumocócica 10-valente. Ambas as vacinas estão disponíveis para crianças menores de 2 anos. As doses devem ser administradas aos 3 e 5 meses de idade com intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade⁽³⁾.

Espera-se encontrar um número menor de casos após a implantação da vacina conjugada meningocócica C, seguindo o exemplo do que ocorreu nas cidades do Paraná após a implantação da vacina contra Hib no calendário vacinal^(9,10). No Reino Unido, após a inclusão da vacina conjugada para meningite C também

ocorreu uma redução no número de casos e de óbitos pela doença⁽¹¹⁾.

O prognóstico da meningite bacteriana depende da precocidade do diagnóstico e da instituição do tratamento e das medidas de suporte adequadas⁽¹²⁾. Como geralmente a terapia antimicrobiana inicial é empírica quanto à etiologia e à sensibilidade ao antibiótico é fundamental conhecer os dados epidemiológicos de cada comunidade referentes a essa doença.

O objetivo do estudo é traçar o perfil epidemiológico das meningites meningocócicas (tipos B e C) nos últimos 11 anos na cidade de Curitiba-PR.

Objetivo secundário: Avaliar o possível impacto da implantação da vacina conjugada meningocócica C no calendário vacinal sobre o numero de casos de meningite C na cidade de Curitiba.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional epidemiológico descritivo em série histórica. A análise do perfil epidemiológico das meningites meningocócicas foi realizada através dos dados registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Foram considerados como critérios de inclusão todos os casos confirmados de meningite meningocócica na cidade de Curitiba-PR registrados no SINAN, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2012. A coleta de dados foi realizadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Positivo sob parecer de número 77842, e após aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR, protocolo número 62/2013.

Foram excluídos casos de meningite meningocócica não confirmados ou confirmados fora do período de análise.

Através dos dados foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade em anos completos, vacinação, sinais e sintomas, punção lombar, aspecto do líquor, sorogrupo, critério de confirmação, e evolução do caso.

O banco de dados foi armazenado e analisado no *software* SPSS 16.0. Os resultados foram sumarizados como media e percentagem conforme indicado. Foi calculado o coeficiente de incidência e medidas de associação através dos testes Qui-quadrado, aceitando-se como significativos valores de p < 0,05.

Para analisar se houve diferença entre a incidência de meningites meningocócicas no sorotipo C antes e após a inclusão da vacina conjugada meningocócica C no calendário vacinal da criança na rede pública de saúde foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (ZAR, 2009) entre os dados de 2001 a 2009 e 2010 a 2012. Além disso, foi usado um teste de Spearman para analisar a tendência temporal da incidência do sorotipo C entre os anos de 2001 a 2012. Para todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% (α = 0,05), as análises estatísticas foram efetuadas com o pacote estatístico GRAPHPAD PRISM.

RESULTADOS

No período analisado de 2001 a 2012 foram notificados 134 casos de meningite meningocócica no município de Curitiba-PR. O ano com maior número de casos foi 2003 com 22 casos, já no ano de 2006 não foi notificado nenhum caso de meningite meningocócica na cidade de Curitiba (**Figura 1**).

A **Figura 2** apresenta a incidência da meningite meningocócica por faixa etária. Aproximadamente 44% dos casos ocorreram em crianças menores de cinco anos de idade, ao passo que adultos com idade superior a 20 anos

corresponderam a 27,2% do total de casos. Em relação ao sexo, 75 casos (56%) ocorreram em homens, e 59 (44%) casos em mulheres.

Os principais sintomas foram cefaléia, vômito, febre e rigidez de nuca, conforme demostra a **Figura 3.** A tríade clássica encontrada em maiores de 18 anos; febre, cefaléia e rigidez de nuca foi encontrada em 45,6% dos casos, já entre os lactentes a febre foi o sintoma mais prevalente, sendo encontrado em 38 dos 39 casos.

A punção lombar foi efetuada em todos os casos. Quanto ao aspecto do líquor, a maioria, 66%, possuía líquor turvo. O líquor com aspecto límpido foi encontrado em 16% dos casos. Os critérios diagnósticos mais utilizados foram cultura, com 54%, seguido do teste de aglutinação do látex com 30% e bacterioscopia com 11%. Apenas 5 casos evoluíram para óbito.

O sorogrupo foi identificado em 82% dos casos. Destes, 60% pertenciam ao sorogrupo B, 36% ao sorogrupo C e apenas 4% a outros, representados pelo sorogrupo W135 e 1 caso do sorogrupo Y.

Referente a inserção da vacina conjugada meningocócica C no calendário vacinal e seu impacto nos casos de meningite C, os dados não mostraram diferenças significativas entre a incidência antes e depois da inclusão da vacina no calendário vacinal (p = 0,779) (**Figura 4**). A análise de Spearman também não se mostrou significativa e nem haver correlação entre os anos analisados e a incidência (r = - 0,02; p = 0,939) (**Figura 5**).

DISCUSSÃO

No período de 2001 a 2011, 20% dos casos de meningite meningocócica (MM) de todo Paraná, que foram notificados no Sinam, ocorreram em Curitiba. Em uma análise prévia, do ano de 1992 a 2001, no estado do Paraná, foi encontrada

incidência média anual de 357 casos de meningite meningocócica, foi encontrada maior incidência de casos nos meses invernais de cada ano e também uma major densidade de casos na porção sudeste do estado, com destaque para o município de Curitiba que somou um total de 892 ocorrências nesse período de nove anos⁽¹²⁾. No presente estudo, no período de 2001 a 2012, o número de casos em Curitiba totalizou 134, apresentando uma incidência de 7,44 casos por 100.000 habitantes. A incidência da doença meningocócica em países desenvolvidos apresenta variação de menos de 1/100.000 habitantes (França, Estados Unidos) até 4-5/100.000 (Inglaterra e País de Gales, Escócia, Espanha), nos últimos anos(13). Na cidade de São Paulo, de acordo com dados do Data Sus, a incidência de meningite meningocócica no mesmo período da nossa avaliação, 2001 a 2012, é de 4,6 por 100 mil hab.(14). Em estudo realizado na Bahia, no período de 1998 a 2007, foram notificados 2.070 casos notando-se uma tendência de queda no total de casos por ano, a maior incidência foi em 1998 e a menor em 2007, variando de 1,8 a 0,9 casos por 100.000 habitantes(15).

Com relação às variáveis epidemiológicas em nossa amostra houve leve predomínio do sexo masculino, com 56% dos casos. Em revisão dos casos de meningite meningocócica na Cidade de São Paulo no século XX a distribuição por sexo também foi semelhante, no entanto, na faixa etária acima de 14 anos houve um aumento isolado no sexo masculino, os autores justificam sendo uma provável maior exposição de jovens e adultos do sexo masculino a situações de risco relacionadas ao trabalho, como a construção civil, extração de petróleo, mineração e outras, nas quais as condições de confinamento e aglomeração favorecem a transmissão dos meningococos⁽¹⁶⁾. No estudo realizado no

estado da Bahia também houve leve predomínio do sexo masculino, mas sem diferença estatisticamente significativa⁽¹⁵⁾. A faixa etária predominante encontrada em Curitiba, no período descrito, foi em menores de um ano, seguida da faixa de 1 a 5 anos, sendo que 44% dos casos ocorreram em menores de 5 anos. O outro pico de incidência foi na faixa de 16 a 20 anos, representando 11,1% da amostra. O predomínio em menores de cinco anos é amplamente descrito na literatura. Os menores de um ano são mais suscetíveis porque os anticorpos maternos persistem apenas até os três meses de idade e eles ainda não têm imunidade adquirida. Além disso, a atividade bactericida, do sistema imune, é menor entre os 6 e os 24 meses de idade, facilitando a ocorrência de quadros infecciosos invasivos antes dos dois anos de idade(16). No estudo realizado na Bahia houve predomínio na faixa etária de menores de cinco anos, no entanto os autores notaram aumento de casos nos pacientes adultos e idosos, dado não consonante com nossos resultados⁽¹⁵⁾. Moraes e Barata afirmam que na ocorrência de epidemias uma característica marcante é o acometimento de grupos etários que não costumam ser afetados no período endêmico, refletindo o aumento da circulação do agente e provavelmente a maior patogenicidade das cepas(16).

Os principais sinais e sintomas presentes em nosso estudo foram febre (85,7%), vômito (82,7%), cefaleia (60,6%) e rigidez de nuca (57,1%). A tríade clássica encontrada em maiores de 18 anos; febre, cefaleia e rigidez de nuca foi encontrada em 45,6% dos casos, já entre os lactentes a febre foi o sintoma mais prevalente. No estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2006, referente a todas as meningites, os principais sinais e sintomas apresentados foram: febre (82,9%), vômitos (62,2%),

cefaleia (57,7%) e rigidez de nuca (51,5%)⁽¹⁷⁾. No estudo realizado na cidade de Laguna e Região, também referente às meningites em geral, os indivíduos com menos de 14 anos apresentaram maior frequência de sinais como febre, vômito, Kernig/Brudzinski e petéquias, já em indivíduos com idade superior houve maior frequência de cefaleia e coma⁽¹⁸⁾. Nesse mesmo estudo, referente especificamente as meningites bacterianas a febre foi o componente mais frequente⁽¹⁸⁾. Já Van de Beek e colaboladores avaliaram 696 casos de meningites bacterianas, e descreveram a cefaleia como item mais frequente⁽¹⁹⁾.

Os critérios diagnósticos mais utilizados foram cultura, com 54%, seguido do teste de aglutinação do látex com 30% e bacterioscopia com 11%. No estado do Rio de Janeiro a maioria dos casos realizou estudos citoquímicos (95,9%) e punção lombar (90,1%), havendo predomínio do líquor turvo (40,8%)16, dado que esta em consonância com o nosso estudo onde houve predomínio do liquor turvo correspondendo a mais de 60% da amostra, sendo o resultado característico das meningites bacterianas. Com relação ao sorogrupo o predomínio em nosso estudo foi do sorogrupo B (60%), seguido do sorogrupo C (36%) e outros (sorogrupo W135e Y) (4%). Em nossa amostra de 134 pacientes 25 apresentaram resultados ignorados, portanto em mais de 80% nos casos foi realizada a pesquisa do sorogrupo. No estudo realizado na Bahia, num intervalo de 9 anos, dos 2.070 casos notificados de doença meningocócica foram sorogrupados apenas 455 casos, sendo o que corresponde a 34,4% da amostra total, esse número variou por ano de 10,25% para 50,79%. Os principais sorogrupos no estado da Bahia foram B e C. O sorogrupo B correspondeu a um total de 327 casos (71,9%), enquanto o C, a 121 (26,6%). Os outros sorogrupos, representados pelos A, Y e W-135, foram responsáveis por casos esporádicos, somando sete casos15, dado semelhante ao encontrado em nosso estudo. Foi observado em nosso estudo predomínio na primeira metade da década de casos de meningite meningocócica do sorogrupo B. Na segunda metade, o predomínio foi do sorogrupo C. Essa diferença apresentou significância estatística (p=0,005). Esse dado corresponde ao padrão brasileiro, onde a partir da década de 90 houve declínio do sorogrupo B e aumento do C5.

A grande maioria dos nossos casos evoluiu para alta, sendo que apenas 5 dos 134 casos foram a óbito. Esse dado está muito abaixo do encontrado na literatura, que aponta uma mortalidade em 5-10% dos casos⁽⁸⁾. Na Bahia a letalidade da doença meningocócica no período do estudo variou entre 19% e 31%, atingindo o seu maior valor (31%) no ano de 200715, no Rio de Janeiro a taxa de casos que evoluíram para o óbito foi de 20,5%⁽¹⁶⁾ e no sul de Santa Catarina a letalidade das meningites bacterianas foi de 18,2%⁽¹⁷⁾.

Frente ao conhecimento da antigenicidade e imunogenicidade do meningococo, diferentes vacinas vêm sendo aplicadas com limitados sucessos na prevenção da doença. Atualmente dispõe-se de vacinas polissacarídicas eficazes em conferir imunidade contra N. meningitidis A, C, Y e W135. No entanto, crianças menores de dois anos - a faixa etária de maior risco de aquisição da doença - desenvolvem baixos níveis de anticorpos bactericidas e conseqüentemente apresentam reduzidos níveis de proteção à doença⁽²⁰⁾. No ano de 2010 a vacina conjugada meningocócica C foi incluída no calendário vacinal da criança na rede pública de saúde juntamente com a pneumocócica 10-valente, ambas

disponíveis para crianças menores de dois anos, sendo recomendado reforço preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade⁽³⁾. Com a implantação da vacina espera-se uma redução da incidência da doença, como verificado em locais aonde já foi realizada essa implantação e análise^(9,10,11). No entanto, em nosso estudo não foi possível realizar a análise do impacto da vacinação sobre a incidência das meningites meningocócicas devido a quase totalidade dos casos notificados ter o campo da vacinação ignorado.

CONCLUSÃO

Curitiba apresentou uma incidência elevada de casos de meningite meningocócica. O perfil epidemiológico mais prevalente foram crianças menores de cinco anos e do sexo masculino. Os principais sintomas apresentados foram cefaleia, vômito, febre e rigidez de nuca e a confirmação do diagnóstico foi, na maioria dos casos, por cultura do líquor. O sorogrupo mais prevalente na primeira metade da década foi o sorogrupo B e na segunda metade o sorogrupo C. A grande maioria dos casos teve boa evolução, havendo apenas cinco óbitos. Quanto à vacina: não foi possível verificar o impacto vacinal pela alta taxa de ignorados nesse campo, o que implica a necessidade de medidas que visem o melhor preenchimento das fichas de coleta. Além disso, são necessários mais estudos para avaliação do impacto da vacinação, uma vez que sua implantação ainda é muito recente para avaliar esse dado.

Figura 1. Número de casos de meningite meningocócica em Curitiba entre 2001-2012. (N=134).

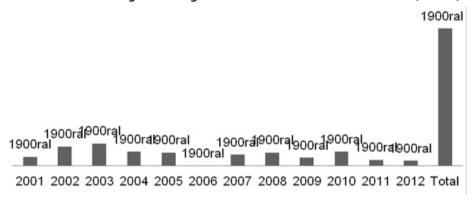


Figura 2. Número de casos de meningite meningocócica notificados em Curitiba, no período de 2001 a 2012, distribuídos por faixa etária. (N=134)

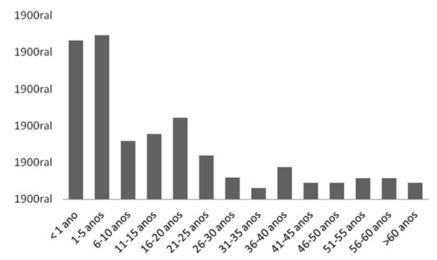


Figura 3. Sinais e sintomas encontrados nos casos notificados de meningite meningocócica no período de 2001 a 2012 em Curitiba-PR. (n=134).

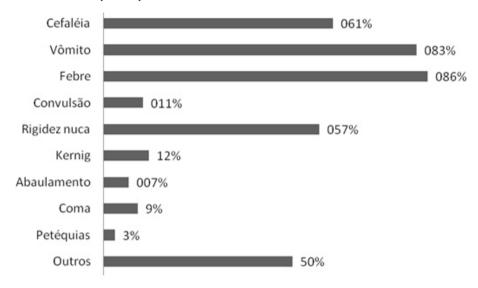


Figura 4. Valores de média (coluna) e desvio padrão (barras) da incidência de meningites meningocócicas no sorotipo C antes (2001-2009) e após (2010-2012) a inclusão da vacina conjugada meningocócica C no calendário vacinal da criança na rede pública de saúde.

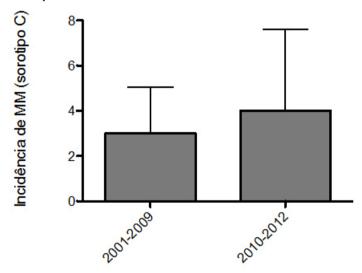
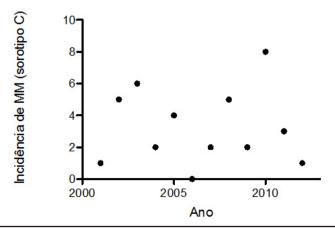


Figura 5. Diagrama de dispersão da incidência de meningites meningocócicas no sorotipo C ao longo dos anos de 2001 a 2012.



ABSTRACT

BACKGROUND: Bacterial meningitis are responsible for high morbidity and mortality. In Brazil, there is a predominance of meningococcus as the etiologic agent of bacterial meningitis in general. In 2010 the meningococcal C conjugate vaccine was included in the children immunization schedule in public health. The objective of the study is to evaluate the epidemiology of meningococcal meningitis (MM) (types B and C) in the last 11 years in the city of Curitiba - PR , as well as assessing the possible impact of the implementation of meningococcal C conjugate vaccine in the immunization schedule on the number of cases of meningitis C in Curitiba.

METHODS: A descriptive epidemiological observational study in historical series. All confirmed cases of meningococcal meningitis in the city of Curitiba - PR registered in the National Notifiable Diseases (SINAN), from January 2001 to December 2012 were included in the study. The analyzed variables were: gender, age, vaccination, signs and symptoms, lumbar puncture, CSF aspect, serogroup, the criterion of confirmation and outcome.

RESULTS: between 2001 and 2012, 134 cases of MM were reported in Curitiba - PR. Approximately 44 % of cases occurred in children under 5 years of age. Cases where the serogroup was identified, 61 % belonged to serogroup B. Only 5 patients died.

CONCLUSION: Curitiba has a high incidence of meningococcal meningitis. The most prevalent profile was male children under five years old, and the main symptoms were vomiting, fever and neck stiffness. However, it was not possible to verify the impact of the vaccination due to lack of data in this field. In addition, further studies to evaluate the impact of vaccination are needed, once its implementation is still too recent to evaluate this data.

KEYWORDS: Meningitis, Bacterial; Meningitis, Meningococcal; Meningococcal Vaccines; Vaccines, Conjugate.

REFERÊNCIAS

- Faria SM, Farhat CK. Meningites bacterianas: diagnóstico e conduta. J Pediatr (Rio J). 1999;75(Supl.1):S546-56.
- Vieira JFS. Incidência de meningite em pacientes de 0-12 anos no Instituto de Medicina Tropical de Manaus. Arq Neuropsiquiatr. 2001 Jun; 59(2-A): 227-9.
- Ministério da Saúde (Brasil). Meningites [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 04 jun 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/ portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1563
- Mantese OC, Hirano J, Santos IC, Silva VM, de Castro E. Perfil etiológico das meningites bacterianas em crianças. J Pediatr (Rio J). 2002 Nov-Dez;78(6):467-74.
- Ministério da Saúde (Brasil). Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

- Ministério da Saúde (Brasil). Meningite por meningococo: casos confirmados por UF e Região [Internet]. Brasília: MS; 2012 [acesso em 04 jun 2012]. Dispnível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_dm_para_site_08_11.pdf.
- 7. Mendonça F, Paula EV. Meningites no estado do Paraná: uma leitura geográfica. R RA'E GA. 2008;14:127-43.
- Bricks LF. Doenças meningocócicas morbidade e epidemiologia nos últimos 20 anos: revisão. Pediatr (São Paulo). 2002;24(3/4):122-31.
- Takemura NS, Andrade SM. Meningite por Haemophilus influenzae tipo b em cidades do estado do Paraná, Brasil. J Pediatr (Rio J). 2001 Set-Out;77(5):387-92.
- Simões LLP, Andrade ALSS, Laval CA, Silva SA, Martelli CMT, et al. Impacto da vacinação contra o Haemophilus influenza b na redução de meningites, Goiás. Rev Saúde Pública. 2004;38(5):664-70.

- 11. Bradbury J. New meningitis C vaccine to be used in UK. Lancet. 1999:354:310.
- 12. Paula EV. Evolução temporo-espacial das meningites do estado do Paraná ao longo do século XX: Abordagem climatológica. In: Anais do XI SBSR; 10 abril 2003; Belo Horizonte. INPE; 2003. p. 1415 22.
- Boletim Epidemiológico Paulista [Periódico na internet]. Maio 2004 [acesso em 10 Nov 2012];1(5). Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa5 bact.htm.
- 14. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS por dentro 2.0 [internet]. Brasília: MS; 2012 [acesso em 10 Nov 2012]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php.
- 15. Nunes CLX, Leal ZL, Marques O, Marques DL, Carvalho M. Deletar e col. Prevalência de sorogrupos de Neisseria meningitidis causadores de doença meningocócica no estado da Bahia de 1998 a 2007. Rev Baiana de Saúde Pública. 2011 Jul-Set;35(3):676-86.
- Moraes JC, Barata RB. A doença meningocócica em São Paulo, Brasil, no século XX: características epidemiológicas. Cad Saúde Pública. 2005 Sep-Oct;21(5):1458-71.

- 17. Vasconcelos SS, Thuler LCS, Girianelli VR. Incidência das Meningites no Estado do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2006. Rev Bras Neurol. 2011;47(1):7-14.
- Rogerio LPW, Camargo RPM, Menegali TT, Thizon T, Silva, RM. Perfil epidemiológico das meningites no sul de Santa Catarina entre 1994 e 2009. Deletar Ver Rev Bras Clin Med. 2011 Mai-Jun;9(3):200-3.
- 19. Van de Beek D, de Gans J, Spanjaard L, Weisfelt M, Reitsma JB, Vermeulen M. Clinical features an prognostic factors in adults with bacterial meningitis. N Engl J Med. 2004 Oct 28;351(18)1849:59.
- Milagres LG, Melles CEA. Imunidade conferida por vacinas anti-meningocócicas. Rev Saúde Pública. 1993;27(3):221-6.
- 21. Tunkel AR, Scheld WM. Pathogenesis and Pathophysiology of Bacterial Meningitis. Clin Mirobiol Rev. 1993 Apr;6(2):118-36.
- 22. Boletim Epidemiológico de Curitiba [Periódico na internet]. Dez 2008 [acesso em 20 Jun 2012];19. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/vigilancia/arquivos/epidemiologica/boletim/boletim_epidemiologico_007.pdf

Recebido em: 13/04/2014 Aprovado em: 20/05/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Anna Luiza Driessen. Al. Augusto Stellfeld, 1705, Bigorrilho Curitiba / PR – CEP 80730-150 e-mail:annadriessen@yahoo.com.br



Síndrome de luto

Grief syndrome

João Carlos Simões*

"... a vida termina quando acabamos de aprender tudo o que temos para aprender"

KÜBLER-ROSS

RESUMO

O objetivo desse artigo de revisão foi o de mostrar as diversas etapas de sinais e sintomas que compõe a síndrome de luto e que são reconhecidos por qualquer pessoa ou paciente quando estão à frente de um diagnóstico de uma doença de prognóstico ameaçador como o câncer ou a eminente perda de um ente querido. Estas etapas descritas originalmente pela psiquiatra Kubler Ross, em 1969, não são lineares, mas o seu reconhecimento é de fundamental importância para todos os profissionais de saúde que estão constantemente imersos nos cuidados de diagnóstico e tratamento de pacientes gravemente enfermos. Em seguida é apresentado um guia prático de como dar más notícias.

DESCRITORES: Atitude Frente a Morte; Assistência Terminal; Tanatologia; Cuidados Paliativos.

Simões JC. Síndrome de luto. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.122-126, abr./jun.2014.

^{*}Professor titular da disciplina de Oncologia do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná. Chefe do Serviço de Oncologia Clínica e Cirúrgica do HUEC.

INTRODUÇÃO

Kübler-Ross, publicou em 1969 o livro "Sobre a morte e o morrer", que foi um marco na tanatologia. Os estágios que ela relacionou foram estudados, de forma empírica, observando moribundos em seu leito de morte, seus sentimentos, vontades, reações e comportamentos.

Esses sinais e sintomas também podem ser agrupados na chamada síndrome de luto – que são reconhecidas por qualquer pessoa frente a uma perda sentimental, ou a morte de um ente querido, ou frente a um diagnóstico sombrio, como o câncer.

A intensidade das etapas vai depender do grau de afetividade entre a pessoa e o ente querido. Estas etapas não são lineares e nem seguem um vetor. O paciente pode voltar a negação e a barganha mesmo alcançando qualquer etapa. A única final é a aceitação.

Primeiro estágio: negação e isolamento

- Neste estágio, a pergunta que o doente faz após receber o diagnóstico é: "Não, eu não, não pode ser verdade".
- O estágio de negação serve, na verdade, como um "parachoque", um amortizador do impacto da notícia, aliás, bem-vindo, pois naturalmente, se alguém tivesse que viver somente com a ideia de que vai morrer, não disponibilizaria seus recursos para a cura ou uma qualidade de vida melhor..
- Tirar um paciente dessa defesa de negação é deixá-lo sem retaguarda, acolhê-lo em sua negativa e sentir sua angústia é dar suporte emocional para que ele continue sua luta.

Segundo estágio: raiva

- "Por que eu?"
- Quando a negação não é mais possível de ser mantida, vem a raiva. A raiva de

todos, dos médicos, que não diagnosticaram com mais rapidez, dos familiares, que não o avisaram antes, das pessoas sadias, que estão levando suas vidas sem esse tormento.

• O cuidado, nessa fase é entender que essa raiva não é pessoal, não é direcionada exclusivamente ao médico, a esposa, ou ao cuidador, é uma raiva da situação em si, que não pode ser mudada, não pode ser revertida. O acolhimento dessa situação, não traduzida como de esfera pessoal, facilita que o paciente vivencie sua raiva, entenda à qual natureza pertence e trabalhe suas defesas para melhorar sua qualidade de vida.

Terceiro estágio: barganha

- De agora em diante farei um trato, e, geralmente, esse trato é negociável com Deus. Há uma tentativa de se sair bem sucedido, fazendo algum tipo de acordo que adie, de alguma maneira, o desfecho final, inevitável. Se com minha negação e minha raiva não fui atendido, quem sabe com bons argumentos e com mais calma, revendo minhas atitudes e meu comportamento, não chegarei a um bom acerto de contas.
- Na verdade, a barganha é tão somente um adiamento, um prêmio que pode vir a acontecer, uma meta a ser perseguida com a finalidade de se prolongar a vida.
- Às vezes, uma conversa franca e aberta com um aconselhamento espiritual pode favorecer o melhor entendimento neste estágio e do que pretendemos com ele, além de revisar a noção de pecado, culpa e castigo.

Quarto estágio: depressão

• Aqui o agravamento da doença faz-se mais presente, e o paciente não tem mais como negar sua doença. Sua negativa, sua raiva e

barganha darão lugar a uma grande sensação de perda iminente.

- Há, porém, uma diferença real entre a depressão que acompanha o primeiro estágio e a depressão deste estágio, quando o paciente se prepara para deixar este mundo.
- A primeira é uma depressão reativa, e a segunda é uma depressão preparatória. São elas de naturezas diferentes.
- A primeira é uma perda que ainda pode ser suprida. Uma mama retirada pode dar lugar a uma prótese. Já, na segunda, a perda é proveniente de uma situação real: deixar este mundo, pessoas queridas, objetos amados. O paciente está prestes a perder tudo e todos quem ama.
- Nesse estágio, ajuda muito que deixemos o paciente verbalizar o seu pesar. Não são necessárias frases animadoras ou conversas otimistas. O silêncio falará mais que as palavras. O importante neste momento é se sentir amparado, nunca sozinho, saber que não estará sozinho na hora da passagem, do grande mistério que assola os derradeiros momentos. O toque, comunicação não verbal, fará as vezes das frases desnecessárias e inconvenientes. Na verdade, a depressão é um instrumento de preparação para o estado de aceitação, que se segue.

Quinto estágio: aceitação

• O paciente, neste estágio, tem uma necessidade de perdoar e ser perdoado pelos outros e, até mais, ser perdoado por ele mesmo. Sabe que se doou, mas que recebeu mais do que devia para seu mundo interior. O segurar a mão e o estar próximo dizem mais do que palavras proferidas, o olhar se torna mais parado e distante, como se olhasse sem nada ver. Posteriormente, fica com os olhos cerrados por

um tempo mais longo, até que não o abre mais.

 Nesse último estágio, a família carece mais de cuidados. Entender o que o paciente precisa e respeitar suas necessidades é ímpar neste momento para que ele viva seus momentos derradeiros em paz.

COMO DAR MÁS NOTÍCIAS: PROTOCOLO SPIKES

O termo "má notícia" designa qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, alguma alteração negativa na vida destes.

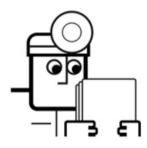
Dessa forma, embora normalmente associada à transmissão de diagnóstico de doenças terminais, a má notícia pode tratar de doenças menos dramáticas, mas também traumatizantes para o paciente.

Por exemplo, inclui um diagnóstico que imporá mudanças na vida do paciente, como diabetes num adolescente ou cardiopatia num atleta, uma necessidade de tratamento ou procedimento em momento inoportuno na vida do paciente.

O protocolo Spikes descreve seis passos de maneira didática para comunicar más notícias. O primeiro passo (Setting up) se refere à preparação do médico e do espaço físico para o evento. O segundo (Perception) verifica até que ponto o paciente tem consciência de seu estado. O terceiro (Invitation) procura entender quanto o paciente deseja saber sobre sua doença. O quarto (Knowledge) será a transmissão da informação propriamente dita. Neste ponto, são ressaltadas algumas recomendações, como: utilizar frases introdutórias que indiquem ao paciente que más notícias virão; não fazê-lo de forma brusca ou usar palavras técnicas em excesso; checar a compreensão do paciente. O quinto passo (Emotions) é reservado para responder empaticamente à reação demonstrada pelo paciente. O sexto (*Strategy and Summary*) diminui a ansiedade do paciente ao lhe revelar o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.

PROTOCOLO SPIKES			
S	Setting up	Preparando-se para o encontro	
Р	Perception	Percebendo o paciente	
I	Invitation	Convidando para Diálogo	
K	Knowledge	Transmitindo as informações	
Е	Emotions	Expressando Emoções	
S	Strategy and Summary	Resumindo e Organizando Estratégias	

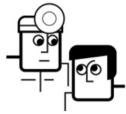
Na figura abaixo, modificado da publicação do INCA, ilustramos esses seis passos para melhor fixação pelo acadêmico e médico:



1. Planejar a comunicação: Rever histórico do paciente, buscar ambiente com privacidade e envolver parentes e amigos.



2. Avaliar a percepção dele sobre a doença: Verificar que ele sabe sobre a doença, checar se passa por processo de negação, corrigir informações e moldar a notícia para a capacidade de absorção do paciente.



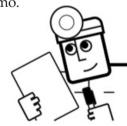
3. Avaliar o desejo do paciente: Procurar saber se o paciente deseja receber informações detalhadas sobre sua situação e colocar-se à disposição para responder perguntas.



4. Anunciar com delicadeza que más notícias estão por vir: Dar tempo ao paciente, transmitir a mensagem com linguagem clara e acessível, evitar detalhes desnecessários, checar a compreensão da informação.



5. Abrir espaço para a emoção: Expressar solidariedade, favorecer a expressão dos sentimentos e emoções do paciente e de seus parentes e acolher reações de raiva, tristeza ou inconformismo.



6. Traças estratégias: Resumir o que foi abordado até então, perguntando se o paciente está pronto par discutir os próximos passos e detalhar as estratégias quanto ao tratamento ou aos cuidados paliativos.

"Mas tenho muito medo de morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados em meu corpo, contra a minha vontade, já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza."

RUBEM ALVES

ABSTRACT

The aim of this review article was to show the different stages of signs and symptoms that comprise the grief disorder that can be recognized by any person or patient when they face a diagnosis of a threatening disease like cancer prognosis or the imminent loss of a loved one. These steps originally described by the psychiatrist, Kubler Ross, in 1969, are not linear, but its recognition is of fundamental importance to all healthcare professionals who are constantly immersed in nursing diagnosis and treatment of critically ill patients. Further, a pratical guide on: How to break bad news, is presented.

KEYWORDS: Attitude to Death; Terminal Care; Thanatology; Palliative Care.

REFERÊNCIAS

- Kübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1969.
- 2. Kübler-Ross E. A Roda da Vida. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.
- 3. Kovacs MJ. Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Oliveira RA (coord.). Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008.
- Figueiredo MTA. A dor no doente fora de recursos de cura e seu controle por equipe multidisciplinar: Cuidados Paliativos. Âmbito Hospitalar. 1996;89(8):63-7.
- 7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2008. [acesso nov. 2013]. Disponível em: http://www1. inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicando_noticias_ dificeis.pdf.

Recebido em: 03/01/2014 Aprovado em: 23/05/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

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



Indução e intubação em sequência rápida

Induction and intubation in rapid sequence

Leandro Antonio Leles da Silva¹ Sandra Sayuri Watanabe²

RESUMO

A intubação traqueal após indução em sequencia rápida está indicada naqueles pacientes com risco de aspiração gástrica. O presente estudo objetiva analisar as condições ideais para sua realização com o menor risco de eventos indesejáveis, concluindo a eficácia da técnica desde que corretamente indicada, criteriosamente aplicada e com uso racional das drogas disponíveis propiciando condições ideais para a sua prática.

DESCRITORES: Analgésicos opioides; Bloqueadores neuromusculares; Intubação intratraqueal; Anestesiologia.

Silva LAL, Watanabe SS. Indução e intubação em sequência rápida. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.127-131, abr./jun.2014.

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

- 1. Médico do Serviço de Anestesiologia da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer Hospital Regional João de Freitas.
- 2. Médica Residente do Serviço de Anestesiologia da Associação Norte Paranaense de Combate ao Câncer Hospital Regional João de Freitas.

INTRODUÇÃO

Atribui-se a Versalius a primeira intubação traqueal realizada em animal no ano de 1543, Robert Hook apresentou a técnica de intubação traqueal à Real Sociedade de Londres em 1677 e em 1880 McEwen apresentou a técnica de intubação oro traqueal no British Medical Journal⁽¹⁾.

A intubação traqueal é necessária para garantir a permeabilidade da via respiratória quando há risco de aspiração, dificuldade de se manter a via aérea com máscara e na ventilação controlada prolongada; também se faz necessária em procedimentos cirúrgicos específicos⁽¹⁾.

Sabe-se ainda que na indução anestésica, com sua consequente necessidade de intubação traqueal em indivíduos considerados de "estômago cheio", há o risco de regurgitação e aspiração do conteúdo pulmonar.

Para essas situações dispomos da técnica conhecida como sequência rápida (ISR) cujo objetivo é obter o controle das vias aéreas no menor tempo possível após a abolição dos reflexos protetores, assim diminuindo os riscos de broncoaspiração e suas consequências deletérias^(2–5).

Esta revisão foi realizada com o propósito de analise da técnica visando suas condições ideais de prática diminuindo o risco de exposição do paciente à broncoaspiração.

Para tanto procedeu-se uma revisão literária a partir de artigos embasados no medline publicados nos últimos dez anos encontrados nos bancos de dados do *Scielo, Pubmed, Lilacs* e em capítulos de livros técnicos específicos e atualizados.

Pesquisa de unitermos: técnica anestésica, sequência rápida, opioides, bloqueadores neuromusculares.

Para a realização deste artigo foi feita uma revisão bibliográfica do assunto utilizando autores consagrados que descreve a relevância do tema.

DISCUSSÃO

A importância do tema está relacionada aos efeitos nefastos decorrentes da pneumonite química, também conhecida como síndrome de Mendelson descrita em 1946^(3,4) tão mais grave quanto menor o pH do conteúdo aspirado e da pneumonia aspirativa, cuja reação inflamatória pulmonar é mediada por agentes infecciosos. De acordo com estudos laboratoriais, os valores críticos para os risco de pneumonite aspirativa são volume do conteúdo gástrico maior que 0,4mL/kg e pH inferior a 2,5⁽⁴⁾.

Embora as estatísticas mostrem baixas incidências de aspiração durante o ato anestésico, 0,7 a 4,7: 10 000 procedimentos e menores ainda de óbito pós aspiração, 1: 35 000 a 72 000 óbitos, o risco existe e deve ser evitado o máximo possível⁽⁶⁾.

Como todas as técnicas, a ISR tem suas indicações e contraindicações. Está indicada para situações em que o paciente é considerado de "estômago cheio", ou seja, quando não há um tempo de jejum adequado, gestantes, câncer de estômago, megaesôfago, obesos mórbidos, diabéticos com gastroparesia, história de doença do refluxo gastresofágico, trauma, intoxicação etílica e aqueles que permanecerão na posição de litotomia durante o procedimento cirúrgico^(2,4).

Suas contraindicações são: vômitos ativos pelo risco de rotura esofágica dada ao aumento da pressão interna, ruptura esofágica, fratura de coluna cervical, fratura de laringe e suspeita de via aérea difícil^(2,4).

A TÉCNICA

Antes de mais nada é importante que se

129

avalie o cenário, exame rápido do paciente e suas vias aéreas; posicionamento adequado do mesmo de acordo com a técnica descrita por Magill (**Figuras 1 e 2**)^(7,8); pré-oxigenação com O2 100% em decúbito elevado entre 20 e 30 graus; acesso venoso calibroso para administração dos fármacos: hipnótico, opioide e bloqueador neuromuscular (BNM). Lembrando que se deve optar por drogas de rápido início de ação e curta duração, uma vez que o objetivo é obter total controle das vias aéreas entre 30 e 60 segundos após a perda dos reflexos⁽²⁻⁵⁾.

Toda a sequência deve ser realizada sob a manobra de Sellik, que consiste numa pressão de 100cmH2O (ou 3 a 4kg) sobre a cartilagem cricoide pressionando- a no sentido cefálico e para trás, comprimindo o esôfago contra os corpos vertebrais, com o objetivo de impedir que o conteúdo gástrico atinja a orofaringe. Para tanto há a necessidade de um auxiliar treinado e capaz de executar a manobra adequadamente até que a via aérea esteja definitivamente segura^(3,4).

Mesmo com todos esses cuidados, pode ocorrer a regurgitação e neste caso, proceder imediatamente ao rebaixamento do nível do dorso para facilitar a drenagem do conteúdo gástrico⁽⁴⁾.

Embora seja uma técnica consagrada, ainda gera muitas controvérsias. Nos últimos anos as sociedades internacionais passaram a ser mais permissivas com o tempo de jejum para líquidos claros, ou seja, aqueles sem resíduos⁽⁴⁻⁶⁾. Estudos demonstram que sua ingestão duas a três horas antes da indução proporcionaria aumento do pH do conteúdo gástrico pela diluição, diminuição da sua produção devido à redução da ansiedade e da fome, além de estimular o esvaziamento gástrico pelo contato do líquido frio com o estômago e/ou pela distensão física

de suas paredes⁽⁴⁾.

Outro ponto está relacionado ao uso de BNM. Sabe-se dos efeitos adversos do uso da succinilcolina e seu uso está cada vez mais sendo questionado principalmente após o surgimento do rocurônio, BNM adespolarizante com tempo de latência pequeno, porém meia vida longa⁽³⁾.

A succinilcolina é um BNM de rápido início de ação e duração ultra curta o que a torna bastante interessante nesses casos. Sua dose é de 1mg/kg e em um minuto após sua aplicação já se tem condições ótimas para a laringoscopia. Suas desvantagens estão nos efeitos adversos: anafilaxia, arritmias, alterações hemodinâmicas, aumento das pressões intragástrica, intraocular e intracraniana, dores musculares, fasciculação, além dos riscos de complicações fatais como hiperpotassemia e hipertermia maligna^(3,4).

O rocurônio também é um BNM que proporciona ótimas condições de laringoscopia em um tempo semelhante ao da succinilcolina na dose de 1,2mg/kg^(3,4) com a vantagem de manter estabilidade cardiovascular. Sua desvantagem era o tempo de ação intermediário, que o contraindicava em casos de procedimentos curtos, e pacientes com via aérea difícil impedindo que o mesmo reassumisse sua ventilação em caso de falha na tentativa de intubação. Porém, esses entraves foram resolvidos com a liberação do sugammadex capaz de antagonizar o funcionamento do BNM com o encapsulamento de suas moléculas. Esta droga pode ser administrada em várias doses de acordo com o nível do bloqueio a ser revertido e não produz alterações hemodinâmicas significativas, além de apresentar poucos efeitos adversos, tais como disgeusia, xerostomia, tosse e distúrbios olfativos(4).

Alguns autores advogam a intubação sem uso de BNM, totalmente possível desde que se tenha um bom hipnótico associado a um opioide de curta latência e analgesia potente. O uso de opioide isoladamente não é recomendado pelo risco de rigidez torácica, que levaria a uma dificuldade de ventilação⁽³⁾.

A sonda nasogástrica outrora considerada fator de risco para aspiração por interferir nos mecanismos fisiológicos do esfíncter esofágico, agora é considerada uma medida protetiva, pois permite certo controle sobre o conteúdo gástrico extravazado. Alguns autores advogam seu uso de rotina^(3,5) porém, o ASA Task Force on Preoperative Fasting recomenda que seja passada antes da indução com o fim de se aspirar o maior volume gástrico possível, sendo retirado antes da laringoscopia, ou passada após a intubação e retirada antes do despertar do paciente⁽⁴⁾.

Outra medida recomendada é sempre que houver tempo hábil realizar a profilaxia farmacológica com administração de drogas que diminuam o volume gástrico e aumentem seu pH^(3,4).

Estas drogas são os procinéticos, que provocam efeito gastropropulsilvo associado ao aumento do tônus do esfíncter esofágico inferior e relaxamento do cárdia (metoclopramida 10mg, ou bromoprida 10mg IV, IM ou VO 60-90 min. antes da indução), antiácidos não particulados que atuam como tampão reduzindo a acidez de qualquer conteúdo gástrico residual (citrato de sódio 30mL VO 15-20 min. antes da indução), bloqueadores H2 por diminuírem a secreção de HCl, elevando o pH da secreção e do conteúdo gástricos (ranitidina 150mg VO 90 min., ou 50mg IV 30 min. antes da indução), inibidores da bomba de prótons bloqueiam a fase final da secreção de HCl (omeprazol 40mg IV 30 min. antes, ou pantoprazol/ esomeprazol).

Em caso de falha na realização da técnica por algum motivo, aguardar a metabolização das drogas para que o paciente volte a ventilar espontaneamente⁽³⁾ pode-se proceder à ventilação positiva com pressão máxima de 25cmH20 sob manobra de Sellik^(3,4) repensar a estratégia,

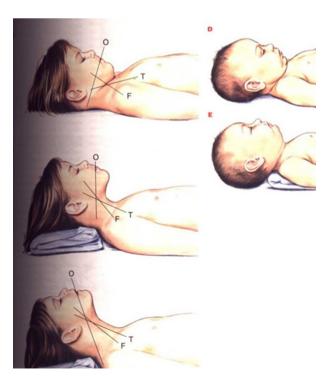


Figura 1 referência 7

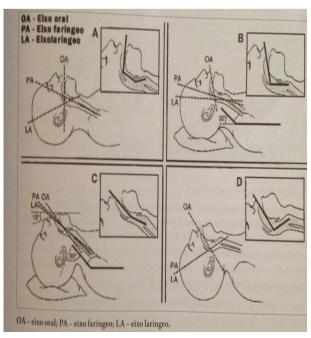


Figura 2 referência 4

pedir ajuda a outro anestesiologista com experiência em intubação difícil, obter via aérea cirúrgica de emergência (cricotireoidectomia) ou realizar o fast track^(3,5).

CONCLUSÃO

A técnica de ISR é bastante eficaz desde que todos os cuidados sejam tomados e que haja condições de sua realização, tais como materiais (equipamento e medicações), posicionamento do paciente e equipe treinada. A aspiração do conteúdo gástrico é pouco frequente, mas catastrófica e o anestesiologista deve sempre realizar sua prevenção através do controle do conteúdo gástrico, redução do refluxo gastresofágico e proteção das vias aéreas.

ABSTRACT

Tracheal intubation after rapid sequence induction of anesthesia is indicated for patients at risk for gastric content aspiration. This study aims to evaluate the optimal conditions for this practice with the lowest risk of adverse events, concluding the effectiveness of the technique when properly specified, judiciously applied as well as the rational use of drugs offering ideal conditions for its practice.

KEYWORDS: Analgesics, opioid; Neuromuscular blockers Blocking Agents; Intubation, Intratracheal; Anesthesiology.

REFERÊNCIAS

- Rebuglio R, Amaral JLG, Slikta Filho J. Intubação traqueal. In: Cangiani LM, Posso IP, Portério GMB, Nogueira CS editores. Tratado de Anestesiologia SAESP. 6ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 1059-97.
- 2. Rosenblott RW. Manuseio de Vias Aéreas. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Anestesia Clínica. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2004. p.595-638.
- Moro ET, Modolo NSP. Indução Anestésica com a Técnica de Sequência Rápida. Rev Bras Anestesiol. 2004;54(4):595-606.
- Carmona BM, Cerqueira MP, Mieczinokowski R. Controle da via aérea em situações especiais: estômago cheio. In: Martins MP, Moraes JMS, Pires OC. Controle da Via Aérea: CVA-SBA. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2012. p. 324-9.
- 5. Gauran C, Dunn PF. Avaliação e Controle das Vias Respiratórias. In: Levine WC, Dunn PF, Kwo J, Rosow CE. Manual de Anestesiologia Clínica: Procedimentos do Massachusetts General Hospital. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2012. p. 154-69.
- Kluger MT, Visvanathan T, Myburgh JA, Westhorpe RN. Crisis Managment During Anaesthesia: regurgitation, vomiting and aspiration. Qual Saf Health Care. 2005 Jun;14(3):e4.
- 7. Coté CJ, Ryan JF, Todres ID, Goudsouzian NG. Practice of anesthesia for infants and children. 2nd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1993.
- Carmona BM, Couceiro LM, Silva WV. Preparo para manipulação da via aérea: Pré-oxigenação e laringoscopia direta otimizada. In: Martins MP, Moraes JMS, Pires OC. Controle da Via Aérea: CVA-SBA. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2012. p. 66-89, (figura 2).

Recebido em: 13/02/2014 Aprovado em: 20/03/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Sandra Sayuri Watanabe Rod. PR 218 Km 01, Jardim Universitário Arapongas / PR CEP-86702-670 e-mail: sayuriw23@yahoo.com.br



Finalmente publicado o ensaio clínico do valor da pesquisa do linfonodo sentinela em melanoma cutâneo

Finally posted: the clinical trial of the value of sentinel lymph node biopsy in cutaneous melanoma's research.

Ézio Amaral*

RESUMO

Em janeiro de 1994, foi iniciado o ensaio clínico multicêntrico das linfadenectomias seletivas em melanoma (MSLT-I). O recrutamento dos pacientes foi encerrado em março de 2002. Foram selecionados 2001 pacientes inicialmente. Em 2012 o estudo foi encerrado com 1661 pacientes e período de seguimento de 10 anos. A publicação somente ocorreu em 13 de fevereiro de 2014 após sofrer embargos. A conclusão foi de que o estadiamento baseado na pesquisa do linfonodo sentinela (PLS) em pacientes com melanoma de espessura intermediária e grossa fornece importante informação prognóstica e identifica pacientes com linfonodos metastáticos que podem ser beneficiados com a imediata linfadenectomia total. A sobrevida livre de doença (SLD) e a sobrevida livre de doença a distância(SLDD) foram prolongadas. Em casos de espessura intermediária, a sobrevida específica de melanoma foi prolongada em pacientes com metástases linfonodais. Por outro lado, o bom senso da medicina baseada em evidência ratifica que a técnica não demonstrou impacto na sobrevida geral. A pesquisa do linfonodo sentinela fornece o mais importante fator prognóstico e um estadiamento mais acurado da doença depois do índice de Breslow.

DESCRITORES: Biópsia de Linfonodo Sentinela; Melanoma; Carcinoma de Células Escamosas.

Amaral E. Finalmente publicado o ensaio clínico do valor da pesquisa do linfonodo sentinela em melanoma cutâneo. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.132-138, abr./jun.2014.

^{*}Professor assistente do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Historicamente, o manuseio da base linfonodal clinicamente negativa era controversa, tendo um risco de positividade em torno de 20%. Em 1992, Donald Lee Morton introduziu o conceito da pesquisa do linfonodo sentinela(PLS) em melanoma cutâneo após observar os estudos de EA Gould et al. em 1960 e de RM Cabanas em 1977 sobre linfonodo sentinela⁽¹⁾. A técnica é minimamente invasiva e de baixa morbidade com acurácia de 96% no MSLT-I(2). Com o auxílio da histologia e imunoistoquímica podem ser detectadas micrometástases ocultas em linfonodo. A razão para a indicação da PLS foi, inicialmente, para evitar as sequelas (linfedemas) da dissecção total dos linfonodos, que eram feitas de rotina em pacientes de alto risco e risco intermediário. Nesta época, o índice de linfonodos positivos ficava em torno de 15%, significando que 85% dos pacientes restantes realizavam este procedimento desnecessariamente.

Dr. Morton considerou dois modelos de disseminação das metástases do melanoma cutâneo primário: a hipótese da incubadora e a hipótese do marcador⁽³⁾. A primeira defende que as células metastáticas se disseminam para o linfonodo e podem sobreviver, crescer lentamente e permanecer latentes até se disseminarem para outros órgãos. A segunda defende que simultaneamente as células se disseminam via linfática e hematogênica tornando o linfonodo positivo um marcador de doença sistêmica progressiva.

Em 1994 foi iniciado o primeiro estudo denominado MSLT-I pelo Dr. Morton e colaboradores^(2,3,4). Este trabalho randomizado comparou pacientes com melanoma cutâneo tratados com ampliação local e observação da cadeia linfonodal e linfadenectomia total se o linfonodo se tornasse clinicamente positivo (**grupo de observação**) com ampliação local e PLS com linfadenectomia total imediata se observadas micrometástases no linfonodo (grupo da biópsia). O principal objetivo seria observar se a PLS prolongaria a sobrevida específica de doença. Foram incluídos 2001 pacientes de forma controversa pois a inclusão e definição dos grupos de pacientes estudados sofreu alteração do protocolo original após seu início. Foi convencionado índice de Breslow denominado intermediário entre 1,2 a 3,5 mm e pacientes com melanomas grossos definidos como Breslow maior que 3,5 mm. Os pacientes foram selecionados até 2002 e em 2006 foram apresentados os resultados parciais na terceira análise interina (seguimento de 5 anos) como segue: as taxas de morte e sobrevida específica foram semelhantes nos dois grupos; a SLD demonstrou ser significativa no grupo da biópsia e o status linfonodal sendo um importante fator prognóstico⁽⁴⁾. A linfadenectomia realizada após a PLS apresentar comprometimento será denominada de dissecção racional dos linfonodos (DRL).

No ano de 2004, o Dermatopatologista AB Ackerman e N. Medalie, em "Controvérsias em Dermatologia", publicaram seu posicionamento contrário à PLS⁽⁵⁾. Insistiam que fosse abandonada a técnica baseados essencialmente no estudo prévio randomizado sobre as dissecções eletivas dos linfonodos do Intergroup Melanoma Surgical Trial, Balch CM⁽⁶⁾, que não demonstrou nenhum benefício na sobrevida e de ser ilógica e contraditória a afirmação de possíveis subgrupos beneficiados. Afirmava que a PLS precedida da linfadenectomia seria o mesmo procedimento cirúrgico que a dissecção eletiva dos linfonodos.

Em 2008, dois grandes opositores a esta técnica, os Professores J. Merion Thomas do Hospital Royal Marsden e do Colégio Imperial de Cirurgia Oncológica de Londres, e Steven A.

Rosenberg, Chefe da Cirurgia do Instituto Nacional do Câncer em Bethesda, Maryland, e Professor de Cirurgia da Universidade de George Washington e da Escola de Medicina e Ciências da Saúde, questionaram o uso da palavra "suposição" em relação a acreditar que toda célula anormal no linfonodo irá se transformar em tumor^(7,8). Vários subgrupos foram estudados e pouca evidência foi obtida sobre isto. Se alguém acredita ou não que a suposição é correta, isto não altera os dados convincentes de que não houve diferença na sobrevida dos dois grupos no MSLT-I. Ainda discutiam que, se os autores concluem que é preferida a PLS a despeito dos achados de não melhora na sobrevida, porque o estudo foi realizado? Dr. Merion acrescenta que no MSLT-I, em relação à positividade do linfonodo sentinela, foi comparada a porcentagem de 16% de linfonodo positivo no grupo biópsia a de 15,6% no grupo de observação. Acontece que foram observados 3,4% de pacientes falso negativos ao longo do ensaio. Assim, a comparação correta seria de 15,6% no grupo observação, com 19,4% no grupo biópsia, demonstrando uma análise de dois grupos não balanceados favorecendo provavelmente a hipótese de que virtualmente nem todos os linfonodos positivos no grupo observação progridam e se tornem detectáveis.

O livro do Grupo Brasileiro de Melanoma, publicado por FA Belfort e AJA Waisntein, também discute na página 204 a existência de shunts linfovenosos que permitiriam que as células tumorais pudessem ter disseminação hematogênica sem passar pelos linfonodos⁽⁹⁾.

Em setembro de 2009, um artigo muito interessante foi publicado por Gimotty e cols., do Centro de Epidemiologia Clínica da Universidade da Pensilvânia⁽¹⁰⁾. Tentando revalidar os dados do MSLT-I que estavam publicamente

disponíveis, em uma reunião de discussão, um membro da audiência levantou e informou que houve um problema não reportado sobre a inclusão inadequada dos dados no ensaio clínico. Foi então sugerido ao Programa de Registro do National Cancer Institute rever e corrigir os dados. A resposta obtida na época foi de que a correção seria muito dispendiosa. Em agosto de 2012 foi concluída a captação final dos dados do ensaio. Até janeiro de 2014, nenhum resultado definitivo havia sido publicado. Em contato por e-mail com o Dr. Mark B. Faries, do grupo do MSLT-I, houve a informação que a redação final sofreu embargos. O conteúdo e quais autores se opuseram não foram mencionados.

RESULTADOS

Em 13 de fevereiro de 2014, o resultado final do seguimento de 10 anos do MSLT-I foi publicado no New England Journal of Medicine⁽²⁾. As conclusões foram de que o estadiamento baseado na PLS em pacientes com melanoma de espessura intermediária e grossa fornece importante informação prognóstica e identifica pacientes com linfonodos metastáticos que podem ser beneficiados com a imediata DRL. A SLD e a SLDD foram prolongadas. Em casos de espessura intermediária a sobrevida específica de melanoma foi prolongada em pacientes com metástases linfonodais.

DISCUSSÃO

Antecipadamente aos resultados definitivos da validação do valor da PLS em melanoma, através das informações que seriam obtidas pelo MSLT-I, a técnica já havia sido difundida em vários países. Várias controvérsias no início foram invocadas, como em relação à manipulação da cadeia linfonodal e se as possíveis micrometástases poderiam ser destruídas

simplesmente pelo sistema imune, sem influência humana. Artigos foram publicados sugerindo também o aumento da satelitose após o manejo da cadeia linfonodal de imediato, o que não foi confirmado.

Em 2011, KM McMasters et al. relatam que a taxa de indicação da dissecção eletiva dos linfonodos após linfonodo positivo foi de somente 50-69% nos Estados Unidos⁽¹¹⁾. A principal razão citada da negativa para o procedimento foi a recusa do paciente. Mas complementa que a hesitação do profissional Médico é provavelmente igualmente importante. Em 2012, na mesma Revista médica, foi concluída uma grande pesquisa baseada na web entre 337 cirurgiões que tratam de melanoma(12). O Estudo foi conduzido pelo Melanoma Institute Australia Research Committee. Somente 193 cirurgiões (57,2%) responderam à pesquisa. Mais de 50% eram europeus e 24,3% da América do Norte. A conclusão foi de que 92% indicavam a dissecção eletiva dos linfonodos quando linfonodo sentinela positivo. Controvérsias em relação à extensão da dissecção e indicação em cada base linfonodal foi discutida.

Realmente a conclusão atual dos resultados do MSLT-I foi de que não apresentou melhora na sobrevida geral, isto é, não modificou a história natural da doença. Simplesmente prolongou o tempo livre de doença havendo discussão em relação a sua veracidade. A qualidade de vida não foi estudada neste artigo. Novamente os autores colocam nas conclusões a frase que a PLS pode beneficiar os pacientes com a DRL em casos de metástases linfonodais. Por que usar a palavra pode? Por que simplesmente não houve confirmação estatística e a obtenção de ganho com esta afirmação é óbvia.

Uma regra geral que em Medicina é a regra dos 10%. Precisa existir esta percentagem de benefício para tentar obter uma vantagem. Um problema recorrente na interpretação dos artigos é a metodologia empregada para a conclusão dos resultados⁽¹³⁻¹⁶⁾. O chamado lead-time bias (LTB) ou guarantee-time bias ou immortal time bias define o tempo compreendido entre a detecção precoce da doença e a detecção usual através dos métodos convencionais. Para alguns é a adição artificial de tempo de sobrevida. Ao avaliar a eficácia de determinado tratamento, este período deve ser subtraído do tempo de sobrevida a fim de evitar o LTB. Este viés de tempo pode ser eliminado usando métodos analíticos como a análise do ponto de referência condicionada, o modelo de Cox com coeficientes variáveis e o modelo de probabilidade inversa ponderada(15). Outro viés é o length time bias que define o crescimento mais lento do tumor e com menos capacidade de ser fatal. Normalmente se apresenta com um período pré-sintomático mais longo.

Em 1993, JL Mills já alertava sobre a manipulação dos dados e os possíveis erros afirmando que "se você torturar seus dados por tempo suficiente eles vão te dizer o que você quer ouvir"⁽¹⁷⁾.

Vários trabalhos não randomizados observaram que o prognóstico dos pacientes linfonodo positivos são heterogêneos. A estratificação de risco da carga tumoral dentro do linfonodo já foi proposta pela classificação de Rotterdan, pelos critérios de Dewar e pela classificação S de acordo com Starz et al.⁽¹⁹⁾. Os estudos têm demonstrado que pacientes com carga tumoral linfonodal mínima apresentam excelente sobrevida equivalente aos pacientes com linfonodo negativos. O trabalho da patologia em analisar e qual metodologia empregar é essencial para a determinação de um protocolo.

Desta maneira, sendo de consenso que 20% dos pacientes com melanoma intermediário

apresentam linfonodo positivo, que destes novamente somente 20% apresentam linfonodo não sentinela positivo, o cálculo final desta equação será de que somente 4 pacientes em 100 serão beneficiados se for confirmado a efetividade da DRL. Chegaríamos a um benefício de somente 4%.

Um artigo publicado em setembro de 2010 pela escola australiana sugere o uso de um sistema de score(N-SNORE) para identificar o risco do paciente PLS positivo apresentar um linfonodo não sentinela positivo⁽¹⁸⁾. O sistema leva em consideração aspectos como sexo, regressão na lesão primária e dados do ou dos linfonodos sentinelas estudados. A ideia é estratificar o risco de linfonodos não sentinela positivos e racionalizar a indicação das DRL nos tempos de indefinição em relação à melhor conduta.

Dois trabalhos randomizados estão sendo conduzidos para tentar determinar o valor terapêutico das DRL em melanoma cutâneo⁽¹⁹⁾, já que o MSLT-I não tenha conseguido responder tal questionamento.

O primeiro é o MSLT-II, que veio para definir o valor da linfadenectomia após a PLS ser positiva para micrometástases. Foram randomizados dois braços de mais de 900 pacientes com PLS positiva cada, sendo um grupo submetido a DRL e o outro observado e acompanhado com ultrassonografia. Os resultados estão sendo aguardados e a data prevista de conclusão é em 2022. O outro é o EORTC 1208 Minitub, que se estuda pacientes com carga tumoral mínima no linfonodo sentinela positivo poderiam ser poupados das DRL. Este estudo foi iniciado em julho de 2009 e está na fase de recrutamento de pacientes, estimados em 260. A data prevista para término é em julho de 2023.

Outro enfoque interessante a ser discutido é o valor prognóstico das células tumorais circulantes encontradas no sangue periférico de pacientes portadores de melanoma cutâneo. Uma revisão sistemática e metanálise de 53 artigos foi realizada em 2006, sugerindo que existe um valor prognóstico, mas que, devido à heterogeneidade dos estudos, estas observações favoráveis exigem cautela para que não haja uma superestimativa dos resultados obtidos de dados agrupados e não randomizados (20). Os estudos apresentam muitas variáveis, tais como a época da coleta e quantas amostras, os métodos de detecção das células(reação em cadeia da polimerase ou métodos de citometria), com ou sem evidência de doença, a quantidade de carga de células obtidas, a expressão dos múltiplos marcadores atuais utilizados (primers), a biologia da célula tumoral, entre outros fatores.

Até o momento, não existe evidência suficiente para concluir que células de melanoma circulantes são biomarcadores confiáveis o bastante para uso na prática diária, mas estes estudos favorecem a hipótese formulada do marcador.

Pacientes submetidos a PLS atualmente não estão vivendo mais, mas somente estão descobrindo sua doença precocemente. A PLS não está fornecendo anos a mais para a frente, mas anos extras para trás⁽¹⁴⁾.

Concomitante à apresentação dos resultados finais do MSLT-I vários profissionais relevantes apresentaram suas observações. CM Balch e JE Gershenwald fazem um breve relato sobre a conjectura que evoluiu para a realização dos trials realçando a hipótese da incubadora⁽²¹⁾. Recai no campo da suposição quando discute enfatizando que devido ao subgrupo de prováveis beneficiados ser muito pequeno os dados estatísticos não foram confirmados. Defende ser a PLS um meio de estadiamento e informação do prognóstico identificando pacientes a serem elegíveis a ensaios de tratamento e terapia adjuvante.

O site Medscape publicou em 12 de fevereiro de 2014, um dia antes da publicação final do MSLT-I, observações feitas por vários profissionais(22). Nele, D. Coit, do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, de Nova Iorque, comenta que existem poucos sinais de que a PLS tenha benefício na sobrevida em pacientes com melanoma intermediário e havendo o benefício ele não saberia qual destes pacientes seria favorecido quando ele entra em seu consultório. A PLS é um sistema de estadiamento e prognóstico de alto custo. Existem legítimas críticas sobre o trabalho e não preocupações em relação ao homem, se referindo ao Dr. Donald Morton. Relata ainda que a doença regional pode ser controlada mesmo sendo diagnosticada somente quando clinicamente palpável e que esta conduta não representa perda de tempo de sobrevida ao paciente. Já JM Thomas comenta de uma maneira mais veemente e crítica, dizendo que o provável beneficio é uma inválida estatística devida a pós randomização. A análise de subgrupo é válida somente quando se pode identificar e estratificar antes da randomização. Ainda relata que a falha na correta publicação dos resultados traz vergonha aos autores e ao jornal.

Na redação final do MSLT-I está expresso

que a responsabilidade do conteúdo é somente dos autores e não necessariamente representa a visão oficial do Instituto Nacional do Câncer ou do Instituto Nacional de Saúde. Ainda ressalta que alguns autores apresentavam conflitos de interesses e que o artigo original foi dedicado à memória de Donald Lee Morton M.D., um excepcional líder e pesquisador, que faleceu muito recentemente, antes da publicação.

Em 10 de janeiro de 2014 foi noticiado o falecimento do Professor Donald Lee Morton, o principal investigador do trial MSLT-I⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

Complementando, as indicações da PLS devem ser discutidas pelos médicos com seus pacientes levando em consideração os prós e contras e não levando em atenção os possíveis e não comprovados benefícios apresentados pelo ensaio clínico MSLT-I.

O mérito do artigo final não está sendo discutido, dada sua grande relevância para o tratamento do melanoma cutâneo, independentemente dos resultados desfavoráveis. Discutem-se, sim, os meios empregados e as atuais pesquisas sobre o tema, enfatizando a hipótese do marcador.

ABSTRACT

In January of 1994, the first multicenter selective lymphadenectomy trial of melanoma (MSLT-I) was initiated. Patient recruitment was completed in March 2002. Initially, 2001 patients were selected. In 2012 the trial was finished with 1661 patients and follow-up period of 10 years. The final report only occurred on February 13th of 2014 after suffering embargoes. The conclusion was that biopsy-based staging of intermediate-thickness or thick primary melanomas provides important prognostic information and identifies patients with nodal metastases who may benefit from immediate complete lymphadenectomy. The disease-free survival (DFS) and distant disease-free survival (DDFS) was prolonged. In cases of intermediate thickness melanoma specific survival was prolonged in patients with nodal metastases. On the other hand, the sense of evidence-based medicine confirms that the technique did not demonstrate an impact on overall survival. The

sentinel-node biopsy provides the most important prognostic factor and better staging of the disease after the Breslow thickness.

KEYWORDS: Sentinel Lymph Node Biopsy; Melanoma; Carcinoma, Squamous Cell.

REFERÊNCIAS

- 1. Van Akkooi AC, Voit CA, Verhoef C, Eggermont AM. New developments in sentinel node staging in melanoma: controversies and alternatives. Curr Opin Oncol. 2010 May;22(3):169-77
- Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Mozzillo N, Nieweg OE, Roses DF, et al; MSLT Group. Final trial report of sentinel-node biopsy versus nodal observation in melanoma. N Engl J Med. 2014 Feb 13:370(7):599-609.
- 3. Morton DL. Overview and update of the phase III multicenter selective lymphadenectomy trials (MSLT-I and MSLT-II) in melanoma. Clin Exp Metastasis. 2012 Oct;29(7):699-706.
- Morton DL, Thompson JF, Cochran AJ, Mozzillo N, Elashoff R, Essner R, et al; MSLT Group. Sentinelnode biopsy or nodal observation in melanoma. N Engl J Med. 2006 Sep 28;355(13):1307-17.
- 5. Medalie N, Ackerman AB. Sentinel node biopsy has no benefit for patients whose primary cutaneous melanoma has metastasized to a lymph node and therefore should be abandoned now. Br J Dermatol. 2004 Aug;151(2):298-307.
- Balch CM, Soong S, Ross MI, Urist MM, Karakousis CP, Temple WJ, et al. Long-term results of a multiinstitutional randomized trial comparing prognostic factors and surgical results for intermediate thickness melanomas (1.0 to 4.0 mm). Ann Surg Oncol. 2000 Mar;7(2):87-97.
- 7. Thomas JM. Prognostic false-positivity of the sentinel node in melanoma. Nat Clin Pract Oncol. 2008 jan;5(1):18-23.
- 8. Rosenberg SA. Why perform sentinel-lymph-node biopsy in patients with melanoma? Nat Clin Pract Oncol. 2008 Jan;5(1):01.
- 9. Belfort FA, Waisntein AJA. Melanoma: Diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo: Lemar; 2010.
- Gimotty PA, Yoon F, Hammond F, Rosenbaum P, Guerry D. Therapeutic effect of sentinel lymph node biopsy in melanoma remains an open question. J Clin Oncol. 2009 Sep 10;27(26):4236-38.
- Callender GG, McMasters KM. Early versus delayed complete lymphadenectomy in melanoma: Insight from MSLT I. Ann Surg Oncol. 2011 Feb;18(2):306-8.
- 12. Pasquali S, Spillane AJ, Wilt JH, McCaffery K, Rossi

- CR, Quinn MJ, et al. Surgeons' opinions on lymphadenectomy in melanoma patients with positive sentinel nodes: a worldwide web-based survey. Ann Surg Oncol. 2012 Dec;19(13):4322-9
- 13. Patz EF, Goodman PC, Bepler G. Screening for lung cancer. N Engl J Med. 2000 Nov 30;343(22):1627-33.
- De Giorgi V, Grazzini M, Papi F, Gori A, Rossari S, Lotti T. Sentinel lymph node biopsy: Is it an evolution of the management of cutaneous melanoma? Ann Surg Oncol. 2011 Feb;18(2):597.
- 15. Giobbie-Hurder A, Gelber RD, Regan MM. Challenges of guarantee-time bias. J Clin Oncol. 2013 Aug 10;31(23):2963-9.
- 16. Streiner DL, Norman GR. Practical Biostatistic: "I'm going to live forever": the guarantee-time bias. JCSO. 2014 Jan;12(1):40-2.
- 17. Mills JL. Data torturing. N Engl J Med. 1993 Oct 14;329(16):1196-9.
- Murali R, Desilva C, Thompson JF, Scolyer RA. Nonsentinel node risk score (N-SNORE): A scoring system for accurately stratifying risk of non-sentinel node positivity in patients with cutaneous melanoma with positive sentinel lymph nodes. J Clin Oncol. 2010 Oct 10;28(29):4441-9.
- van der Ploeg AP, van Akkooi AC, Verhoef C, Eggermont AM. Completion lymph node dissection after a positive sentinel node: no longer a must? Curr Opin Oncol. 2013 Mar;25(2):152-9.
- Mocellin S, Hoon D, Ambrosi A, Nitti D, Rossi CR. The prognostic value of circulating tumor cells in patients with melanoma: a systematic review and meta-analysis. Clin Cancer Res. 2006 Aug 1;12(15):4605-13.
- 21. Balch CM, Gershenwald JE. Clinical value of the sentinel-node biopsy in primary cutaneous melanoma. N Engl J Med. 2014 Feb 13;370(7):663-4.
- 22. Mulcahy N. Landmark melanoma trial does not erase controversies [internet]. Medscape 2014 Feb. [acesso Fev. 2014]. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/820586.
- 23. Society of Surgical Oncology. Passing of an icon in cancer research [internet]. Rosemont, IL: SSO; 2014. [Acesso em Fev 2014]. Disponível em: http://www.surgonc.org/about-sso/james-ewing-foundation/death-of-surgical-oncology-icon-dr-donald-l-morton.

139

Recebido em: 20/02/2014 Aprovado em: 25/04/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Rev Med Res. 2014 Abr/Jun;16(2): 73-156

Correspondência:

Ézio Amaral

Rua Saint Hilaire, 671 - 80240-140 - Curitiba / PR

Tel.: (41) 3244-3119 e-mail: amaralezio@me.com

e mail amaratezioeme.ee



Síndrome de Gardner: Mutação do gene APC associada à neoplasia desmoide de parede abdominal

Gardner's syndrome: Mutation of the APC gene associated with desmoid tumor of the abdominal wall.

Eurico Cleto Ribeiro de Campos, TCBC-PR¹
Saturnino Ribeiro, ACBC²
Ricardo Manfredini³
Diogo Kfouri⁴
Christiane Costa Calciolari⁵
Teresa Cristina Santos Cavalcanti6

RESUMO

A Polipose adenomatosa familiar (FAP) é uma causa rara de câncer colorretal, correspondendo a 1% das neoplasias diagnosticadas. Esta síndrome é causada por uma mutação no gene supressor APC (adenomatous polyposis coli) localizado no cromossomo 5q21. Quando a FAP está associada a manifestações extracolônicas, denomina-se Síndrome de Gardner. A seguir, apresentamos o caso de uma paciente portadora de FAP e neoplasia desmoide de parede abdominal, com diagnóstico genético da Síndrome e cujo tratamento cirúrgico envolveu a protocolectomia total com bolsa ileal e reconstrução total da parede abdominal, resultando em elevada morbidade e necessidade de reabilitação e aconselhamento genético.

DESCRITORES: Síndrome de Gardner; Polipose Adenomatosa do Colo.

Campos ECR, Ribeiro S, Manfredini R, Kfouri D, Calciolari CC, Cavalcanti TCS. Síndrome de Gardner: Mutação do gene APC associada à neoplasia desmoide de parede abdominal. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.139-143, abr./jun.2014.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Geral e Cancerologia do Hospital da Polícia Militar do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

- 1. Professor Adjunto de Cirurgia Geral da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).
- 2. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital da Polícia Militar do Paraná (HPMPR).
- 3. Cirurgião Geral e Endoscopista do Hospital da Polícia Militar do Paraná (HPMPR).
- 4. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital da Polícia Militar do Paraná (HPMPR).
- 5. Fisioterapeuta e Doutora em Patologia pela Universidade de São Paulo.
- 6. Médica Patologista e Diretora Geral da Clínica Citolab, de Curitiba (PR).

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal configura entre as cinco neoplasias mais frequentes, sendo esperados cerca de 32.600 novos casos para o ano de 2014⁽¹⁾.

A maioria dos casos são esporádicos e sem fatores etiológicos definidos. Em 10% dos casos, prevalecem as neoplasias colorretais hereditárias e transmitidas através de herança autossômica dominante, destacando-se a polipose adenomatosa familiar (FAP) e a Síndrome de Linch (HNPCC) como as mais freqüentes⁽²⁻⁴⁾.

A polipose adenomatosa familiar é determinada por mutações que ocorrem no gene supressor tumoral APC, localizado no cromossomo 5q. A expressão fenotípica é de inúmeros pólipos ao longo do intestino grosso e em número superior a 100 pólipos4. Quando a FAP é acompanhada de manifestações extracolônicas denomina-se Síndrome de Gardner⁽⁵⁾.

As principais manifestações extracolônicas da síndrome são: osteomas de mandibula, hiperplasia congênita pigmentar de retina, cistos sebáceos e tumores desmoides. As neoplasias desmoides podem ser classificadas em: intraabdominal, de parede abdominal ou extraabdominal e independentemente de sua localização, são a segunda causa de morte nos pacientes portadores da Síndrome, após o câncer colorretal^(6,7).

A cirurgia é a principal e única modalidade terapêutica curativa na abordagem dos pólipos e da neoplasia desmoide. São procedimentos cirúrgicos extensos e que exigem muitas vezes grandes reconstruções, resultando em elevada morbimortalidade⁽¹⁻⁷⁾.

O objetivo foi de apresentar o caso de uma paciente jovem portadora da Síndrome de Gardner e submetida a tratamento cirúrgico concomitante dos pólipos colônicos e da neoplasia desmoide da parede abdominal, destacando a suspeita clínica, apesar de ser um caso "de novo", mediante a presença clinica de hematoquezia e massa tumorosa em parede abdominal e de crescimento rápido após o período gestacional.

RELATO DE CASO

Paciente de 19 anos, atendida na data de 26/04/2011 no ambulatório de oncologia do Hospital da Policia Militar do Paraná referindo tumoração de parede abdominal de crescimento rápido após a gestação e episódios de hematoquezia. Na história familiar, não havia antecedentes de neoplasia colorretal ou outros tumores associados. Ao exame, demonstrava tumoração de partes moles em parede abdominal, ocupando toda a musculatura da parede anterolateral, de aspecto endurecido e doloroso a palpação. Em 02/06/2011 foi submetida à biópsia incisional com anatomopatológico de fibromatose e laudo imunoistoquímico de neoplasia desmoide. Diante da suspeita clínica de Síndrome de Gardner, a paciente foi submetida a colonoscopia com diagnóstico de múltiplos pólipos em todo o cólon e de histologia adenomatosa e de alto grau. O tratamento cirúrgico definitivo foi realizado na data de 26/09/2011 e que consistiu na cirurgia de protocolectomia total com bolsa ileal e ileostomia de proteção associada a ressecção de musculatura da parede abdominal e reconstrução com tela de dupla face. Evoluiu bem no pósoperatório, tendo o fechamento da ileostomia realizado com dois meses após o procedimento cirúrgico inicial. O laudo anatomopatológico das peças cirúrgicas (Figura 1) demonstraram presença de displasia de alto grau nos pólipos e neoplasia desmoide de parede abdominal completamente ressecada. A pesquisa da mutação do gene APC no cromossomo 5,

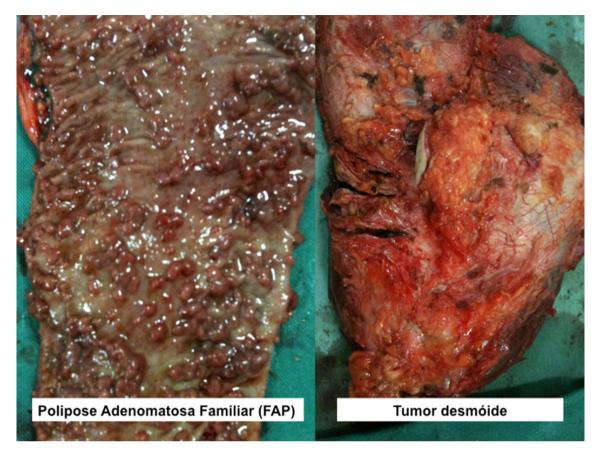


Figura 1. Múltiplos pólipos em cólon e neoplasia desmóide de parede abdominal. Expressão fenotípica da Síndrome de Gardner.

mediante sequenciamento gênico direto diagnosticou a presença de mutação do gene localizada no códon 1312, configurando um caso "de novo", vista a ausência de história familiar positiva para tal patologia.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Gardner é uma causa rara de câncer colorretal, com incidência que varia de 1 para 5.000 a 17.000 nascidos vivos. Foi descrita primeiramente por Gardner em 1950 que identificou casos de polipose colônica associados a manifestações extracolônicas, como ostemas, cistos sebáceos, neoplasias desmoides e hipertrofia congênita pigmentar de retina. Pólipos em trato digestivo superior são identificados em 34% dos casos⁽⁴⁾.

Esta síndrome é ocasionada por mutações

no gene APC (adenomatous polyposis coli) localizado no cromossomo 5q21 e transmitidos por via autossômica dominante. Este gene codifica uma proteína chamada de @ catenina e que tem a função de manter as células coesas, que na presença de mutação faz com que as células adquiram potencial invasor^(4,5).

A expressão fenotípica clássica é a presença de pólipos adenomatosos colônicos e em número superior a 100 pólipos. A penetrância é de 100%, o que significa que se estes pacientes não forem tratados a tempo, 100% deles irão desenvolver neoplasia de origem colorretal ao longo da vida e próximos aos 40 anos de idade^(4,5).

A localização da mutação ao longo do gene e identificação do códon também é importante pois quando localizada entre os códons 1250 e 1330 está associada ao fenótipo mais agressivo

e invasor da doença⁽⁴⁾. No presente estudo, a mutação do gene foi identificada no códon 1312, sugerindo a presença de uma doença de curso mais agressivo e notado previamente pela presença de inúmeros pólipos colônicos, componente histológico pré-invasor e neoplasia desmoide abdominal.

A partir da identificação da mutação no probando, torna-se importante estender a investigação para os familiares diretos. Em situações que não seja possível a pesquisa pela ausência de condições técnicas e financeiras, os pacientes devem ser tratados como de risco e realizarem anualmente retossigmoidoscopia flexível para determinar se o individuo expressa ou não o fenótipo⁽⁵⁾. O teste genético deve ser realizado a partir dos 10 anos de idade.

A protocolectomia total é o tratamento principal da FAP, objetivando eliminar o risco de desenvolver futuramente o câncer colorretal. Outras opções cirurgias são: colectomia total com anastomose ileorretal ou a colectomia subtotal, a dependerem de diferentes fatores para a indicação como: presença ou não de câncer no cólon ressecado, quantidade de pólipos no reto, idade ao diagnóstico e possibilidade da realização rotineira de retossigmoidoscopias com qualidade⁽⁴⁻⁶⁾.

As neoplasias desmoides são encontradas em 6 a 12% das FAP. São caracterizadas por proliferações fibroblásticas monoclonais de origem das estruturas musculoaponeuróticas. Apesar de não promoverem metástases, são localmente invasivos e destrutivos, com grande tendência a recorrência local. Quando localizadas no mesentério, são de difícil manejo cirúrgico, causando elevada morbidade e mortalidade (3,6,7,8).

O tratamento principal da neoplasia desmoide é a cirurgia ampla e com margens adequadas⁽³⁾. Nos casos de neoplasias não passíveis de ressecção, a quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal e de alvo molecular podem ser utilizadas, mas com resultados inferiores ao procedimento cirúrgico^(8–10).

Segundo Ballo et al.⁽⁸⁾ os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico e com margens adequadas foram superiores a radioterapia isolada em 189 pacientes analisados, indicando a radioterapia unicamente na presença de margens cirúrgicas histologicamente positivas.

Na Síndrome de Gardner, Gega et al.⁽⁹⁾ demonstraram a efetividade e baixa toxidade da quimioterapia no tratamento de neoplasias desmoides irressecáveis, sintomáticas e refratárias as terapias convencionais, documentando casos de resposta clínica completa após a administração de doxorrubicina e dacarbazina.

Estudos mais recentes têm demonstrado os benefícios de tratamentos baseados em drogas de alvos moleculares no controle das neoplasias desmoides⁽¹⁰⁾. Esses medicamentos agem preferencialmente nas vias do PDGF (*platelet derived growth factor*) e KIT, destacando-se o imatinib e sunitinib como as principais drogas e que têm promovido o controle clinico tumoral e prolongado o intervalo livre de progressão dos pacientes⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

A Síndrome de Gardner torna-se um desafio terapêutico principalmente quando associada à presença de neoplasias desmoides intra, extra ou de parede abdominal. O seguimento com exames complementares e/ou a oferta de teste genéticos são fundamentais para a detecção precoce de casos ainda assintomáticos. Uma vez tratados, os pacientes necessitam de reabilitação devida a elevada morbidade que o tratamento ocasiona.

ABSTRACT

Familial adenomatous Poliposose (FAP) is a rare cause of colorectal cancer, representing 1% of all diagnosed cancers. This syndrome is caused by mutations of the APC suppressor gene (Adenomatous Polyposis Coli) located on chromosome 5q21. When the FAP is associated with extra-colonic manifestations it is called Gardner's Syndrome. We present a case of FAP and desmoid tumor of the abdominal wall. The patient had the genetic diagnosis of the syndrome and the surgical treatment involved total protocolectomia with ileal pouch and complete reconstruction of the abdominal wall, resulting in high morbidity and need for rehabilitation and genetic counseling. *KEYWORDS: Gardner Syndrome; Adenomatous Polyposis Coli*.

REFERÊNCIAS

- Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Tipos de câncer colorretal [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
 [Acesso em março de 2014] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal.
- Coffin CM, Davis JL, Borinstein SC. Syndrome-associated soft tissue tumours. Histopathology. 2014 Jan;64(1):68-87.
- Beech D, Pontius A, Muni N, Long WP. Familial adenomatous polyposis: a case report and review of the literature. J Natl Med Assoc. 2001 Jun;93(6):208-13.
- 4. Escobar C, Munker R, Thomas JO, Li BD, Burton GV. Update on desmoids tumors. Ann Oncol. 2012 Mar;23(3):562-9.
- Half E, Bercovich D, Rozen P. Familial adenomatous polyposis. Orphanet J Rare Dis. 2009 Oct 12;4:22.
- Leal RF, Silva PV, Ayrizono Mde L, Fagundes JJ, Amstalden EM, Coy CS. Desmoid tumor in patients with familial adenomatous polyposis. Arq Gastroenterol. 2010 Oct-Dec;47(4):373-8.

- Kasper B, Ströbel P, Hohenberger P. Desmoid tumors: clinical features and treatment options for advanced disease. Oncologist. 2011;16(5):682-93.
- Ballo MT, Zagars GK, Pollack A, Pisters PW, Pollack RA. Desmoid tumor: prognostic factors and outcome after surgery, radiation therapy, or combined surgery and radiation therapy. J Clin Oncol. 1999 Jan;17(1):158-67.
- Gega M, Yanagi H, Yoshikawa R, Noda M, Ikeuchi H, Tsukamoto K, et al. Successful chemotherapeutic modality of doxorubicin plus dacarbazine for the treatment of desmoid tumors in association with familial adenomatous polyposis. J Clin Oncol. 2006 Jan 1:24(1):102-5.
- 10. Jo JC, Hong YS, Kim KP, Lee JL, Lee J, Park YS, et al. A prospective multicenter phase II study of sunitinib in patients with advanced aggressive fibromatosis. Invest New Drugs. 2014 Apr;32(2):369-76.

Recebido em: 12/03/2014 Aprovado em: 24/04/2014 Conflito de interesses: nenhum Fonte de financiamento: nenhuma

Correspondência:

Eurico Cleto Ribeiro de Campos Avenida Cândido Hartmann, 528 - 3º andar 80730-440

e-mail: ecrcampos@yahoo.com.br



Leiomiossarcoma primário de adrenal

Primary adrenal leiomyosarcoma

Thomaz Machado Mariano¹

RESUMO

O leiomiossarcoma da glândula adrenal é uma neoplasia extremamente rara, cuja origem provém da veia central da adrenal ou de suas tributárias. Estes tumores são vistos com incidência aumentada em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e também pelo vírus Epstein-Barr (EBV)⁽¹⁾. Relata-se o caso de um paciente de 64 anos, apresentando massa ocupando entre rim direito e adrenal, diagnosticada por meio de exames de imagem em março de 2012. O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica dessa massa. A histopatologia e a imuno-histoquímica eram compatíveis com leiomiossarcomabem diferenciado em adrenal, com metástase para parênquima renal. O paciente encontra-se em acompanhamento no serviço de oncologia do Hospital Regional João de Freitas. O objetivo deste artigo é relatar através de um caso clínico sobre leiomiossarcoma de adrenal e demonstrar a baixa incidência dessa patologia na população mundial.

DESCRITORES: Leiomiossarcoma; Adrenalectomia; Glândulas endócrinas.

Mariano TM. Leiomiossarcoma primário de adrenal. Relato de caso. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.144-146, abr./jun.2014.

INTRODUÇÃO

O objetivo desse artigo é relatar através de um caso clínico sobre leiomiossarcoma de adrenal e demonstrar a baixa incidência dessa patologia na população mundial. O leiomiossarcoma primário de adrenal é uma neoplasia

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

Rev Med Res. 2014 Abr/Jun;16(2): 73-156

maligna extremamente rara de etiologia ainda desconhecida. Sabe-se apenas que o crescimento ocorre a partir de estruturas que contenham músculo liso, como as veias que drenam esta glândula. Durante seu crescimento inicial pode permanecer assintomático até que tenha dimensões suficientes para causar sintomas compressivos, normalmente acima de 5 cm. Nesta fase já avançada, as queixas mais comuns são massas abdominais de grande volume, dor na região lombar de forte intensidade, podendo estar associado a febre, anorexia e emagrecimento(2). O primeiro caso reportado na literatura mundial foi em 1981, por Choi e Liu e, desde então, há apenas 11 casos diagnosticados em pacientes vivos e dois resultados de autópsias. Estes tumores são vistos com incidência aumentada em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e também pelo vírus Epstein-Barr (EBV). O Diagnóstico baseia-se no quadro clínico associado exames de imagem (Ultrassonografia, Tomografia computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética), achados histológicos e imunohistoquímica(1). Adrenalectomia é o tratamento de escolha, não sendo necessário o emprego de químio ou radioterapias de rotina, exceto em doença metastática ou irressecável(1).

RELATO DE CASO

J.B.R., 64 anos, masculino, natural de Minas Gerais, residente em Marilândia do Sul (PR), hipertenso, etilista encaminhado ao serviço de oncologia do Hospital Regional João de Freitas, com tomografia computadorizada multislice de abdome total demonstrando lesão nodular hipervascularizada perirrenal à direita, entre rim e a adrenal, com compressão da veia cava inferior, de natureza a esclarecer, podendo ser

consideradas as possibilidades de lesão de linhagem neurogênica (glanglioneuroma), doença linfoproliferativa, linfonodopatia ou ainda lesão originária da adrenal. E ressonância nuclear magnética de abodome total demonstrando lesão nodular sólida retroperitoneal no espaço perirrenal direito, envolvendo o corpo e a asa medial da adrenal; deve-se considerar inicialmente as possibilidades de mielolipoma/ angiomiolipoma ou adenoma de adrenal.

Relatou, no primeiro atendimento no serviço de oncologia do Hospital Regional João de Freitas, histórico de dor em região lombar à direita, perda ponderal e astenia. Foi submetido a nefrectomia à direita e adrenalectomia com ressecção de tumor retroperitoneal, evoluindo bem no pós-operatório. O resultado do anatomopatológico concluiu que se tratava de uma neoplasia de padrão fusocelular com moderadas atipias com infiltração de rim e adrenal direitos. O estudo imuno-histoquímico é compatível com leiomiossarcoma bem diferenciado em adrenal, com pequena metástase de parênquima renal. Foram solicitadas sorologias para vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e também para vírus Epstein-Barr (EBV), as quais foram negativas. O paciente encontra-se em acompanhamento no serviço de oncologia, não havendo, até o momento, sinais de metástase.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que, não obstante a raridade desta neoplasia, sabe-se que, bem como os demais sarcomas de partes moles, o leiomiossarcoma de adrenal se comporta de maneira agressiva e tem na adrenalectomia o tratamento de escolha, não sendo necessário o emprego de quimio ou radioterapias de rotina, exceto em doença metastática ou irressecável⁽¹⁾.

ABSTRACT

Leiomyosarcoma of adrenal gland is an extremely rare tumor originating from the central adrenal vein or its tributaries. Patients with human immunodeficiency virus (HIV) and Epstein-Barr infection have a higher incidence of these tumors⁽¹⁾. In this paper we report a case of a 64 year-old man whose diagnosis was made by image exams in March 2012, which had suggested a mass in the right adrenal area. This patient was submitted to surgery for resection of the mass. The histopathologic and immunohistochemistry exams were compatible with primary leiomyosarcoma of adrenal gland with metastasis to the renal parenchyma. The patient is followed up at the Oncology Service, in Hospital Regional João de Freitas. The objective of this paper is to report through a clinical case of leiomyosarcoma of the adrenal and demonstrate the low incidence of this disease in the world population.

KEYWORDS: Leiomyosarcoma; Adrenalectomy; Endocrine glands.

REFERÊNCIAS

- Tomasich FDS, Luz MA, Kato M, Targa GZ, Dias LAN, Zucoloto FJ, et al. Leiomiossarcoma primário de adrenal. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2008 Dec;52(9):1510-4. http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0004-27302008000900017.
- Lujan MG, Hoang MP. Pleomorphic leiomyosarcoma of the adrenal gland. Arch Pathol Lab Med. 2003 Jan;127(1):e32-5.
- 3. Choi SH, Liu K. Leiomyosarcoma of the adrenal gland and its angiographic features: a case report. J Surg Oncol. 1981;16(2):145-8.

Recebido em: 19/03/2014 Aprovado em: 20/04/2014 Conflito de interesses: nenhum. Fonte de financiamento: nenhuma.

Correspondência:

Thomaz Machado Mariano Rod. PR-218, Km 01, Jardim Universitário Arapongas / PR. CEP- 86702-670 e-mail: thomaz-mariano@hotmail.com.br



Expressões médicas: falhas e acertos

Medical expression: failures and hits

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

Bacelar S, Galvão CC, Alves E, Tubino P. Expressões médicas: falhas e acertos. Rev. Med. Res., v.16, n.2, p.147-151, abr./jun.2014.

Subespecialidade. Recomendáveis: superespecialidade ou supraespecialidade, nomes existentes na literatura médica. Pode-se também dizer hiperespecialidade. Para indicar especialidade dentro de uma especialidade médica, subespecialidade é nome desprimoroso. Se determinada área ou grupo de doenças são mais estudados, se há mais dedicação ou até dedicação exclusiva, tal atividade é uma superdedicação e há superespecialização ou supraespecialidade; o profissional torna-se superespecializado, não subespecializado. Subespecialidade indica, estranhamente, que o profissional a ela dedicada é subespecialista, subespecializado numa subespecialização, nomes ambíguos que mais aparentam indicar que o profissional é de categoria inferior e dedicado a uma especialização insuficiente. Subespecialidade parece indicar que a especialidade está abaixo quando, na realidade, está acima, não é inferior. É questionável que um especialista se denomine subespecialista ou subespecializado. Melhor ser supra-especializado ou superespecializado e mesmo hiperespecializado. O nome subespecialidade está consagrado na linguagem médica pelo seu amplo uso, mas o prefixo sub indica um paradoxo ou, ao menos, uma ambigüidade. Convém observar que ambigüidade é defeito de linguagem, impróprio à linguagem científica. É cacografia escrever sub-especialidade. É, de fato, irônico enunciar supraespecialista ou superespecialista em uma subespecialidade. Mais estranho dizer subespecialista em uma subespecialidade. Em análise rigorosa, trata--se de especialidade, mesmo que seja um ramo de determinada especialidade. A endoscopia digestiva, por exemplo, é ramo da gastroenterologia, mas se o profissional a ela dedicado é um especialista no assunto, nesse caso ele atua em uma especialidade, assim como cirurgia pediátrica não seria subespecialidade da

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.

pediatria, nem a pediatria uma subespecialidade da clínica geral.

Superavit. Frequentemente, pode ser substituído por excesso, sobras. Esse termo, contudo, está assentado no Vocabulário Ortográfico, assim como superávit (com acento gráfico) e superavitário (Academia, 2004). O acento diacrítico, nesse caso, cria um caso especial de palavra cujo étimo é paroxítono (superavit) e, com o aportuguesamento torna-se proparoxítono (superávite), comparável a hábitat em que teríamos uma acentuação anômala (em português, pronuncia-se hábitate) inexistente em português. Com isso, tal acentuação gráfica torna-se polêmica. Além disso, forma plural irregular (ts) na língua portuguesa. Isso pode ser evitado com a substituição desses nomes ou com seu uso na forma original. Do latim superavit, sobrou, de superare, exceder, sobrar. Vale por sobrepassou, ultrapassou (Houaiss, 2001). Como significado próprio, nos dicionários, superavit é registrado como diferença a mais entre a despesa e a receita e é, então, termo mais adequado aos assuntos afeitos aos economistas e profissionais afins que aos discursos médicos. Por ser nome latino, recomenda-se escrevê-lo em letra diferenciada, itálica, por exemplo, como está no Houaiss. Desse modo, superavit ou superávit são nomes pertencentes à linguagem, mas por serem latinismos, convém, sempre que for possível, substituí-los por termos vernáculos equivalentes, como excesso, sobra, excedente, demasia e outros. Em lugar de "superávit calórico" ou "superávit volêmico", pode-se dizer excesso calórico e volemia excedente, por exemplos.

TAP. Sigla de tempo e atividade de protrombina. É errôneo sua referência apenas à atividade como ocorre em lanços como "O valor

mínimo de TAP aceito para a cirurgia é de 75 a 80%.". "O valor mínimo de TAP aceito para a cirurgia é de 75 a 80%.". "Sinal de mau prognóstico na insuficiência hepática aguda: TAP inferior a 20%.". As referências corretas são: TAP: 15" 62%; TAPs: 14" 70% e 12"100%. Tempo e atividade de protrombina (TAP) iniciais: 15" e 62%. Também é irregular referir TAP como tempo de tromboplastina parcial. Nesse caso, o correto é TTP. Uma vez que a sigla se refere a tempo, diz-se o TAP, não "a TAP", já que o gênero masculino (tempo) prepondera em relação a nomes do gênero feminino quando mencionados juntos, como ocorre no presente caso.

Topografia. É a descrição detalhada de um local, o que se escreve sobre este. É descrição ou delineação exata e minuciosa de uma localidade; arte de representar no papel a configuração de uma extensão de terra com a posição de todos os seus acidentes naturais ou artificiais. Em anatomia geral, descrição minuciosa de qualquer parte do organismo humano (Houaiss, 2001). Do grego gr. Topographía, 'descrição de um lugar; de topós, lugar, e graphein, escrever. Assim, é inadequado usar topografia como sinônimo de área, local, localização, região, como nos dizeres: "velamento na topografia do baço", "dor na topografia do rim esquerdo", "palpação da topografia da vesícula biliar", "fungos existentes em várias topografias do centro cirúrgico". Em lugar de topografia, pode-se usar: área, local, localização, região. Em rigor, dor na topografia do baço significa que a descrição regional do baço está doendo.

Toráxico. Profanação gráfica de grosso calibre, às vezes acompanhada das pronúncias *toráchico* ou *torácsico*. Com acerto: torácico, como vem nos dicionários. do gr. *thôraks,akos* 'peito,

149

tórax'; o prefixo regular é torac(o), como se vê em toracalgia, toracemia, toracocentese, toracodinia, toracofacial, toracografia, toracolombar, toracomelia, toracopagia, toracoplastia, toracoscopia, toracostenose, toracotomiae e outros casos.

Torção de testículo. Recomendável dizer: torção do cordão espermático, torção do pedículo testicular, torção do cordão inguinal, rotação testicular ou, ainda, torção pedicular do testículo, visto que o próprio testículo, evidentemente, não torce. Pode-se também dizer rotação testicular. Torcer significa girar sobre si mesmo, ou seja, sofrer deformação no próprio corpo. Não é sinônimo de girar, rodar, e são estas as ações que realmente são realizadas pelo testículo. Pode-se torcer o pescoço (não a cabeça), o intestino (má-rotação não é torção), a trompa uterina, o cordão umbilical, o omento, o braço, o tornozelo, o pé. O mesmo caso se aplica a "torção de ovário" ou "torção do baço". A torção ocorre no pedículo, não no próprio corpo desses órgãos. É igualmente desadequado citar "paciente destorcido" em referência ao paciente cujo pedículo testicular foi destorcido por intervenção cirúrgica. Torção de testículo, torção de ovário, torção de baço são expressões consagradas pelo uso na comunidade médica e, por serem fatos da língua, não há que serem tidas como erro e nem podem mais ser suprimidas da linguagem médica. Contudo, aos que são esquivos às imperfeições, particularmente em relatos científicos formais, são recomendáveis as opções que não trazem possibilidades de censuras.

Tóxico. – Pronuncia-se *tócsico*, assim como todos os seus derivados: intoxicar, atóxico, toxicóforo, toxicômano, intoxicação. Na linguagem geral, existem três pronúncias: *tócsico*, *tóchico* e *tóssico*, o que as tornam fatos da língua. Contudo, a norma culta indica apenas a pronúncia cs para o x nesses casos, conforme se registra em bons dicionários e no Vocabulário Ortográfico da Acad. Bras. de Letras. Convém acrescentar que, em latim, de onde o termo tóxico procede, o x tem som de *cs*. De *toxicum*, veneno, e este do grego τοξικον (*toxikon*), veneno para flechas (Houaiss, 2001) em que a letra grega csi (ξ) representa o x com esse som, em português (Galvão, 1909).

trans-hepático - transepático. Ambas as grafias existem na linguagem médica e podem ser usadas. Errôneo usar "trans hepático" separadamente ou "transhepático", por serem formas incoerentes com as normas ortográficas oficiais (Academia, 2004). A grafia mais comum é trans-hepático. A lei do uso é fator muito forte, pois indica a preferência geral ou popular. Mas transepático é a forma gramatical por excelência, visto que o hífen tem muitos adversários entre os lingüistas. De fato, o VOLP traz transarmônico, transindu, transiduísmo, trasispânico, transumano e nenhuma forma hifenizada com o prefixo trans. Por associação e coerência, transepático é a forma recomendável para uso em relatos científicos formais. Também: transipofisário, transioide e semelhantes.

CERMEPAR - COREMES do Paraná

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE SAÚDE DO NOROESTE DO PARANÁ

Avenida Ipiranga, 3883 – Zona 1 87501-310 - UMUARAMA - PR Telefone: (44) 3621-1299 e-mail: adm.norospar@bol.com.br

Coordenador da COREME: Dr. Salem Abou Rahal

Representante dos Médicos Residentes:

ASSOCIAÇÃO BOM SAMARITANO - HOSPITAL SANTA RITA

Praca Sete de Setembro, 285. 87015-290 - Maringá - PR

Telefones: (44) 3029-7797/3220-6000 - Fax: (44) 3220-6209

E-mail: residencia@hsr.org.br

Coordenador da COREME: Dr. Alvo Orlando Vizzotto Júnior

Representante dos médicos residentes: Dr. Matheus Jacometo Coelho

de Castilho

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Duque de Caxias, 635 - Jardim Mazzei II

86015-901 - LONDRINA - PR.

Telefone: (43) 3323-9784 - (43) 3372-9429

e-mail: planejamento.saude@saude.londrina.pr.gov.br Coordenador da COREME: Dr. Alcindo Cerci Neto

Representante dos Médicos Residentes:

CEMIL CENTRO MÉDICO MATERNO INFANTIL LTDA

Rua Angelo Moreira da Fonseca, 3415 – Zona I-A 87021-540 - UMUARAMA - PR.

Telefone: (44) 3621-2836

e-mail: cemil@hospitalcemil.com.br

Coordenador da COREME: Dr. Antonio Francisco Ruaro

Representante dos Médicos Residentes:

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES POSITIVO

Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300 - Cidade Industrial

81803-330 - CURITIBA - PR.

Telefone: (41) 30777-3047

Coordenador da COREME: Dr. Angelmar Constantino Roman

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

Representante dos médicos residentes: Dra Marcela Marach Carpentieri

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

Representante dos Médicos Residentes:

CURITIBA PREFEITURA MUNICIPAL

Rua Francisco Torres, 830 – Edifício Laucas

80160-130 - Curitiba - PR

Fone: (41) 3350-9311

e-mail: coreme@sms.curitiba.pr.gov.br

Coordenadora da COREME: Dra Marcela Ceci Dohms

FOZ DO IGUAÇU PREFEITURA

Rua Adoniran Barbosa, 380 - Parque Monjolo

85864-380 - Foz do Iguaçu - PR.

Fone: (45) 3521-1975

Coordenador da COREME: Dr. Roberto de Almeida

HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS

Rua Senador Souza Naves, 648-A - Centro

86010-170 - Londrina - PR Telefone: (43) 3356-6000 Fax: (43) 3322-0433

E-mail: hoftalon@hoftalon.com.br

Coordenador da COREME: Dra Érika Hoyama

Representante dos médicos residentes: Tiago Clivati de Marchi

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI

Rua Pedro Collere, 992, Vila Isabel,

80320-320 - Curitiba - PR Telefone: (41) 3013-9267

Fax: (41) 3244-7093

E-mail: fundacao@fundacaofcostantini.org.br

www.fundacaofcostantini.org.br

Coordenador da COREME: Dr. José Rocha Faria Neto

Representante dos médicos residentes: Agenor C. Corrêa Neto

HOSPITAL DE CARIDADE DO PARANÁ SANTA CASA DE MISERICÓR-DIA 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. Sheldon Rodrigo Botogoski Representante dos médicos residentes: Não Informado

HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA

Avenida Vicente Machado, 1310 - Batel

80420-011 - Curitiba - PR.

Fone: (41) 3016-6622/3017-5208 - Fax(41) 3017-5261

E-mail: coremehcv@cruzvermelhapr.com.br

Coordenador da COREME Dr. James Skinovskyi

Representante dos Médicos Residentes: Dr. Rodolfo Lara de Macedo

HOSPITAL DA PROVIDÊNCIA

Rua Rio Branco, 518

86800120 - APUCARANA - PR.

Fone: (43) 3420-1465

e-mail: secretaria@hospitaldaprovidencia.org.br

Coordenador da COREME: Dr. Luciano Ferreira Dutra

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@ufprbr

Coordenador da COREME:

Representante dos médicos residentes: a confirmar

HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1059 - Centro

85010-250 - Guarapuava - PR.

Telefone: (42) 3621-7800

e-mail: residenciamedica@hospitalsaovicentedepaulo.com.br Coordenador da COREME: Dr. Eduardo de Franco Borges

151

Rev Med Res. 2014 Abr/Jun;16(2): 73-156

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: Dr. Luis César Bredt

Representante dos Médicos Residentes:

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA

Rua Paes Leme, 1351 – Jardim América

86010-610 – Londrina – PR

Fone: (43) 3315-2137

e-mail: residencia@hospcpracao.com.br

Coordenador da COREME: Dr. Gualter Sebastião Pinheiro Junior

HOSPITAL DO TRABALHADOR - FUNPAR

Av.República Argentina, 4406, Novo Mundo

81050-000 - Curitiba - PR

Telefone: (41) 3212-5710 - Fax: (41) 3212-5709

Email: hosptrab@sesapr.gov.br

Coordenador da COREME:

Representante dos médicos residentes:

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

Representante dos médicos residentes:

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 Representante dos médicos residentes:

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga

86015-900 - Londrina - PR

Telefone: (43) 3378-1326 - Fax: (43) 3324-7772

Email: diretoria medica@aebel.org.br

Coordenador da COREME: Dr. Paulo Adilson Herrera

Representante dos médicos residentes: Dr. José Perandre Neto

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 Cilmara Cristina Kuwahara

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês

80810-040 - Curitiba - PR

Telefone/Fax: (41) 3240-6639

Email: centrodeestudos@hnsg.org.br

Coordenador da COREME: Dr. Christiano Marlo Paggi Claus

Representante dos médicos residentes:

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS MATERNIDADE MATER DEI

Rua Conselheiro Laurindo, 540 – Centro

80060-100 – Curitiba – PR.

Telefone: (41) 3883-4300 - Fax: (41) 3883-4333

Coordenador da COREME: Dr. Odilon Dimas de Barros Filho

HOSPITAL 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

Coordenador da COREME: Dr. Samir Ale Bark

Representante dos Médicos Residentes: Dr. Thiago de Oliveira Coelho

HOSPITAL DA PROVIDÊNCIA MATERNO INFANTIL

Rua Rio Branco, 435 – Centro

86800-120 – Apucarana – PR.

Telefone: (43) 3420-1465

e-mail: secretaria@hospitaldaprovidencia.org.br

Coordenadora da COREME: Dra Sebastiana Dias Simões

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

Representante dos médicos residentes: Não Informado

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

Endereco: 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

Representante dos Médicos Residentes:

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. Amilton Perotti Júnior

HOSPITAL SÃO LUCAS DE CASCAVEL

Rua Engenheiro Rebouças, 2219 - Centro

85812-130 – Cascavel – PR

Fone: (45) 3219-2421

e-mail: residenciamedica@fag.edu.br

Coordenador da COREME: Dr. Rogério Yassuaki Sakurada

HOSPITAL SÃO LUCAS DE PATO BRANCO

Rua Silvio Vidal, 67 – Centro

85505-010 – Pato Branco – PR

Fone: (46) 3220-3544

Coordenador da COREME: Dr. Mauro Schiffl Mattia

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: médicos@funef.com.br

Coordenador da COREME: Dr. Geraldo Alberto Sebben

Representante dos médicos residentes: Dr. Lucas Eduardo Savoia de Oliveira

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Avenida São José, 300, Cristo Rei

80350-350 - Curitiba - PR Telefone: (41) 3271-3009

Fax: (41) 3262-1012

E-mail: academica.huc@pucpr.br

Coordenador da COREME: Dra Giana Silveira Giostri

Representante dos médicos residentes:

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 Pontual Cardoso

Representante dos médicos residentes:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ

Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá

87080-000 - Maringá - PR

Telefones: (44) 3011-9119 - Fax (44) 3011-9423

e-mail: sec-dmd@uem.br

Coordenador da COREME: Dr. Hilton José Pereira Cardim

Representante dos médicos residentes:

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

Representante dos médicos residentes: Dr. Francisco Gonçalves Neves Neto

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 Representante dos médicos residentes: a confirmar

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

Representante dos médicos residentes: Erasmo Barros da Silva Júnior

INSTITUTO NOSSA SENHORA APARECIDA

Rua Guadiana, 4095 – Zona I

87501-020 – Umuarama – PR

Telefone: (44) 3621-2828

 $e\hbox{-}mail\hbox{:} institutonsa@hotmail.com$

Coordenador da COREME: Dr. Luiz Carlos Cortez Derenusson

IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

Rua Espírito Santo, 523 – Centro

86010-510 – Londrina – PR

Telefone: (43) 3374-2500

e-mail: iscal@iscal.com.br

Coordenador da COREME: Dr. Ascencio Garcia Lopes Junior

LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Rua Dr. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas

81060-060 - Curitiba/PR

Telefone: (41) 3361-5123 - Fax: (41) 3361-5166

 $\hbox{E-mail: cepep@lpcc.org.br; ensino@lpcc.org.br}$

Coordenador da COREME: Drª Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi Representante dos médicos residentes: Murilo de Almeida Luz

ORGANIZAÇÃO FREDERICO GUILHERME KECHE VIRMOND

Rua Pedro Alves, 1283

85010-080 - Guarapuava - PR

Telefone: (42) 3621-6253 – Fax: (42) 3622-4233

Coordenador da COREME: Dr. Helio Delle Donne Junior

POLICLÍNICA PATO BRANCO

Rua Pedro Ramires de Mello, 361 - Centro

85501-250 - Pato Branco - PR

Telefone: (46) 3225-2572 - Fax: (46) 2101-2101

Coordenador da COREME: Dr. Fernando Rios Fonseca

REDE DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE METROPOLITANA

Rua Dom Pedro I, 65 – Jardim Independência

87110-280 - Sarandi - PR

Telefone: (44) 3264-8800 - Fax: (44) 3264-8817

Coordenador da COREME: Dr. Marco Aurélio Beloto de Souza

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Rua Santos Dumont, 555, Zona 03

87050-100 - Maringá - PR

Telefone: (44) 3027-5800 – Fax (44) 3027-5799

E-mail: coreme@santacasamaringa.com.br

Coordenador da COREME: Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira

Representante dos médicos residentes: Drª Natália Campos e Santos

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. Peter Schirmer

SANTA CASA DE PARANAVAÍ

Rua Rio Grande do sul, 2425

87703320 – Paranavaí – PR

Telefone: (44) 3421-8300 E-mail: arrais@santacapvai.com.br

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS PREFEITURA

Rua Mendes Leitão, 3068

83051-150 – São José dos Pinhais – PR

Telefone: (41) 3381-5850

e-mail: adoldo@lucem.org

Coordenador da COREME: Dr. Adolfo Oscar Gigglberger Bareiro

Representante dos Médicos Residentes:

SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Saldanha Marinho, 1763 - Bigorrilho

80730-180 - Curitiba - PR

Telefone: (41) 3240-5486 - Fax: (41) 3335-7172

E-mail: coremehuec@hotmail.com

Coordenador da COREME: Flamarion dos Santos Batista

Representante dos médicos residentes:

(*) As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para cermepar@crmpr.org.br

MUSEU DA, HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY OF MEDICINE MUSEUM

Doutorandos de 1940 e o primeiro japonês a se tornar médico no Paraná

Graduates of 1940 and the first japanese to become a doctor in Paraná

Wittig EO. Doutorandos de 1940 e o primeiro japonês a se tornar médico no Paraná. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.2, p. 154-155, abr./jun. 2014.



Formandos de 1940 em frente à Maternidade Victor do Amaral.

DESCRITORES: História da medicina, Dr. Alô Guimarães, Maternidade Victor do Amaral, UFPR, Dr. Paulo Otsuka, imigrante japonês.

KEYWORDS: Medicine history, Dr. Alô Guimarães, maternity, Victor do Amaral, UFPR, Dr. Paulo Otsuka, japanese immigrant.

154 Rev Med Res. 2014 Abr/Jun;16(2): 73-156

^{*} Diretor do "Museu de História da Medicina" da Associação Médica do Paraná. Prof. Adjunto de Neurologia (apos.) do Curso de Medicina no Hospital de Clínicas, da UFPR.



Dr. Paulo e a esposa Sizu, defronte ao consultório montado em 1941, em Bandeirantes.

O Museu de História da Medicina do Paraná tem em seu acervo o álbum de "photographias" que registra a turma de formandos da Universidade Federal do Paraná de 1940, que prestou homenagem ao Prof. **Alô Ticoulat Guimarães** (Curitiba, 1903-1985).

"Ao nosso professor e amigo Dr. Alô Guimarães, uma homenagem dos doutorandos de 1940. Curitiba 29-10-40". Esta é a inscrição presente na fotografia que registra os "doutorandos de 1940" em frente à da Maternidade Victor do Amaral, da Universidade do Paraná, inaugurada pelo próprio Reitor e homenageado em 19 de dezembro de 1925.

O álbum foi doado ao museu pelo Dr. Manoel Guimarães, neto do Professor Alô Guimarães.

Um dos formandos presentes na imagem é o Dr. Paulo Otsuka, nascido Yasaku Otsuka, em 27 de fevereiro de 1906 em Hakui, Ishikawa, Japão. Ele se constitui no primeiro imigrante japonês a se graduar em Medicina no Paraná. Exerceu a profissão na região de Bandeirantes, onde faleceu em junho de 1986, aos 80 anos de idade. Casado com Sizu Hasegawa Otsuka, teve dois filhos médicos – Nelson e Célia - e

ajudou muitos outros descendentes a seguir a profissão médica.

Em 2009, como parte dos festejos do centenário da imigração japonesa, a família Otsuka foi homenageada pelo Conselho de Medicina do Paraná.



Dr. Paulo Otsuka, na formatura em 1940.



Filho e esposa do imigrante pioneiro, na homenagem realizada pelo CRM em 2009.

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 o Museu em nosso site: www.amp.org.br

ISSN 2237-7131



www.crmpr.org.br