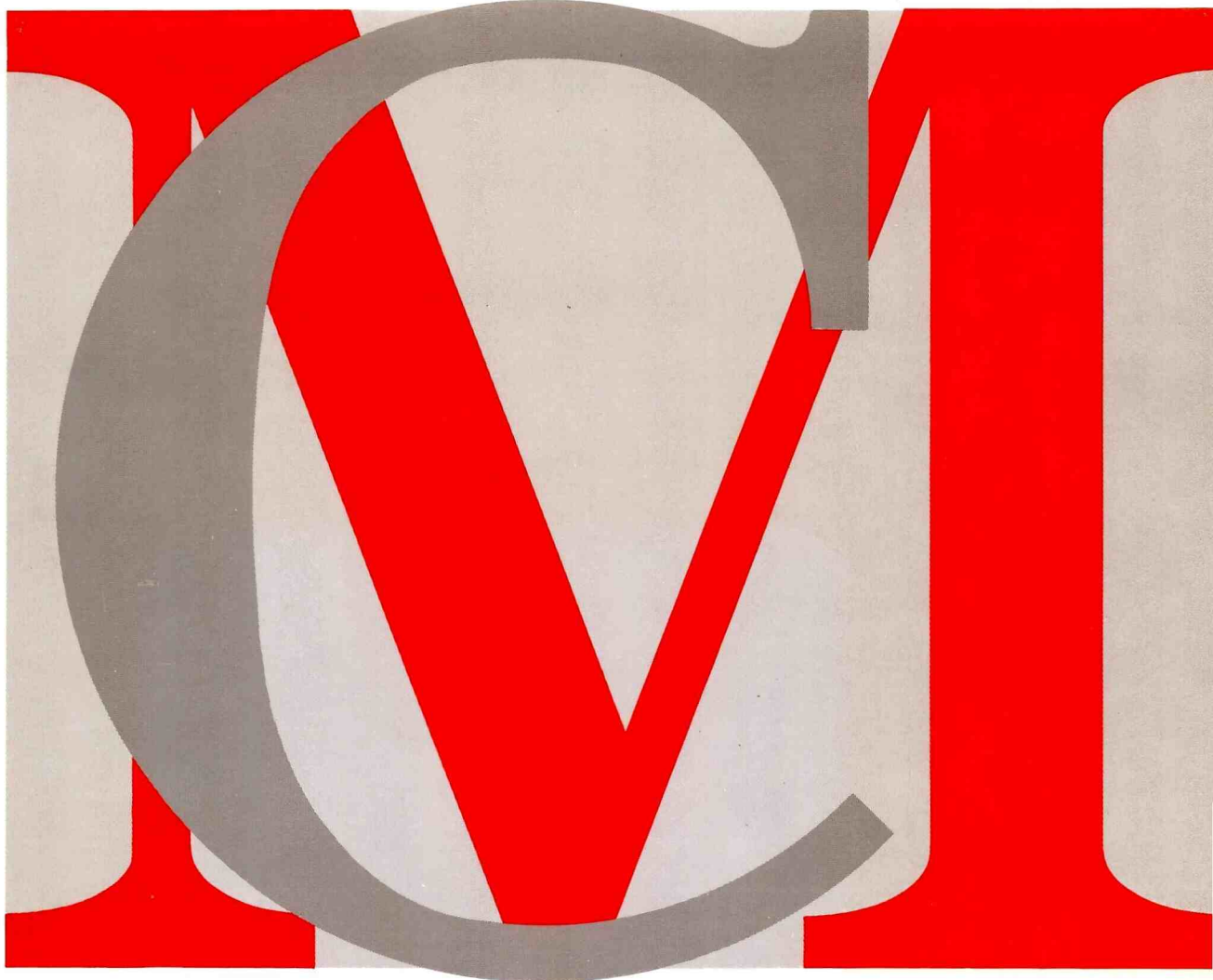


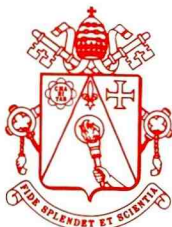
Volume 2

Número 1/3

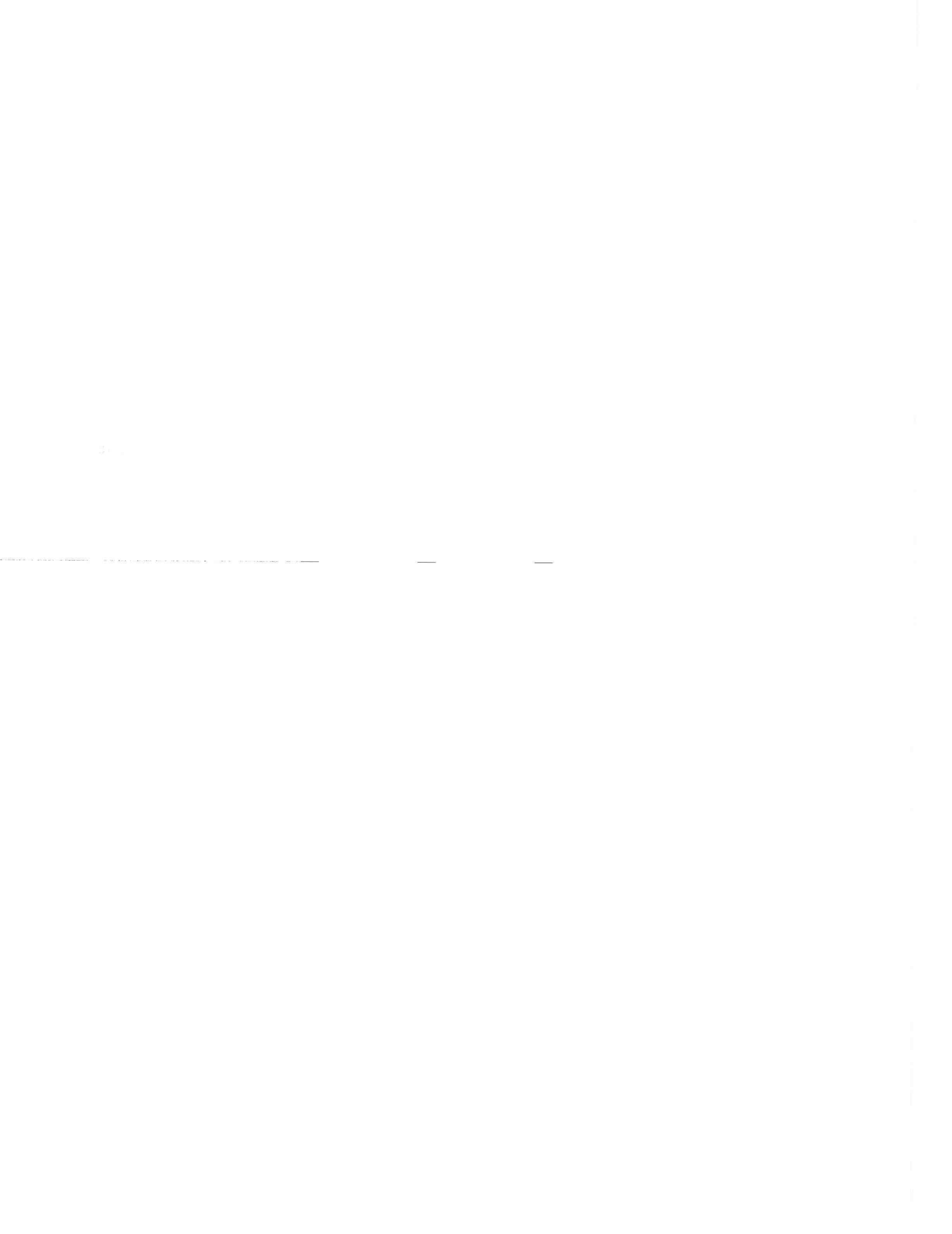
Janeiro/Dezembro 1.993



REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS



REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP

ISSN 0104-0057

SUMÁRIO

	Págs.
1 - Editorial	3
2 - Artigos de revisão: Assistência pré-natal e abordagem obstétrica de gestante cardiopata	5
Maria Luiza Junqueira Gonzaga Toledo Leite Armando Miguel Júnior Júlio César Gomes	
Osteoporose e terceira-idade: fatores de risco e prevenção	9
Maria Cristina Ferraz de Mello João Francisco Marques Neto	
3 - Artigos originais: Reuniões informativas com pacientes epiléticos: atuação multidisciplinar	15
Lucinda Maria Garcia de Tella Lineu Corrêa Fonseca Eliana Maria Furlani Claudia Maria Bertuqui	
Dificuldades na seleção de pacientes candidatos à cirurgia estética: uma avaliação da afetividade	19
Kátia Mariko Haranaka Marcos Lee Citti Pedro Henrique de Azevedo Penna Chaves Luiz Henrique Trillo	
Padrões eletrencefalográficos ligados às epilepsias benignas parciais da infância: correlações clínico-eletrencefalográficas	22
Lineu Corrêa Fonseca Glória Maria Almeida Souza Tedrus Maria Cristina Albertin	
4 - Ponto de vista: Urge mudar o que não está bom	28
Sílvio dos Santos Carvalho	
Resumos dos trabalhos apresentados e premiados na XIII Semana Médica do Diretório Acadêmico Samuel B. Pessoa	29

CONTENTS

	Pages
1 - Editorial	3
2 - Review article: Prenatal care and obstetrical approach of the cardiopatic pregnant	5
Maria Luiza Junqueira Gonzaga Toledo Leite Armando Miguel Júnior Júlio César Gomes	
Orteoporosis and Third Age: factors of risk and prevention	9
Maria Cristina Ferraz de Mello João Francisco Marques Neto	
3 - Original article: Informative meetings with epileptic: multidisciplinary action	15
Lucinda Maria Garcia de Tella Lineu Corrêa Fonseca Eliana Maria Furlani Claudia Maria Bertuqui	
Difficulties in the selection of patients who apply for aesthetic surgery: an affectivity evaluation	19
Kátia Mariko Haranaka Marcos Lee Citti Pedro Henrique de Azevedo Penna Chaves Luiz Henrique Trillo	
Electroencephalographic patterns of benign childhood partial epilepsies: clinical-electroencephalographic correlations	22
Lineu Corrêa Fonseca Glória Maria Almeida Souza Tedrus Maria Cristina Albertin	
4 - Point of view: It is necessary to change what is not going fine	28
Sílvio dos Santos Carvalho	

EXPEDIENTE

**Revista de Ciências Médicas - Puccamp
Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia
Universidade Católica Campinas**

Grão Chanceler	Dom Gilberto Pereira Lopes
Magnífico Reitor	Prof. Gilberto Luiz Moraes Selber
Vice-Reitor para Assuntos Administrativos	Prof. Alberto Martins
Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos	Prof. Pe. José Benedito Almeida David
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas	Prof. Luiz Maria Pinto
Vice-Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas	Profª Alice Aparecida de Olim Bricola
Editor	Prof. João Francisco Marques Neto
Conselho Editorial	Adil Muhiid Samara Alice Reis Rosa Antônio de Azevedo Barros Berenice Rosa Francisco Elda Mathilde Hirose Pastore Geraldo Gomes de Freitas Jessé de Paula Neves Jorge José Alfredo dos Reis Neto Ligia Maria Juppo de Souza Rugolo Lineu Corrêa Fonseca Marcela Zugaib Moacir de Pádua Vilela Nelson Ari Brandalise Paulo José Ferreira Tucci Saul Goldenberg Sílvio dos Santos Carvalhal Sílvio Saidemberg Vicente Renato Bagnolli

Capa: Alcy Gomes Ribeiro
Normalização: Rosa Maria Vivona Bertolini Oliveira
Normalização das referências bibliográficas: Maria Critina Matoso
Diagramação e Composição: Lettera Comunicação (0192) 42-9880
Impressão: ICEA - Instituto Campineiro de Economia Agrícola
Tiragem: 1.000 exemplares
Distribuição: SBI - Serviço de Publicação e Intercâmbio da Puccamp

**Revista de Ciências Médicas - Puccamp - Av. John Boyd Dunlop, s/nº
- Jd. Ipaussurama - 13020-904 - Campinas-SP**

**AS NORMAS PARA PUBLICAÇÃO ENCONTRAM-SE
NO VOLUME 1, NÚMERO 1, 1992.**

EDITORIAL

No último número publicado, reiteravamos nossa disposição em manter os esforços para que este período se firmasse como um instrumento de divulgação científica.

1993. Esses esforços se traduziram nas publicações dos números 2 e 3 do volume 1, referente ao ano de 1992, além do presente - volume 2, números 1,2 e 3.

Com isso, estamos buscando cumprir mais um dos critérios - o da periodicidade - que possam estar garantindo a legitimidade da nossa Revista de Ciências Médicas - Puccamp.

Este volume, seguindo a linha editorial proposta, apresenta artigos de revisão, artigos originais e de ponto de vista que, seguramente, estarão contribuindo na formação de profissionais da área.

É também, com grande alegria que publicamos os resumos dos melhores trabalhos científicos apresentados durante a XIII Semana Médica de Estudos do Diretório Acadêmico Samuel Pessoa do Curso de Medicina desta Faculdade de Ciências Médicas, realizada em outubro passado.

Esta publicação traduz o nosso incentivo ao corpo discente que está iniciando suas atividades na área da pesquisa.

LUIZ MARIA PINTO
*Diretor da Faculdade de Ciências
Médicas - Puccamp*

Assistência pré-natal e abordagem obstétrica da gestante cardiopata

Maria Luiza Junqueira Gonzaga Toledo Leite*

Armando Miguel Júnior**

Júlio Cesar Gome***

RESUMO

Os avanços da cardiologia e da obstetrícia permitem atualmente o desenvolvimento de gestações anteriormente consideradas inviáveis. Contudo a sobrecarga fisiológica à bomba cardíaca e as alterações hemodinâmicas impostas pelo estado gestacional devem ser cuidadosamente relevadas. Considerando-se que há controvérsias no tratamento clínico e obstétrico dessas gestantes, neste estudo apresentamos uma revisão das diferentes abordagens obstétricas e dos cuidados que devem ser tomados na assistência pré-natal de tais pacientes.

Unitermos: cardiopatas, cuidado pré-natal, gravidez, parto, obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Os avanços da cardiologia obstetrícia permitem atualmente o desenvolvimento de gestações anteriormente consideradas inviáveis, contudo a nítida sobrecarga fisiológica à bomba cardíaca imposta pelo estado gestacional deve ser cuidadosamente abordada através de assistência pré-natal especializada, observando o risco aumentado de complicações às quais essas gestantes estão expostas.

Ainda, a conduta obstétrica na abordagem de tais pacientes deve ser diferenciada relevando-se cuidados especiais durante o parto e o puerpério de tais gestantes.

Apresentamos aqui a revisão das peculiaridades do ciclo gravídico puerperal da cardiopata, bem como os cuidados que devem ser tomados no seu acompanhamento.

HEMODINÂMICA DURANTE A GESTÃO

As relações hemodinâmicas condicionadas pela gravidez relacionam-se ao estado hipercinético provocado fundamentalmente pela fistula arteriovenosa placentária que promove a velocidade circulatória, e o aumento do retorno venoso do débito cardíaco e da frequência cardíaca⁷.

O aumento da produção hormonal verificado durante

a gestação promove aumento da volemia às custas da expansão do volume plasmático e elevação do Ht, relativamente inferior a este (hemodiluição gravídica)^{7,14,18}.

Os aumentos de volume sistólico e do retorno venoso na paciente gestante impõem sobrecarga cardíaca a partir da 12ª semana da gestação e alcança o máximo no período entre 32ª e 36ª semana. O pico, segundo alguns autores estaria, entre a 30ª e 32ª semana. A partir de então decresce até o parto, normalizando-se com algumas semanas de puerpério^{2,8}.

O trabalho de parto condiciona a sobrecarga devido à tensão emocional, aumento da pressão arterial e consumo do oxigênio e da frequência cardíaca, além da discreta elevação da pressão venosa central (PVC) que pode ocorrer durante cada contração uterina^{2,10}.

RISCOS DA ASSOCIAÇÃO CARDIOPATIA E GRAVIDEZ

Considerando as modificações fisiológicas à bomba cardíaca imposta pelo estado gestacional, há de se concluir que tais alterações em pacientes portadoras de patologias cardíacas apresentam riscos significativamente aumentado de complicações. Podemos enumerá-las da seguinte forma:

1) **Insuficiência cardíaca** - conseqüente à baixa reserva miocárdica. Risco mais importante a que está submetida a gestante cardiopata representa aproximadamente 70%¹⁴. Tem seu início a partir do 3º mês de

* Interna do 6º ano do Curso de Medicina da FCM - Puccamp.

** Professor Doutor Titular da disciplina de Cardiologia da FCM - Puccamp.

*** Professor Doutor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FCM - Puccamp.

gestação (12^a - 16^a semana) e mais comumente entre o 5^o e 8^o, época em que o volume circulatório é maior, o débito cardíaco mais alto, a circulação mais ativa devido às maiores necessidades metabólicas do concepto. São incomuns os casos no momento do parto ou os de descompensação no puerpério. O quadro deve ser reconhecido através de sinais e sintomas incipientes antes da instalação do quadro clínico completo^{8,10,14}.

2) **Embolias** - acidentes tromboembólicos relacionados à fibrilação atrial ou miocardite chagástica com cardiomegalia acentuada, aumentam o risco da gestante cardiopata, predispondo à embolia pulmonar e à insuficiência cardíaca¹⁰.

3) **Reativação da doença reumática** - risco tanto maior quanto mais jovem a gestante, é no período gestacional, pelos níveis aumentados de hormônios esteróides que tendem a evitar a reativação da doença⁹.

4) **Arritmias diversas** - fibrilação atrial, extra-sístoles ventriculares, bloqueios atrioventriculares, bloqueio AV total. A fibrilação atrial aumenta o risco da gestante, predispondo a embolias e insuficiências cardíaca, sendo o indício de cardiopatia avançada. A fibrilação atrial paroxística com aumento da frequência cardíaca e diminuição da pressão diastólica ventricular produz elevação da pressão pulmonar e risco de edema agudo^{3,13}.

5) **Endocardite bacteriana** - pouco freqüente, quando ocorre responsiva a antibioticoterapia, não sendo necessária a interrupção da gestação⁵.

6) **Hipertensão arterial sistêmica** - predisposição das hipertensas à toxemia gravídica^{2,15}.

7) **Anticoagulação** - anticoagulação adequada ou não muitas vezes necessária às portadoras de próteses valvares aumenta a possibilidade de hemorragias materno-fetais e síndrome Warfarínica fetal¹².

8) **Infecções do trato urinário** - tais infecções e pielonefrite são as doenças renais mais comuns na gestação e podem, se não controladas, agravar o prognóstico principalmente nos casos de cardiopatias causadas pela hipertensão arterial sistêmica¹⁴.

9) **Mortalidade fetal** - embora a mortalidade fetal global seja mais elevada em cardiopatas que em gestantes normais poucas diferenças se observam entre os dois grupos nas gestações a termo, nas quais não se verificam episódios de insuficiência cardíaca. O aumento da mortalidade fetal é, contudo, bastante nítido nos casos em que se decorreu trabalho de parto prematuro (TPP). Nas gestantes hipertensas com pressões diagnósticas elevadas ao redor de 120 mmHg, a mortalidade perinatal pode ser elevada (até 50%)¹⁴. Nas cardiopatias congênitas cianóticas com hematócrito alto acima de 60% e nos casos de hipertensão pulmonar grave, a mortalidade do concepto é bastante pronunciada².

Segundo Shalfer et al. (1968), citado por BITSCH et. al.² (1989) a mortalidade fetal varia conforme a classe

funcional da cardiopatia da seguinte maneira:

Classe I - igual a população geral.

Classe II - maior mas não é significativa.

Classe III - aumenta de 12%.

Classe IV - 31% de óbito.

Segundo o autor, quanto maior o Ht pior o prognóstico.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal de gestantes cardiopatas deve possibilitar o desenvolvimento da gestação sem complicações evitando a insuficiência cardíaca, a morbidade e a mortalidade materno fetal.

O acompanhamento clínico dessas pacientes deve abranger as seguintes orientações higiênico-dietéticas.

1) **Dieta hipossódica** com conteúdo calórico reduzido e baixo teor de sódio (Na) (não superior a 1,0 g nas 24 horas)⁴.

2) **Restrição de esforço físico**. O repouso é melhor obtido com a paciente sentada ou em decúbito lateral esquerdo. Em alguns casos tornam-se úteis pequenas doses de sedação¹¹.

3) **Peso** - o ganho de peso deve ser acompanhado minuciosamente. Admite-se um limite máximo de ganho de peso de 500 g por semana, principalmente a partir da segunda metade da gestação. Portanto, um aumento de peso maior que 2 kg por mes sugerindo edema oculto, ou ao menor sinal de edema visível com ganho de peso excessivo impõe-se avaliação cuidadosa, restrição dietética e até mesmo o uso de diuréticos conforme a patologia^{4,8}.

4) **Infecções** - A pielonefrite na gravidez e no puerpério é muito comum e perigosa, bem como as infecções pulmonares, devendo ser energeticamente resolvidas. O cateterismo vesical e outras fontes de contaminação devem ser evitadas e combatidas com antibioticoterapia segundo o agente etiológico⁴.

5) **Anemia e hipoproteïnemia** - devem ser corrigidas imediatamente com dieta e concentração de hemácias. Taxas altas de hemoglobina inferiores a 80% (11,8%) devem ser tratadas com suplemento de ferro por via oral. Sua profilaxia pode ser realizada com administração de 300 mg de sulfato ferroso (60 mg de ferro elementar) por dia a partir da 20^a semana⁴.

6) Obesidade e ansiedade devem ser evitadas¹⁴.

7) **Vigilância da função placentária**:

As alterações hemodinâmicas na cardiopata afetam diretamente à circulação uteroplacentária com repercussões graves sobre o bem estar fetal. Deve-se proceder acompanhamento clínico, ultrassonográfico, com cardiocografia e ou dopplerfluxometria e USG que podem indicar até a interrupção da gestação antes do termo se diagnosticado risco de óbito fetal intra-útero^{4,10}.

8) **Hipertensão arterial na gestação**:

Não existindo o anti-hipertensivo ideal desprovido de efeitos colaterais indesejáveis para a mãe e para o feto,

vários esquemas de associações de drogas são utilizados, incluindo diuréticos, simpático-lítics de ação central e periférica, bloqueadores adrenérgicos e outros¹⁵.

CONDUTA OBSTÉTRICA

É conveniente que o trabalho de parto seja acompanhado pelo cardiologista e pelo obstetra. De maneira geral, a cardiopata compensada tende a suportar bem o trabalho de parto já que o período de maior solicitação cardíaca já foi ultrapassado^{2,6}.

Ao contrário do que ainda defendem alguns autores, a indicação de cesariana eletiva devido aos riscos impostos pelo ato cirúrgico, não é ideal, a numerar: ^{6,17,19}.

1 - aumento da tensão emocional decorrente do ato cirúrgico iminente,

2 - risco de infecção,

3 - risco anestésico aumentado pelas alterações da função cardíaca e duração da anestesia,

4 - maior perda sangüínea durante o ato operatório,

5 - maior incidência de complicações tromboembólicas,

6 - esvaziamento brusco do útero, sobrecarregando rapidamente o coração com freqüente descompensação.

O Período expulsivo - as alterações hemodinâmicas decorrentes das condições uterinas e dos esforços expulsivos levam ao aumento do retorno venoso, ao coração e conseqüente sobrecarga. Por isso, sempre que possível o parto deverá ser por via vaginal, abreviando-se o período expulsivo pela aplicação de fórceps. A anestesia de condução peridural é a preferível por evitar o estresse e combater a dor em tais procedimentos. Não se deve antecipar o parto com uso de opióticos pela sua ação sobre o sistema cardiovascular^{4,8,11,16}.

Está indicado o uso de Benzodiazepínicos ou Opiáceos para evitar o estresse¹⁵.

O Puerpério - é fase em que se deve ter cuidado especial, considerando-se que a descompressão abdominal e a dilatação das veias esplênicas diminuem a oferta sangüínea ao coração levando à hipertensão e ao choque, este, combatido imediatamente com a elevação da resistência vascular periférica⁴.

Endocardite Infeciosa - a profilaxia de endocardites bacterianas deve ser iniciada no pré-parto até o 5º dia de puerpério^{5,14}.

Aleitamento - proíbe-se o aleitamento nas cardiopatas desfavoráveis (classe III e IV) segundo alguns autores. Tal conduta não é entretanto consenso geral^{11,14}.

Alta Hospitalar - a alta hospitalar não deve ser dada antes do 5º dia⁴.

Síndrome do pós-parto - no pós-parto podemos encontrar quatro síndromes bem características¹⁰:

1. Hipertensão sistêmica pós-parto¹⁰.

2. Insuficiência cardíaca pós-parto. Uma variedade de insuficiência cardíaca (IC) pós-parto ou perinatal ocorre geralmente no último trimestre ou no 1º mês de puerpério.

É semelhante a uma miocardiopatia e de natureza indefinida¹.

A IC é rara nesse período e quando presente sugere, embolia pulmonar ou arritmia do tipo taquicardia paroxística.

3. Nefroesclerose pós-parto; síndrome hemolítico-urêmica.

É séria, leva a oligúria, hipertensão grave com sinais de hemólise e consumo de plaquetas¹⁰.

4. Hipertensão pulmonar pós-parto¹⁰.

Tromboembolismo: em gestantes jovens, partos difíceis, tococirúrgicos, complicados posteriormente por flebites pélvicas ou de membros inferiores podem apresentar 6 a 12 meses seguidos um quarto de doença vascular pulmonar obstrutiva, manifestado por dispnéia, agravado pelo esforço, dores torácicas e síncope. Tal síndrome era inicialmente atribuída a embolia de líquido amniótico, sabe-se atualmente que êmbolos partindo das veias inflamadas vão se localizar na microvasculatura pulmonar, obstruindo-as e levando à hipertensão da pequena circulação. O prognóstico é sombrio, podendo-se com medicação anticoagulante instituída precocemente reverter os sinais e sintomas prolongando a sobrevivência da doente. Partos difíceis, puerpério infectado indicam o uso preventivo de anticoagulantes durante um ano^{8,10}.

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

A interrupção da gestação, na atualidade, é bastante limitada e justifica-se nas seguintes ocasiões:

Insuficiência cardíaca refratária: quando a paciente apresentar sintomas de insuficiência cardíaca durante 3 ou 4 primeiros meses de gestação, refratários a tratamento clínico ou cirúrgico. Será admissível o quanto mais séria a IC e quanto mais distante do termo gestacional. Diante da insuficiência cardíaca após o 5º mês gestacional, a conduta será diversa^{2,12}.

Pacientes descompensadas no início da gravidez, com satisfação funcional mínima, é prenúncio de grandes dificuldades na segunda metade do ciclo quando aumentam o Débito Cardíaco (DC) e o volume sangüíneo, condições em que há *risco de vida materna*.

A interrupção gestacional quando excepcionalmente indicado não deve ser feita em franca insuficiência cardíaca e sim no períodos de melhoria obtidos com o tratamento medicamentoso correto^{2,12}.

Cardiopatas Cianogênicas - cardiopatas cianogênicas com Ht elevado acima de 65%. Discutível na opinião de alguns autores¹⁴.

Hipertensão arterial - Pressão alta (PA) acima de 180 x 120 em paciente com mais de 30 anos e sinais de cardiopatia hipertensiva, cardiomegalia, alterações retinianas e albuminúria significativa refratárias ao tratamento medicamentoso. Nestas, o prognóstico fetal é muito

reservado e o risco materno elevado. Discutível na opinião de alguns autores^{10,14}.

Síndrome de Eisemenger - parece constituir atualmente a única *indicação absoluta* do abortamento terapêutico^{2,10}.

MORTALIDADE MATERNA

Nos últimos anos, a mortalidade materna relacionada à cardiopatia sofreu expressiva redução. É influenciada nitidamente pelos seguintes fatores:

Vigilância médica adequada com redução da atividade física e ansiedade, prevenção de insuficiência cardíaca e tratamento oportuno das complicações decorrentes. As consultas pré-natais devem ser quinzenais no 1º trimestre e se possível semanais a partir do 2º trimestre. Alguns autores realizam ainda a "internatal" a partir da 30ª a 32ª semanas - 3 dias a paciente permanece em casa e 3 dias no hospital para aquelas classificadas como desfavoráveis^{4,16}.

Idade - Recomenda-se que pacientes reumáticas não engravidem antes dos 23 anos pela possibilidade de novo aparecimento da doença. Também prudente é evitar a gravidez após os 35 anos, considerando-se que depois desta idade os mecanismos de reserva cardíaca estão diminuídos^{9,12}.

Duração da doença reumática - a evolução longa da doença tem efeito deletério pelo grau de comprometimento cardíaco⁹.

Aumento de volume cardíaco - coração francamente aumentado é sempre enfermo com dificuldades de suportar a sobrecarga imposta pela gestação¹¹.

Classificação funcional - as gestantes do grupo "desfavorável" segundo a classificação de Hamilton & Thompson, classe funcional III e IV segundo a American Heart Association apresentam prognóstico mais reservado^{8,11}.

SUMMARY

Prenatal care and obstetrical approach of the cardiopathic pregnant

The improvement of cardiology and obstetrics make possible the development of pregnancy considered unfeasible in the past. However the physiological overload of cardiac pumps and the hemodynamic alterations caused by pregnancy must be regarded. Considering the several contro-versial obstetrical proceedings and clinic treatments of the cardiopathic pregnant, this study makes a review of different obstetrical approaches to the assistance of prenatal care.

Keywords: heart diseases, prenatal care, pregnancy, delivery, obstetrics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENCHIMOL, A.B., BENCHIMOL, C.B., ALBANESE F⁹, F.M. O

- periparto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.51, n.1, p.107-115, 1988.
2. BITSCH, M., JOHANSEN, C., WENNEVOLD, A., OSLER, M. Maternal heart disease: a survey of a decade in a danish University Hospital. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Stockholm, v.68, n.2, p.119-124, 1986.
3. BROWN, C.E.L., WENDEL, G.D. Cardiac arrhythmias during pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia, v.32, n.1, p.84-102, 1989.
4. BURLEW, B.S. Manage the pregnant patient with heart disease. *Clinical Cardiology*, Mahwah, v.13, n.11, p.557-562, 1990.
5. COX, S.M., DEVENO, K.S. Pregnancy complicated by bacterial endocardites. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia, v.32, n.1, p.48-53, 1989.
6. DELASCIO, D. GUARIENTO, A. *Obstetricia, ginecologia e neonatologia*. São Paulo: Savier, 1984. p.344. p.166-176.
7. _____. *Obstetricia normal: briquet*. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 1984. 473p. p.145-148.
8. GULERIA, R. VASISHT, K., DHALL, G. I., ROVER, A., WAH, R.L. Pregnancy with heart disease experience at Post Graduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh. *Journal of the Association of Physicians of India*, Bombay, v.38, n.12. p.902-906, 1990.
9. HUX. Nursing care of pregnancy complicated with rheumatic heart disease. *Chinese Journal of Nursing*, Pekin, v.26, n.2, p.82-83, 1991.
10. JAMES, K.B., HEALY, B.P. Heart disease arising during or secondary to pregnancy. *Cardiovascular Clinics*, Philadelphia, v.19, n.3, p.81-96, 1989.
11. OAKLEY, C.M. cardiovascular disease in pregnancy. *Canadian Journal of Cardiology*, Oakville, suppl. 3B, 6B e 9B, maio, 1990.
12. _____. Pregnancy in heart disease: preexisting heart disease. *Cardiovascular Clinics*, Philadelphia, v.19, n.3, p.58-80, 1989.
13. OVANDO, L.A., GERMINIANI, H., MEGLIANO, R., CUNHA, G.P. Estudo das arritmias cardíacas maternas durante o trabalho de parto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.40, n.3, p.171-176, 1983.
14. RESENDE, J. *Obstetricia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.333-343, 454-461, p.1117.
15. STRAUSS, R. G. KEEPER, J. R., BURKE, T. CIVETTA, J.M. Hemodynamic monitoring of cardiogenic pulmonary edema complicating toxemia of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, New York, v.55, n.2, p.17-74, 1980.
16. TETELIUTINA, F. K., SHINKAREVA, L. F. CHIRKOVA, A.V., KORNIAEVA, Z. S., KHAMITOV, R. L. Experience with the manage of pregnancy and labor of women with defect. *Akusherstvo I Ginekologia*, Moska, v.12, p.56-57, dez. 1990.
17. TIAN, Y.B. LIU, S.F., YANG, S.F., CHEN, L. Indications of cesarean section for severe heart diseases in pregnancy an analyses of 61 cases. *Journal of West China University of Medical Sciences*, Chengtu, v.20, n.2 p.217-219, 1989.
18. YEOMARIS, E.R., HANKINGS, G.D.V. Cardiovascular physiology and invasive cardiac monitoring. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia, v.32, n.1, p.2-11, 1989.
19. ZHANG, Z.J. Cesarean section in pregnancy complicated by several hepatitis and heart disease. *Chinese Journal of Obstetric and Gynecology*, Pekin, v.25, n.1, p.12-14, 61, 1990.

ARTIGO DE REVISÃO

Osteoporose e terceira-idade: fatores de risco e prevenção

Maria Cristina Ferraz de Mello*
João Francisco Marques Neto**

RESUMO

Os autores apresentam uma revisão do conceito da osteoporose como síndrome multifatorial e de abordagem interdisciplinar, com base na dinâmica celular de osteoclastos e osteoblastos, regendo os principais mecanismos de perda de massa óssea. Revêem a participação de citocinas e fatores locais de crescimento nos procedimentos de reabsorção e neoosteogênese da remodelação óssea. Apresentam também as condições que interferem com os mecanismos que explicam as diferentes velocidades de perda de massa óssea - os chamados fatores de risco ou fatores de remodelação óssea. Tais fatores - locais ou sistêmicos - podem compor um elenco de características, que varia de indivíduo para indivíduo, e permite o delineamento do perfil do paciente osteoporótico. Assim, a raça, o sexo, a hereditariedade, a massa muscular, os níveis de estrógenos circulantes, a preconização de uma suplementação cálcica adequada, seja dietética, seja galênica - a nuliparidade, a menopausa precoce, os hábitos sociais, como fumo, etilismo, ingestão demasiada de café e principalmente o "stress" - representam condições que influenciam diretamente os mecanismos de reabsorção óssea. A avaliação de todas essas condições permite a apresentação de um programa educacional e assistencial que permite a prevenção da Síndrome Osteoporótica.

Unitermos: osteoporose, estrógenos, hormônios sexuais, menopausa, envelhecimento.

O termo osteoporose se refere a diminuição de densidade óssea através de perda de matriz e mineral, que se tornam insuficientes para suportar traumas, facilitando a ocorrência de fraturas. Segundo Riggs et al^{5,8} a perda concomitante de osso cortical e trabecular é fisiológico e após várias décadas resulta em perda suficiente de osso mineralizado predispondo a fraturas.

Após o fechamento das linhas de crescimento endocondral, a massa óssea aumenta através de crescimento radial até cerca dos trinta anos de idade. Após um período transitório de estabilidade, a perda óssea idade-dependente se inicia. Ao longo de suas vidas, as mulheres perdem cerca de 35% do osso cortical e 50% do osso trabecular, enquanto os homens perdem cerca de 2/3 dessas quantidades^{43,58}.

O osso cortical predomina nos ossos longos, e o osso trabecular está concentrado nas vértebras, bacia e ossos chatos. O osso trabecular, por sua maior área de superfície,

é metabolicamente mais ativo que o osso cortical e, portanto, mais responsivo às alterações na homeostase mineral. Um padrão bifásico para perda óssea foi indentificado para os dois tipos de osso: uma fase lenta e protraída que ocorre em ambos os sexos e uma fase transitória e acelerada que ocorre em mulheres após a menopausa. Para o osso cortical, a fase lenta de perda se inicia por volta dos quarenta anos, em ambos os sexos, a uma taxa de cerca de 0,3 - 0,5% ao ano, que aumenta com a idade, até que diminui ou cessa no final da vida^{58,64}. Nas mulheres pós-menopausa, uma fase acelerada de perda óssea cortical se superpõe a esse padrão, e a taxa de 2 a 3% de perda ao ano imediatamente após a menopausa declina exponencialmente até se tornar assintótica com a fase lenta após oito a dez anos^{41,58}. O padrão de perda óssea trabecular no esqueleto axial não foi totalmente esclarecido e as informações a respeito são controversas. No entanto esse padrão difere em vários pontos ao comparar-se com o osso cortical. Em ambos os sexos, o início da perda óssea trabecular ocorre no mínimo uma década antes do início da perda óssea cortical; nas mulheres a extensão de perda óssea

* Pós-graduanda do CPG da FCM-Unicamp.

** Livre Docente e Professor Adjunto de Reumatologia da FCM-Unicamp; Professor Titular de Reumatologia da FCM-Puccamp e Gerente do Programa Nacional de Educação e Controle das Doenças Reumáticas do Ministério da Saúde.

trabecular pré-menopausa é bem maior que a perda óssea cortical; e a fase de aceleração pós-menopausa de perda óssea trabecular se dá com uma taxa inicial maior que a do osso cortical, embora a sua duração seja menor. A fase de aceleração é mais difícil de ser demonstrada com a menopausa natural do que após ooforectomia, porque o início de deficiência dos esteróides sexuais é mais variável e gradual⁵⁹.

A formação e a reabsorção ósseas obedecem a uma seqüência programada de eventos interligados, que ocorrem em regiões chamadas de unidades ósseas de remodelação⁵². Partindo de uma superfície latente, os osteoclastos são evitados e iniciam a absorção óssea, sendo em seguida substituídos por osteoblastos que refazem a arquitetura inicial.

A taxa do "turnover" ósseo é determinada principalmente pela freqüência e ativação das novas unidades remodeladoras⁵² e a perda óssea compreende um desacoplamento nas fases da remodelação, com um aumento relativo ou absoluto da reabsorção sobre a formação.

Vários fatores locais e sistêmicos regulam o crescimento e "turnover" ósseos, e considera-se a possibilidade de que alterações nesses mediadores locais ou de suas interações com os hormônios sistêmicos possam fornecer os mecanismos patogênicos para a osteoporose⁵⁵.

A densidade óssea depende da quantidade de osso formado durante o crescimento, e está se percebendo que o acúmulo insuficiente de massa esquelética no adulto jovem predis põe o indivíduo a fraturas na velhice, quando a perda óssea idade-dependente sobrevém.

A influência da hereditariedade, raça e sexo na incidência da osteoporose pode aparentemente ser explicada, pelos seus efeitos na densidade óssea inicial⁶⁵. Gêmeos idênticos têm maior concordância para perda de massa óssea que gêmeos dizigóticos.

O biotipo também parece ser importante, e os indivíduos de pequeno porte têm menor massa óssea. A osteoporose se relaciona diretamente com baixo peso e inversamente com a obesidade¹⁵.

A maior densidade inicial em negros¹¹ pode explicar porque nessa raça as fraturas osteoporóticas são menos freqüentes que em brancos e asiáticos. Bell et al⁶ sugerem ainda que os negros apresentam maior resistência aos efeitos do paratormônio e 1,25 (OH)₂ D. Isso poderia permitir o maior acúmulo de osso durante o crescimento e talvez também e menor perda com a idade.

Mazess⁴³ verificou que mulheres apresentam 15% a menos de densidade óssea e 30% a menos de massa óssea que homens após completar-se o crescimento esquelético. Riggs et al⁵⁸ entretanto encontraram valores semelhantes para densidade vertebral em homens e mulheres adultos.

Não existem dúvidas quanto ao valor da deficiência

de estrógenos como fator patológico no desenvolvimento da osteoporose pós-menopausa, ou em mulheres ooforectomizadas⁵⁶, ou com função ovariana diminuída como as pacientes com Síndrome de Turner que apresentam maior prevalência de osteoporose⁵⁴ e mulheres maratonistas que por hipogonadismo funcional apresentam menor densidade vertebral¹⁸. A reposição de estrógenos evita ou diminui a perda óssea apendicular e axial após a menopausa cirúrgica^{27,41}, e a administração pós-menopausa de estrógenos diminui a ocorrência de fraturas vertebrais^{20,41}, de Colle e de quadril^{51,74}.

Embora a deficiência de androgênios também pareça importante em homens osteoporóticos^{23,24}, o mecanismo de ação dos hormônios sexuais permanece ainda pouco elucidado. A suspensão de estrogênio não está associada com nenhuma alteração consistente na produção dos hormônios reguladores do cálcio^{7,21}. Estudos recentes mostraram que células ósseas em cultura podem apresentar receptores para estrogênio^{19,36}. O estrogênio pode ainda, agir indiretamente através dos mediadores locais do metabolismo ósseo⁵⁵.

Embora a deficiência dos hormônios sexuais aumente a incidência de osteoporose, não é a única determinante de doença, que é multifatorial, melhor dizendo, sincrômica.

Algumas doenças, procedimentos cirúrgicos e medicamentos podem estar associados com o desenvolvimento da osteoporose. As condições mais comuns são ooforectomia hipogonadismo em homens, gastrectomia sub-total, hipertireoidismo endógeno ou exógeno⁵³, hemiplegia, doença pulmonar obstrutiva crônica e uso de drogas.

O efeito negativo dos glicocorticóides sobre a massa óssea é fato reconhecido há décadas, tanto na síndrome de Cushing espontânea como iatrogênica^{13,61,68}.

O uso de antiácidos contendo alumínio resulta em efeitos adversos sobre o metabolismo ósseo⁶⁷, contribuindo assim para o comprometimento ósseo do idoso, o mesmo ocorrendo com o uso de iroxina, anticonvulsivantes e lítio.

Tratamentos com heparina podem produzir osteoporose e são encontrados mastócitos em abundância na medula de pacientes osteoporóticos⁴⁴. In vitro, a heparina pode aumentar a reabsorção óssea e inibir replicação de células ósseas bem como a síntese de colágeno³². Além disso, a heparina apresenta capacidade de se ligar a vários fatores locais de crescimento⁶⁹.

Ao contrário, o uso de diuréticos tiazídicos parece agir aumentando a conservação renal do cálcio⁷³, protegendo contra a perda óssea.

A classificação em osteoporose primária e secundária parece ser desnecessária, uma vez que as condições descritas devem ser consideradas fatores de risco, que se somarão ao efeito de outros fatores.

Os aspectos nutricionais também se relacionam com a patogenia da osteoporose. Quando a absorção de cálcio

pela dieta é insuficiente para repor as perdas diárias, o cálcio é retirado dos ossos, seu principal local de armazenamento. Nordin et al⁵⁰ estimaram que a necessidade de ingestão de cálcio é de 550 mg por dia, para evitar um balanço de cálcio negativo; enquanto Heaney et al³¹ estimaram que a necessidade diária de cálcio é de 1.000 mg para mulheres na pré-menopausa e 1.500 mg para as na pós-menopausa. Um baixo aporte de cálcio causa osteoporose em animais^{35,49} e a diminuição da absorção intestinal de cálcio encontra-se mais acentuada em indivíduos com fraturas por osteoporose do que naqueles sem osteoporose^{9,26}. Indivíduos com uma baixa ingestão de laticínio ao longo da vida, por deficiência de lactose, apresentam maior incidência de osteoporose⁴⁸.

Os fatores nutricionais parecem ser menos importantes. A ingestão aumentada de proteínas aumenta a excreção urinária de cálcio e pode incrementar a quantidade de cálcio necessária na dieta, para manter o equilíbrio³⁰. A administração prolongada e em altas doses de fosfatos produz osteoporose em animais de laboratório, mas não parece interferir no balanço de cálcio em mulheres na perimenopausa³⁰.

Deficiências nutricionais de vitamina D não parece ser um fator importante, exceto em casos de desnutrição grave. Comunidades recebendo água fluoretada apresentaram menos fraturas de quadril do que as que não recebem água assim tratada⁶².

Alguns hábitos de vida também participam como fatores de risco para osteoporose. O efeito da gravidade e a contração muscular estimulam a função osteoblástica¹¹. Portanto, a atividade física e não exagerada contribui para o nível da massa óssea crítica alcançado na idade adulta.

Programas de exercício físico para um grupo de mulheres menopausadas resultou em ganho ósseo, enquanto o grupo controle perdeu osso^{1,37,66}.

Também tem sido sugerido que o tabagismo promove perda óssea. Isso pode estar relacionado a menores níveis circulantes de estrógenos em fumantes^{2,39} e menor excreção urinária desse hormônio, sugerindo diminuição na sua produção. Porém, Jensen et al⁵⁵, estudando o efeito do fumo sobre o metabolismo do estrógeno sugeriram que haveria um aumento na degradação do mesmo, resultando em menores níveis séricos⁵⁵.

Outros fatores que podem influenciar a massa óssea são a cafeína, que tem efeito calciúrico, e o álcool, quando ingeridos excessivamente e por tempo prolongado. O alcoolismo pode ser deletério por interferir secundariamente na absorção intestinal de cálcio¹⁴ e nos níveis circulantes dos hormônios reguladores do cálcio^{38,57}, ou agir diretamente sobre os osteoblastos deprimindo a formação óssea^{5,22}.

Apesar da possível participação de todos os fatores já descritos, a idade é, de longe, o mais importante determinante de massa óssea. A diminuição da densidade óssea com a idade reflete o efeito somatório de vários

processos, que ocorrem universalmente, porém em magnitudes diferentes de acordo com variações individuais.

A partir da 4ª década, a formação óssea é menor que a reabsorção nas unidades de remodelação⁴², e esse desequilíbrio aumenta com a idade. Parece haver disfunção na regulação das atividades dos osteoblastos, causado por anormalidades tanto nos fatores sistêmicos como nos fatores locais de crescimento. Os níveis séricos do hormônio de crescimento e do fator de crescimento insuline-like, que modula o efeito GH no osso e na cartilagem, diminuem com a idade⁶⁰. Defeito de síntese de um ou de vários reguladores locais de crescimento podem explicar o desacoplamento na remodelação e a perda óssea idade-dependente³³.

A absorção de cálcio diminui com o envelhecimento em ambos os sexos, principalmente após os setenta anos^{8,26}. Os níveis séricos do metabólito ativo de vitamina D diminuem em cerca de 50% com o envelhecimento^{26,72}, e é esse o provável motivo de diminuição de absorção do cálcio. A causa inicial parece ser um defeito enzimático de hidroxilação ao nível do *rim*^{3,63,72}.

Os níveis séricos de frações antigênicas de paratormônio (PTH) aumentam com a idade^{17,29}, talvez em decorrência da redução da filtração na senescência. A secreção aumentada de PTH no idoso iria incrementar a remodelação óssea⁵², resultado em perda óssea.

Os níveis de calcitonina e a resposta à estimulação pelo cálcio são menores nas mulheres que nos homens, e parecem diminuir com o envelhecimento e menopausa, embora as evidências ainda sejam conflitantes⁷.

As fraturas apresentam o principal fator de morbidade e mortalidade da doença osteoporótica, sendo responsável pelo alto custo sócio-econômico dessa enfermagem.

A perda óssea acelerada que afeta as mulheres nos primeiros quinze a vinte anos após a menopausa resulta, principalmente em fraturas vertebrais, fraturas de Colle (região distal do antebraço) e perda de dentição¹⁶. Em homens e mulheres após os setenta anos, as fraturas vertebrais e de fêmur são as principais, embora também sejam comuns as fraturas do úmero, tibia e bacia. As fraturas vertebrais são do tipo em cunha, levando à cifose dorsal³⁴.

Processo de perda óssea na idade avançada afeta virtualmente toda a população e com o aumento da idade, há queda de densidade óssea e valores abaixo do limiar para fraturas. Os efeitos de todos os fatores de risco para perda óssea, registrados ao longo da vida, são cumulativos e os efeitos residuais de uma perda óssea acelerada pós-menopausa ocorrida vários anos antes, pode explicar porque as mulheres idosas apresentam o dobro de incidência de fraturas de fêmur que os homens da mesma idade, embora nessa fase as taxas de perda óssea sejam semelhantes para ambos os sexos.

A propensão para quedas na população idosa é um

fator de risco independente para fraturas, já que não há maior frequência de quedas, de trauma nas quedas, ou ambos^{4,46}. O trauma pode ser aumentado, se há distúrbios da coordenação ou reflexos mais lentos que incapacitam o idoso de reduzir o impacto de uma queda. As quedas são mais frequentes nos idosos por defeitos visuais, doenças neurológicas e suas seqüelas, artropatias nos membros inferiores, uso de sedativos ou outras drogas²⁸.

Considerando a magnitude do problema, a prevenção é a abordagem mais racional.

As necessidades de cálcio na dieta aumentam com o envelhecimento, e níveis suficientes para um adulto jovem podem não bastar para idosos. Além disso, a ingestão adequada de cálcio é necessária ao longo de toda a vida, para manter a homeostase óssea. Os níveis de aporte recomendados são de 800 mg de cálcio elemento por dia para adultos, 1.500 mg para adolescentes e 1.000 e 1.500 mg por dia para todas as mulheres pós-menopausa e idosos.

Hábitos como o consumo excessivo de álcool, cafeína e o tabagismo devem ser desestimulados e, se possível, eliminados.

O aumento de atividade física deve ser encorajado. Um estudo com mulheres pós-menopausa, mostrou que o grupo que realizou atividade física regular apresentou um aumento do cálcio corporal total, após um ano, ao se comparar com o grupo controle; sugerindo que o exercício pode modificar a perda óssea involucional¹.

O paciente idoso apresenta maior facilidade para quedas, devido a fatores intrínsecos à sua situação. O primeiro passo na prevenção das quedas é uma investigação cuidadosa das doenças predisponentes e da lista de medicamentos e uma revisão dos fatores ambientais^{70,71}. Distúrbios cardiovasculares que resultem em hipotensão arterial, arritmias ou insuficiências vascular cerebral: alterações visuais, doenças neurológicas com alteração do equilíbrio, perda de coordenação ou defeito na marcha; limitação de movimentos e importância funcional do sistema musculoesquelético são fatores que devem ser identificados de modo a prevenir quedas. O uso de drogas, particularmente sedativos e psicotrópicos contribui também para quedas⁴⁷ e a sua prescrição para o idoso deve ser racional, principalmente pelos efeitos deletérios da interação de múltiplas drogas, tão comum e perigosa nessa faixa etária.

Fatores predisponentes para quedas no ambiente domiciliar do idoso devem ser considerados na prevenção, tais como superfícies escorregadias ou irregulares, escadas, iluminação insuficiente ou mobiliário inadequado.

Já existe concordância geral que a perda óssea acelerada pode ser prevenida como uso de estrógenos nos primeiros anos após o início da menopausa^{40,41,45}. Não existe porém, consenso em como selecionar as mulheres que devem receber esse tipo de profilaxia, que embora eficaz, oferece riscos potenciais.

A decisão deve ser individualizada e deixada a cargo do médico de sua paciente¹². Uma abordagem racional seria usar fatores de risco através de anamnese para selecionar os pacientes com maior chance para o desenvolvimento de osteoporose e sendo possível realizar quantificação de massa óssea através de densitometria óssea ou tomografia computadorizada, e os indivíduos com valores absoluta ou relativamente baixos deveriam ser aconselhados a iniciar tratamento profilático com reposição estrógena.

O tratamento de osteoporose já estabelecida conta hoje com vários esquemas utilizando drogas como cálcio, calcitonina, estrogênios, fluoreto de sódio e outros. Frost²⁵ sugeriu que é possível sincronizar a atividade e de remodelação esquelética e aumentar a massa óssea através de tratamento sequencial com agentes ativadores e depressores, o que seria teoria atraente. Esforços estão sendo feitos no sentido de isolar e caracterizar os vários fatores locais de crescimento ósseo¹⁰ e a possibilidade de tratar fisiologicamente pacientes com osteoporose, utilizando-se fatores de crescimento produzidos com técnica de DNA recombinante é uma perspectiva promissora e interessante.

SUMMARY

OSTEOPOROSIS AND THIRD AGE: FACTORS OF RISK AND PREVENTION

The authors the up-to-date concerning to the main procedures related to Osteoporosis Syndrome and the rate of bone loss, due to remodelling sequence and the active cellular role, involving mainly osteoblasts and osteoclasts. Cytokines and local growth factors are considered as local and systemic mediators of all conditions related to bone remodelling sequence and bone loss. Risk factors to bone loss are presented and included as an educational health program in order to prevent osteoporosis and related conditions.

Keywords: osteoporosis, estrogens, sex hormones, menopause, aging.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALOIA, J.F., COHN, S.H., OSTUNI, J.A., CANE, R., ELLIS, K. Prevention of involutional bone loss by exercise. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.89, p.356-358, 1978.
2. ANDERSEN, F.S., TRANSBOL, I., CHRISTIANSEN, C. Is cigarette smoking a promotor of the menopause? *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, v.212, p.137, 1982.
3. ARBRECHT, H.J., ZENSER, T.V., DAVIS, B.B. Effect of age on the conversion of 25 - hydroxyvitamin D₃ to 1,25 - dihydroxyvitamin D₃ by kidney of rat. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.66, p.1118-1123, 1980.
4. BAKER, S.P., HARVEY, A.H. Fall injuries in the elderly: symposium on falls in the elderly; biological aspects and behavioral aspects. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v.1, p.501-508, 1985.
5. BARAN, D.T., TEITELBAUM, S.L., BERGFELD, M.A., PARKER, G., CRUVANT, E.M., AVIOLI, L.V. Effect of alcohol ingestion on

- bone and mineral metabolism in rats. *American Journal of Physiology*, Bethesda, v.238, p.E507-E510, 1980.
6. BELL, N.H., GREENE, A., EPSTEIN, S., OEXMANN, M.J., SHAW, S., SHARG, J. Evidence for alteration of the vitamin D: endocrine system in blacks. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.76, p.470-473, 1985.
 7. BODY, L.J., HEATH, H. Estimates of circulating monomeric calcitonin: physiological studies in normal and thyroidectomized man. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Baltimore, v.57, p. 897-903, 1983.
 8. BULLAMORE, J.R., GALLAGHER, J.C., WILKINSON, R., NORDIN, B.E.C., MARSHALL, D.H., Effect of age on calcium absorption. *Lancet*, London, v.2, p.535-537, 1970.
 9. CANIGGIA, A., GENNARI, C., BIANCHI, V., GUIDERI, R. Intestinal absorption of Ca in senile osteoporosis. *Acta Medica Scandinavica, Stockholm*, v.173, p.613, 1963.
 10. CENTRELLA, M., CAHALIS, E. Local regulators of skeletal growth: a perspective. *Endocrine Reviews*, Baltimore, v.6, p.544-551, 1985.
 11. COHN, S.H., ABESAMES, C., YASUMURA, S., ALOIA, J.F. SANZI, I., ELIS, K.J. Comparative skeletal mass and radial bone mineral content in black and white women. *Metabolism: clinical and experimental*, Duluth, v.26, p.171-178, 1977.
 12. CONSENSUS conference: osteoporosis. *Jama*, Chicago, v.252, p. 799-802, 1984.
 13. CURTISS, P.H., CLARK, W.S., HERNDON, C.H. Vertebral fractures resulting from prolonged cortisone and corticotrophin therapy. *Jama*, Chicago, v.156, p.467-470, 1954.
 14. DALEN, N., FELDREICH, A.L. Osteopenia in alcoholism. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, v.99, p.201, 1974.
 15. _____, HALLBEY, D., LAMKE, B. Bone mass in obese subjects. *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, v.197, p.353-355, 1975.
 16. DANIELL H.W. Postmenopausal tooth loss: contributions to edentulism by osteoporosis and cigarette smoking. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v.143, p.1678-1682, 1983.
 17. DELMAS, P.D., STENNER, D., WAHNER, H.W., MANN, K.G., RIGGS, B.L. Increase in serum bone γ - carboxyglutamic acid protein with aging in women: implications for the mechanism of age-related bone loss. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.71, p.1316-1321, 1983.
 18. DRINKWATER, B.L., NILSON, K. CHESNUT, C.H., BREMMER, W.J., SHAINHOLTZ, S., SOUTHWORTH, M.B. Bone mineral content of amenorrheic and eumenorrheic athletes. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.311, p.277-281, 1984.
 19. ERIKSEN, E.F., BENG, N.J., GRAHAM, M.L. MANN, K.G., SPELSBERT, T.C., RIGGS, B.L. Evidence of estrogen receptors in human bone cells. *Journal of Bone and Mineral Research*, New York, v.2, p.s31, 1987. Supplement.
 20. ETTINGER, B., GENANT, H.K. CANN, C.E. Long term estrogen replacement therapy prevents bone loss and fractures. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.102, p.319-324, 1985.
 21. FALCH, J.A., OFTEBRO, H., HANG, E. Early postmenopausal bone loss is not associated with a decrease in circulating levels of 25 - hydroxyvitamin D, 1-25-dihydroxyvitamin D. or vitamin D-binding protein. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Baltimore, v.64, p.836-841, 1987.
 22. FARLEY, J.R., FITZSIMMONS, R., TAYLOR, A.K. JORCH, U.M., LAU, K.H.W. Direct effects of ethanol on bone resorption and formation in vitro. *Archives of Biochemistry and Biophysics*, New York, v.238, p.305-314, 1985.
 23. FORESTA, C., ZANATTA, G.P., BUSNARDO, B., SCANELLI, G.S. CANDELLARI, C. Testosterone and calcitonin plasma levels in hypogonadal osteoporotic young men. *Journal Endocrinological Investigation*, Milano, v.8, p.377-379, 1985.
 24. FRANCIS, R.M., PEACOCK, M., AARON, J.E. et al. Osteoporosis in hypogonadal men: role of decreased plasma 1,25 - dihydroxyvitamin D, calcium malabsorption and low bone formation. *Bone*, New York, v.7, p.261-268, 1986.
 25. FROST, H.M. Treatment of osteoporosis by manipulation of coherent bone cell populations. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, v.143, p.227-244, 1979.
 26. GALLAGHER, J.C. RIGGS, B.L., EISMAN, J., HAMSTRA, A., ARNAUD, S.B., DELUCA, H.F. Intestinal calcium absorption and serum vitamin D metabolites in normal subjects and osteoporotic patients: effect of age and dietary calcium. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.64, p.729-736, 1979.
 27. GENANT, H.K., CANN, C.E., EHINGER, B., GORDON, G.S. Quantitative computed tomography of vertebral spongiosa: a sensitive method for detecting early bone loss after oophorectomy. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.97, p.699-705, 1982.
 28. GRYFE, C.I., AMIES, A. A longitudinal study of falls in an elderly population: incidence and morbidity. *Age and Ageing*, Oxford, v.6, p.201-210, 1977.
 29. HEANEY, R.P., GALLAGHER, J.C., JOHNSTON, C.C., NEEER, R., PARFITT, A.M., WHEDON, G.D., Calcium nutrition and bone health in the elderly. *American Journal of Clinical Nutrition*, Bethesda, v.36, p.986-1013, 1982.
 30. _____, RECKER, R.R. Effects of nitrogen phosphorus and caffeine on calcium balance in women. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, St. Louis, v.99, p.46-55, 1982.
 31. _____, SAVILLE, P.D. Menopausal changes in calcium balance performance. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, St. Louis v.92, p.953-963, 1978.
 32. HURLEY, M.M., KREAM, B.E., RASZ, L.G. Effects of heparin on cultured 21 - day fetal rat clavaris. *Journal of Bone and Mineral Research*, New York, v.2, p.S14, 1987. Supplement 1.
 33. IVEY, J.L., BAYLINK, D.J. Postmenopausal osteoporosis: proposed roles of defective coupling and estrogen deficiency. *Metabolic Bone Disease Related Research*, v.3, p.3-7, 1981.
 34. JENSEM, G.F., CHRISTIANSEN, C., BOESEN, J. HEGEDIS, V., TRANSBOL, I. Relationship between bone mineral content and frequency of postmenopausal fractures. *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, v.313, p.61-63, 1983.
 35. JOWSEY, J., GERSHON, C. Effect of dietary calcium levels on production and reversal of experimental osteoporosis in cats. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, New York, v.116, p.437, 1964.
 36. KOMM, B.S., SHEETZ, L., BAKER, M., GALLEGOS, A., O'MALLEY, B.W., HAUSSLER, M.R. Bone related cells in culture express putative estrogen receptor mRNA and ¹²⁵I - 17 estradiol binding. *Journal of Bone and Mineral Research*, New York, v.2, p.S31, 1987. Supplement 1.
 37. KROLNER, B., TOFT, B., NIELSEN, P.S., TONDEVOLD, E. Physical exercise as prophylaxis against involutional vertebral bone loss: a controlled trial. *Clinical Science*, Colchester Essex, v. 64, p.541-546, 1983.

38. LAMBERT, S.W.J., KLIYN, J.G.M., DEJONG, F.H. BIRKERHANGER, J.C. Hormone secretion in alcohol: induced pseudo-cushing's syndrome. *JAMA*, Chicago, v.242, p.164, 1979.
39. LINDQUIST, O., BENGTTSSON, C. Menopausal age in relation to smoking. *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, v.205, p.73, 1979.
40. LINDSAY, R., AITKEN, J.M., ANDERSON, J.B. et al. Long-term prevention of postmenopausal osteoporosis by oestrogen. *Lancet*, London, v.1, p.1038, 1976.
41. _____, HART, D., FORREST, C., BAND, C. Prevention of spinal osteoporosis in oophorectomized women. *Lancet*, London, v.2, p.1151-1153, 1980.
42. LIPS, P., COURPRON, P., MEUNIER, P.J. Mean wall thickness of trabecular bone packets in human iliac crest: changes with age. *Calcifome Tissue Research*, v. 26, p.13-17, 1978.
43. MAZESS, R.B. On aging bone loss. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, v.165, p. 239-252, 1982.
44. MCKENNA, M.J., FRAME, B. The mast cell and bone. *Clinical orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, v.200, p.226-233, 1985.
45. MEENA, S., BUNKER, M.L., MEENA, H.E. Preventive effect of strong on postmenopausal bone loss. *Archives on Internal Medicine*, Chicago, v.135, p.1436, 1975.
46. MELTON, L.J., RIGGS, B.L. Risk factors for injury after a fall: symposium on falls in the elderly; biological and behavioral aspects. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v.1, p.1-15, 1985.
47. MILLER, P.D. Prevention and treatment strategies for reducing the incidence of osteoporotic fractures in older patients. *Geriatric Medicine Today*, v.7, p.23-29, 1988.
48. NEWCOMER, A.D., HODGSON, S.F. McGUILL, D.B., THOMAS, P.J. Lactase deficiency: prevalence in osteoporosis. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.89, p.218-220, 1978.
49. NORDIN, B.E.C. Osteomalacia, osteoporosis and calcium deficiency. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, v.17, p.235, 1960.
50. _____, HORSMAN, A., MARSHALL, D.H., SIMPSON, M., WATERHOUSE, G.M. Calcium requirement and calcium therapy. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, v.140, p.216-239, 1979.
51. PAGANINI-HILL, A., ROSS, R.K., GERKINS, V.R. HENDERSON, B.E., ARTHUR, M., MACK, T.M. Menopausal estrogen therapy and hip fractures. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v.95, p.28-31, 1981.
52. PARFITT, A.M. Quantum concept of bone remodeling and turnover: implications for the pathogenesis of osteoporosis. *Calcifield Tisse International*, New York, v.28, p.1-5, 1979.
53. PAUL, T.L. KERRIGON, J., KELLY, M. et al. Longterm 1 - thyroxine therapy is associated with decreased hip bone density in premenopausal women. *Jama*, Chicago, v.259, p.3137, 1988.
54. PREGER, L., STEINBACH, H.C., MOSKOWITZ, P. Roentgenographic abnormalities in phenotypic females with gonadal dysgenesis. *American Journal of Roentgenology*, v.104, p.899, 1968.
55. RAITX, L.G. Local and systemic factors in the pathogenesis of osteoporosis. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 318, p.818-828, 1988.
56. RICHELSON, L.S., WAHNER, H.W., MELTON, L.J. RIGGS, B.L. Relative contributions of aging and estrogen deficiency to postmenopausal bone loss. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.311, p.1273-1275, 1984.
57. RIGGS, B.J. BESSER, G.M. JEFFCOATI, W.J., GOLDIE, D.J. MARKS, V. Alcohol-induced pseudo-cushing's syndrome. *Lancet*, London, v.1, p.726, 1977.
58. RIGGS, B.L. et al. Differential changes in bone mineral density of the appendicular and axial skeleton with aging: relationship to spinal osteoporosis. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.67, p.328-335, 1981.
59. _____, MELTON, L.J. Involutional osteoporosis. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.314, p.1676-1687, 1986.
60. RUDMAN, D., KUTNER, M.H. ROGERS, C.M. LUBIN, M.F., FLEMING, G.A., BAIN, R.P. Impaired growth hormone secretion in the adult population: relation to age and adiposity. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.67, p.1361-1369, 1981.
61. SEEMAN, E. et al. Differential effects of endocrine dysfunction on the axial and appendicular skeleton. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.69, p.1302-1308, 1982.
62. SIMONEN, O., LAITINEM, O. Does fluoridation of drinking water prevent bone fragility and osteoporosis? *Lancet*, London, v.2, p.432-433, 1985.
63. SLOVIC, D.M., ADAMS, J.S., NEER, R.M. HOLICK, M.F. POTTS JR. J.T. Deficient production of 1,25 - dihydroxyvitamin D in elderly osteoporotic patients. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.305, p.372-374, 1981.
64. SMITH, D.M., KHAIRI, M.R.A., JOHNSTON JR., C.C. The loss of mineral with aging and its relationship to risk of fracture. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.56, p.311-318, 1975.
65. _____, NANCE, W.E., KONG, K.W., CHRISTIAN, J.C., JOHNSTON JR., C.C. Genetic factors in determining bone mass. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.52, p.2800-2808, 1973.
66. SMITH JR., E.J., REDDAN, W. SMITH, P.E. Physical activity and calcium modalities for bone mineral increase in aged women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Baltimore, v.13, p.60-64, 1981.
67. SPENCER, H., LENDER, M. Adverse effects of aluminum containing antacids on mineral metabolism. *Gastroenterology*, Philadelphia, v.76, p.603, 1979.
68. SUSSMAN, C.B. The roentgenologic appearance of the bones in Cushing syndrome. *Radiology*, Easton, v.39, p.288-292, 1942.
69. THOMAS, K.A., GIMENEZ-GALLECO, D. Fibroblast growth factors: mitogens with potent angiogenic activity. *Trends in Biochemical Sciences*, Cambridge, v.11, p.81-84, 1986.
70. TIDEIKSAAR, R. Geriatric falls: assessing the cause, preventing recurrence. *Geriatric*, Middleburg, v.44, p.57-61, 1989.
71. TINETTI, M.E., SPEENCHLEY, M., GINTER, S.F. Risk factor for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.319, p.1701-1707, 1988.
72. TSAI, K.S., HEALTH, H., KUMAR, R., RIGGS, B.L. Impaired vitamin D metabolism with aging in women: possible role in pathogenesis of senile osteoporosis. *Journal of Clinical Investigation*, New York, v.73, p.1668-1672, 1984.
73. WASNICK, R.D., BENFORTE, R.J., YANO, K., HEILBRUN, L., VOGEL, J.M. Thiazide effect on the mineral content of bone. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.309, p.344-347, 1983.
74. WEISS, N.S., URE, C.L., BALLARD, J.H., WILLIAMS, A.R., DALING, J.R. Decreased risk of fractures of the hip and lower forearm with postmenopausal use of estrogen. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.303, p.1195-1198, 1980.

Reuniões informativas com pacientes epilépticos: atuação multidisciplinar

Lucinda Maria Garcia de Tella*

Lineu Corrêa Fonseca**

Eliana Maria Furlani ***

Claudia Maria Bertuqui****

RESUMO

Embora os conhecimentos científicos acerca da epilepsia tenham avançado nas últimas décadas, a aceitação do paciente epiléptico, pela família e pela sociedade, continua aquém do desejável. Muitos dos problemas psicossociais detectados advêm de distorções no conceito e manejo dessa condição. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de palestras informativas sobre epilepsia, desenvolvida por equipe multidisciplinar (neurologista, psicóloga, assistente social), para os pacientes epilépticos e seus familiares, em seguimento no serviço de Neurologia do HMCP - Puccamp. No período de 34 meses, 15 palestras foram realizadas; 113 dos 234 participantes responderam a protocolo, visando auferir os benefícios de tal procedimento. A maioria dos pacientes (91%) sentiram-se ajudados, registrando interesse pelos aspectos abordados. Os questionamentos e colocações feitas pelos pacientes constataam a carência de informações sobre epilepsia. Os aspectos informativos não podem ser negligenciados no tratamento da epilepsia e os meios de comunicação da informação devem ser incentivados.

Unitermos: educação do paciente, epilepsia, equipe de assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

Há um século, a epilepsia tem estigmatizado e marginalizado grande número de indivíduos. Atualmente, a epilepsia é conceituada como uma síndrome, isto é, conjunto de sinais e sintomas, de diferentes etiologias, que reconhecem unidade em seus mecanismos de base. De observações freqüente, caráter crônico, seu tratamento baseia-se no uso de anticonvulsivantes, por período que abrange anos ou mesmo a vida inteira do paciente.

Em épocas passadas, um medo injustificável levada à rejeição dos epilépticos¹². Mais tarde, com o conhecimento médico mais amplo dessa patologia, houve progressos na sua compreensão e tratamento. A comunidade melhorou sua atitude para com os epilépticos, mas esta aceitação está longe de ser completa⁹.

A crise, fator comum a todas as epilepsias, é algo inesperado e incontrolável, advindo repercussões psicológicas e sociais. Registra-se aqui o preconceito das pessoas, grande parte temendo as crises por acreditar serem elas contagiosas e perigosas, levar à deterioração mental, a distúrbios de conduta e à morte¹¹. Outras vezes, com a intenção de ajudar adotam medidas irracionais até com riscos para o epiléptico. Medidas de precaução freqüentemente vão além do que é racional e necessário¹⁰.

Assim, comumente, as pessoas com epilepsia acabam sendo superprotegidas e poucos estimuladas¹. Esta condição converte-se então numa deficiência, pois o epiléptico sente-se comprometido em seu desempenho na família, na escola, no trabalho e no casamento^{7,8}.

Importante é também mencionar que freqüentemente o paciente epiléptico desenvolve um autopreconceito, fonte permanente de ansiedade e tensão em sua vida⁹. Várias pesquisas que têm tentado levantar as dificuldades específicas desses pacientes detectam discrepância na auto-imagem; a baixa auto-estima acabando por comprometer o bem estar².

* Professora Assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

** Professor Titular do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

*** Psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro - Puccamp.

**** Assistente Social do Hospital e Maternidade Celso Pierro - Puccamp.

Por outro lado, sabe-se que pacientes com lesões em determinadas estruturas cerebrais evoluem com distúrbios das funções psíquicas e de comportamento.

Todos aqueles que trabalham com epiléticos em nosso meio ressentem-se de melhores condições de trabalho nessa importante área da saúde Pública³. Geralmente os meios de atendimento são voltados mais para o controle das crises do que para a análise do paciente como um todo. O próprio acesso ao atendimento ou mesmo aos medicamentos é, muitas vezes, impossível para a população de baixa renda⁶.

O acompanhamento sistemático desses pacientes no nosso ambulatório de Neurologia do HMCP também tem nos mostrado que o controle médico isolado não é suficiente para a integração do epilético ao meio. Para nós, a assistência adequada ao paciente epilético envolve uma abordagem mais abrangente, biopsicossocial, requerendo a participação de outros profissionais que atuam em Saúde Mental. Dentro dessa perspectiva, iniciou-se em 1989, em nossos ambulatórios, um projeto de atendimento integrado aos pacientes epiléticos, com a formação de uma equipe multidisciplinar reunindo neurologistas, psicóloga e assistente social.

Uma das principais áreas de intervenção considerada pela equipe foi o aspecto informação. Acreditamos que muitos dos problemas psicossociais apresentados pelo paciente epilético/família advêm de distorções no conceito e manejo dessa condição.

O objetivo deste trabalho é relatar nossa experiência, usando palestras como meio de transmissão de informações sobre epilepsia, onde nos propomos registrar as questões mais comumente colocadas pelos pacientes e auferir os benefícios dessa atuação junto aos participantes.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de setembro de 1989 à agosto de 1992 foram promovidas 15 palestras dirigidas aos pacientes epiléticos/familiares em seguimento no Serviço de Neurologia do HMCP. Na palestra, realizada por neurologista, psicóloga e assistente social, foram então transmitidas informações sobre epilepsia, como conceito de crise, causas, tratamento, cuidados na crise, limitações, comparações com outras doenças, trabalho, preconceito e cura^{4,5}. Após as palestras, foi distribuído material informativo, com o resumo dos dados importantes comentados.

Como meios de convocação para a palestra foram utilizados: convite por escrito, cartaz afixado nas salas de ambulatório, marcação da palestra no cartão de consultas do paciente, convite pelo correio, sendo que o convite escrito mais reforço médico constituiu a principal forma de convocação.

Em média foi realizada uma palestra a cada dois meses e meio, com uma presença de 234 pacientes / familiares. Protocolo para aferir os benefícios, apreciação e

aprendizagem foi aplicado em 113 presentes. Foram analisadas as questões mais comumente colocadas pelos pacientes, por escrito, ao final de um item aberto do protocolo anterior e/ ou apresentadas verbalmente.

RESULTADOS

Análise dos dados obtidos dos 113 protocolos aplicados permitiu concluir que a palestra foi considerada ótima (53,0%) ou boa (41,5%), tendo ajudado a entender o que é epilepsia para a maioria (91%) dos presentes. Interesse global pelas informações apresentadas foi assinalado por 71 (62,8%) participantes, enquanto conceito de epilepsia foi mais interessante para 41 (36,2), exames e tratamento para 23 (20,3%), e cuidados na crise para 26 (23,0%) presentes (Tabela 1). Algumas perguntas, sugestões e depoimentos de pacientes estão registrados a seguir:

Tabela 1: Palestras: avaliação de 113 protocolos

1 - Você achou a palestra:				
<i>ótima</i>	<i>boa</i>	<i>regular</i>	<i>ruim</i>	<i>não respondeu</i>
60	47	5	-	1
2 - Você acha que a palestra ajudou a entender o que é epilepsia?				
<i>ajudou muito</i>		<i>um pouco</i>		<i>não ajudou</i>
103		9		1
3 - O que foi mais interessante ouvir?*				
<i>conceito</i>	<i>exames e tratamento</i>	<i>cuidados na crise</i>	<i>tudo</i>	<i>não respondeu</i>
41	23	26	71	2

(*) mais de uma resposta.

COLOCAÇÕES DOS PACIENTES SOBRE EPILEPSIA

- O que é foco?
- Por que às vezes o eletro dá normal?
- Quem tem crise dormindo pode ter acordado?
- Relato de passar álcool dar álcool ou vinagre para cheirar, na crise.
- Afirmar de que na hora da crise tem que se tirar a dentadura.
- Afirmar de que certos alimentos / refrigerantes fazem mal para as crises.
- Nervoso dá crise?
- A epilepsia é hereditária?
- Por que o uso de muita medicação?

- Qual a relação entre a medicação e o uso de bebida alcoólica?
- A memória fraca é da medicação?
- Quando sabemos que se está curado?
- Relato de discriminação no trabalho.
- Solicitação de exemplos de epiléticos bem sucedidos na vida.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os pacientes atendidos pelo serviço possuem baixo nível de escolaridade e de situação sócio-econômica, o que nos levou a usar meios simples de abordagem da temática e de coleta de dados. Os resultados obtidos pelo protocolo mostram a receptividade do paciente à informação. Noventa e quatro e meio por cento aprovam a realização da palestra, considerando-a boa ou ótima. Noventa e um por cento dos pacientes relatam ter adquirido maior compreensão de seu problema, demonstrando interesse por um ou vários dos aspectos abordados, 36,2% mostraram interesse no próprio conceito de epilepsia, talvez por falta de esclarecimento prévio, o que discutiremos a seguir.

Mais interessante que a medida de percentuais é a abertura que é dada ao paciente para se manifestar. É possível sentir que a maioria dos pacientes não teve acesso à informação adequada anterior, denotando idéias errôneas e desconhecimento de aspectos importantes que envolvem o seu tratamento. Já na própria denominação de epilepsia surgem questionamentos, pelo fato de esse diagnóstico ser comumente substituído por outros termos como acesso, foco, disritmia. Chama a atenção o desconhecimento quanto aos cuidados na crise, visto as atitudes adotadas diante da pessoa em convulsão: uso de álcool ou vinagre na crise, retirada da dentadura. Também colocam restrições alimentares desnecessárias. Muitos freqüentes são as dúvidas sobre medicação, principalmente quando o paciente é portador de crises epiléticas de difícil controle, com prescrição, às vezes, de mais de uma droga antiepilética. Os problemas sociais e psicológicos são sentidos quando relatam a discriminação sofrida no trabalho, a dificuldade para conseguir ou manter o emprego.

Um dos problemas enfrentados pela equipe foi a forma de estimular os pacientes a participar das palestras. Os convites foram feitos de várias formas (cartaz, correio, por escrito), mas todas estas estratégias se mostraram insatisfatórias, com o número de presenças sempre aquém do esperado. Talvez o custo dos transportes, a falta de familiaridade dos pacientes com outras formas de abordagem além da consulta médica ambulatorial, e o preconceito já referido, justifiquem um pouco essas dificuldades.

Acreditamos que a assistência ao paciente epilético deva ir além da avaliação da freqüência das crises convulsivas (se está controlado ou não), e do fornecimento da medicação. Freqüentemente, há falta de continuidade

do acompanhamento, sendo o paciente visto por diferentes médicos a cada retorno.

Como nossa experiência mostrou, muitas vezes o paciente não sabe que tem epilepsia e porque tem que fazer uso prolongado de medicação. Isso certamente pode acarretar falta de motivação, com conseqüente diminuição da adesão ao tratamento. Médicos e pacientes devem ser co-participantes do tratamento. O médico necessita ouvir o enfoque dado pelo paciente, sentir como ele interpreta a sua epilepsia e o impacto dela em sua vida.

O sucesso no tratamento da epilepsia necessariamente implica na conscientização do paciente e familiares. A equipe de saúde deve utilizar os vários métodos educacionais como palestras, grupos de pacientes, folhetos informativos, no sentido de esclarecer paciente, família e comunidade, ajudando assim no processo de reabilitação do indivíduo epilético.

SUMMARY

INFORMATIVE MEETINGS WITH EPILEPTIC PATIENTS: MULTIDISCIPLINARY ACTION.

Although the scientific knowledges about Epilepsy have been advanced last decades, the acceptance of the epileptic patient by his family and society has been below as wished. Many of the detected psychosocial problems result from misinterpretations on the concept and management of this condition. The objective of this article is to report the experience of informative lectures about Epilepsy, developed by multidisciplinary staff (neurologist, psychologist, social assistant), to the epileptic patients and relatives, treated at the Serviço de Neurologia do HMCP - Puccamp. During 34 months, it was realized 15 lectures; from 234 participants and 113 answered questionnaire to evaluate the benefits of these lectures. Most of the patients (91%) were aided, showing interest by all that it was presented to them. The patients, questions and their evidence confirm the lack of information about Epilepsy. The informative aspects can't be forgotten in the treatment of the Epilepsy and ways of communications of the informations be stimulated.

Keywords: *patient education, epilepsy, patient care team.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BJORHOLT, P.G., NAKKEN, K.O., ROHME, K., HANSEN, H. Leisure time habits and physical fitness in adults with epilepsy. *Epilepsia*, New York, v.31, n.1, p. 83-87, 1990.
2. COOLINGS, J.A. Psychosocial well-being and epilepsy: an empirical study. *Epilepsia*, New York, v.31, n.4, p.418-426, 1990.
3. DIAS, M.I. Ação participativa com epiléticos e seus familiares: uma experiência de educação em saúde. *Revista Brasileira de Neurologia*, São Paulo, v.27, n.6, p.201-202.
4. EMPLOYMENT COMMISSION OF THE INTERNATIONAL BUREAU FOR EPILEPSY (THE). Employing people with epilepsy:

- principles for good practice. *Epilepsy*, New York, v.30, n.4, p. 411-412, 1989.
5. FONSECA, L.C., BEARZOTTI, P. *Como enfrentar a epilepsia*. São Paulo: Icone, 1986. p.15-79.
 6. GOMES, M.M. Qualidade do atendimento em epilepsia. *Revista Brasileira de Neurologia*, São Paulo, v.23, n.4, p.103-107, 1987.
 7. LEVIN, R. BANKS, S., BERG, B. Psychosocial dimensions of epilepsy: a review of the literature. *Epilepsia*, New York, v.69, n.6, p.805-816, 1988.
 8. SARAIVA, M.C.B. As implicações sociais em ser epilético. In: Marildo Junior, R. (ed.). *Epilepsias*. São Paulo: Sarvier, 1983. p.107-120.
 9. SCAMBLER, G. Sociological aspects of epilepsy. In: HOPKINS, A. *Epilepsy*. London: Chapman and Hall, 1987. p.497-510.
 10. SIMONATTO, D., DIAS, M.D., PINTO, T.H.B., ALBUQUERQUE, M. Epilepsia e educação pública. *Arquivos Neuro-Psiquiátricos*, São Paulo, v.50, n. 3, p. 309-312, 1992.
 11. TOSETTI, M.F.V., CAMPOS, M.A., BAUER, C.R., ARAUJO, M.M. PEDRAZOLLI, S., SILVA, Y.B., MANTOVANI, C., HADDAD, M.S., POETCHER, A., CUKIERT, A., MARINO JUNIOR, R. Knowledge about epilepsy among teachers and epileptic patients. *Arquivos Neuro-Psiquiátricos*, São Paulo, v.49, n.3, p.255-259, 1991.
 12. TRIMBLE, M.R., REYNOLDS, E.H. Historical aspects. In: *Epilepsy, behaviour and cognitive function*. London: John Wiley & Sons, 1988. p.3-8.

ARTIGO ORIGINAL

*Dificuldades na seleção de pacientes candidatos à cirurgia estética: uma avaliação da afetividade**

Kátia Mariko Haranaka**

Marcos Lee Citti***

Pedro Henrique de Azevedo Penna Chaves****

Luiz Henrique Trillo*****

RESUMO

Os autores verificam através de entrevistas e aplicação de testes, aspectos relacionados à afetividade de candidatos à cirurgia estética de um Hospital Universitário. Concluem existir grande número de pacientes com temperamento depressivo e/ou síndrome depressiva instalada. Chamam a atenção para o fato de esses pacientes freqüentemente buscarem na cirurgia, soluções para seus problemas afetivos, colocando em risco o resultado de tal operação. A necessidade de uma avaliação psicológica e/ou psiquiátrica antes da cirurgia foi ressaltada.

Unitermo: *cirurgia plástica, afeto, depressão, psicologia*

INTRODUÇÃO

Muitos dos pacientes que solicitam cirurgia cosmética (estética) são selecionados e aceitos apenas pelo cirurgião plástico e encaminhados à cirurgia. É possível que, freqüentemente, existam dificuldades por parte dos cirurgiões, para avaliar psiquicamente os candidatos à cirurgia plástica estética. Esta avaliação é importante, para verificarmos as chances de a cirurgia ter um resultado satisfatório para o paciente. A cirurgia não resolve todos os problemas, e alguns pacientes decepcionados, portadores ou não de distúrbios psiquiátricos, tornam-se reivindicadores frente ao médico, particularmente o cirurgião. Atualmente, os cirurgiões têm procurado fazer uma seleção mais rigorosa dos pacientes a serem operados, em colaboração com os psiquiatras.

O candidato à cirurgia cosmética não é, contrariamente à idéia comum, uma criatura frívola tentando tornar-se mais bonita. Ele é, geralmente, uma pessoa com defeito físico que induz a um frustramento, senso de inferioridade. A cirurgia cosmética para melhorar a aparência, é tentada

opcionalmente com a esperança de conseguir auto-estima e bem estar emocional. Maslow⁶, identificou a necessidade estética como uma das necessidades básicas na vida. Em ordem ascendente, estas necessidades são: (1) fisiológica; (2) segurança; (3) pertencer e amar; (4) ser estimado; (5) cognitiva; (6) estética; (7) estar atualizado. A função do cirurgião é auxiliar na remoção do defeito.

Hill e Silver⁴, em 1951, estudando um grupo de 315 pessoas submetidas à reconstrução cirúrgica da face, caracterizaram três tipos básicos de indivíduos: o primeiro, incluía pessoas bem ajustadas; o segundo, pessoas que se escondiam atrás de sua feiúra, usando o corpo como defesa e pretexto e, terceiro, pacientes pré-psicóticos e realmente psicóticos. Quase todos os pacientes esperavam alguma mágica da cirurgia, independente da idade. De acordo com o estudo de Lejour e Lecocq⁵, realizado em 1975, a cirurgia cosmética produz melhor resultado em termos psíquicos, em pacientes adaptados. Bittle², em 1975, listou os seguintes tipos de personalidade como potenciais complicações psicológicas para a cirurgia cosmética:

1. Personalidade histérica (histriônica, sedutora, comportamento altamente emocional, tendendo a envolver os outros de modo desleal, para assegurar sua contínua afeição; funções sexuais alteradas);
2. Mulheres deprimidas após a menopausa;
3. Personalidade paranóica.

Em outro estudo, Edgerton e Knorr³, em 1971

* Trabalho realizado no Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Puccamp.

** Acadêmica do 5º ano do curso de Medicina da faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

*** Médico Residente de 2º ano de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Puccamp.

**** Professor Assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

***** Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp, chefe do serviço de Cirurgia Plástica do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Puccamp.

apresentaram uma classificação da motivação dos candidatos à cirurgia plástica, de acordo com o fato de estes procurarem a operação como resultado de: (a) pressões externas e/ou (b) sentimentos internos.

As pressões externas incluem: a necessidade de agradar os outros; ideação paranóica: o paciente paranóide sente que uma alteração em sua aparência física tornará seu meio ambiente externo menos ameaçador; carreira pessoal ou ambições que parecem prejudicadas por causa de um defeito na aparência física.

Normalmente, ocorrem sentimentos internos pelas deficiências em sua aparência física.

A pressão interna mais comum vem da depressão e de um senso de inadequação. Os pacientes muitas vezes descrevem inibição dos sentimentos, bem como seu potencial de prazer na vida totalmente bloqueado pela deformidade que ele apresenta. Alguns pacientes estão procurando atualmente uma transformação completa ou mágica. Eles visitam muitos cirurgiões diferentes e requerem vários tipos de procedimentos cirúrgicos. Tais pessoas, freqüentemente, perdem a identidade específica e podem esperar obter uma identidade através da cirurgia. Muitas vezes levam para o cirurgião fotografias de artistas de cinema e outras celebridades com os quais desejariam parecer e cuja carreira esperam imitar. Com muita freqüência, o tipo de temperamento (tonalidade afetiva) que compõe a personalidade do candidato à cirurgia plástica, poderá influenciar nos resultados obtidos.

Segundo Melo⁷, a afetividade humana transcende a corporeidade em suas sensações psicofisiológicas, indo até os recessos da consciência, onde as emoções e os sentimentos são vivenciados como realidade subjetiva e imediata, atingindo as concepções mais nobres e diferenciadas do ser humano, ou seja, a estética, a moral, a religião, o amor, a compaixão etc.

O temperamento é responsável por uma sensibilidade peculiar à vida e diz respeito não só à representação da vida para o indivíduo, como também à qualidade das sensações deste indivíduo diante os estímulos a ele oferecidos pelo seu existir. O temperamento valoriza, de forma que lhe é peculiar, as vivências e os fatos que o mundo traz à pessoa, incluindo decisivamente na memória, pensamentos, vontades e ações.

Desta maneira, o temperamento assume importância extrema, visto que, a afetividade permeia o relacionamento entre o indivíduo e sua realidade externa e interna, ou seja, sua maneira de ver e sentir o mundo e a si mesmo.

METODOLOGIA

A) Sujeitos

Foram entrevistados nesta pesquisa 30 pacientes que procuraram o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital e Maternidade "Celso Pierro" da Pontifícia Universidade Católica Campinas (Puccamp), com a intenção de serem

submetidos à cirurgia estética. Estes foram selecionados aleatoriamente, porém, deveriam obedecer aos seguintes critérios:

- 1) ter entre 20 a 50 anos;
- 2) ter condições de compreender as questões formuladas na anamnese-questionário e na escala avaliatória de depressão;
- 3) ser voluntário e de boa vontade comparecer às entrevistas;
- 4) solicitar uma cirurgia considerada "estética" pelos cirurgiões plásticos.

B) Métodos

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a outubro de 1991. Foram efetuadas durante uma tarde por semana, das 13 às 17 horas, obedecendo a um questionário com perguntas fechadas e abertas, permitindo a livre associação de idéias.

As entrevistas, feitas por dois psiquiatras clínicos duraram em média uma hora, sendo que delas constaram uma anamnese-questionário, uma avaliação do temperamento (tonalidade efetiva) e uma escala para avaliar a experiência e gravidade de depressão (Inventário de Beck - Forma Reduzida).

O questionário foi composto de perguntas relacionadas a: idade, sexo, estado civil, profissão, tipo de cirurgia, motivos para realizar a cirurgia, influência ou não de outras pessoas na decisão de ser operado, uso de psicofármacos, distúrbios do sono, etc.

Os métodos estatísticos empregados foram aplicação de médias e porcentagens, visto que o trabalho dizia respeito, predominantemente, ao perfil psicológico de pacientes submetidos à cirurgia plástica e, portanto, necessitava de estatística simples.

RESULTADOS

Dos pacientes entrevistados, verificamos que a maioria (76,6%) tinha idade compreendida entre os 20 e 40 anos. Quanto ao sexo, houve apenas um homem entre os pacientes entrevistados. Em relação ao estado civil, 33,3% eram solteiros, 50% casados, 6,6% viúvos e 10% divorciados. Quanto à profissão dos entrevistados, 60% são donas de casa e os 40% restantes são "empregados", com atividades variadas, sendo que houve apenas um paciente que possuía nível universitário e era "autônomo". Quanto ao tipo de cirurgia, 33,3% solicitaram mamoplastia, 16,6% abdominoplastia, 16,6% rinoplastia; 20% ritidoplastia facial e os restantes 13,5%, outros tipos de cirurgia cosmética (blefaroplastia e correção de cicatriz cirúrgica). Quanto aos motivos para ser operado, 53,3% dos entrevistados alegaram " vaidade", 36,7% "complexo" e 10% alegaram querer ser operado para resolver problemas de vida. Dos entrevistados, 60% alegaram ter sido escolha própria enquanto 40% pediram opinião para outras pessoas para saber se deviam ou não ser operados. Quanto ao uso de psicofármacos,

20% utilizam (benzodiazepínicos, ansiolíticos e/ ou hipnóticos) e 16,6% já utilizaram moderadores de apetite. Em relação aos distúrbios do sono, 36,7% dos pacientes apresentaram insônia regularmente.

Através do Inventário de Beck¹ (Forma Reduzida), verificamos que 36,7% apresentaram depressão moderada ou grave, necessitando de tratamento imediato.

Na avaliação do temperamento, foram pesquisados os seguintes itens:

- 1) Chorar e/ou comover-se com facilidade;
- 2) Magoar-se facilmente;
- 3) Medo de magoar ou incomodar os outros;
- 4) Preocupação excessiva em relação a tudo;
- 5) Preocupação excessiva em relação à morte;
- 6) Pessimismo em relação ao futuro e/ou maus presságios;
- 7) Timidez;
- 8) Baixa auto-estima;
- 9) Distúrbios do sono (insônia ou hipersônia);
- 10) Valorizar demasiadamente a opinião dos outros.

Dos pacientes entrevistados, 76,7% tinham concordância em pelo menos 5 dos itens acima e foram caracterizados como tendo temperamento depressivo.

CONCLUSÃO

Como podemos observar, 36,7% dos candidatos à cirurgia estética apresentaram quadro depressivo franco, detectado pelo Inventário de Beck (Forma Reduzida), enquanto 76,7% apresentaram temperamento depressivo pela nossa avaliação.

Chamamos a atenção para o fato de que embora o indivíduo com temperamento depressivo não seja patológico, sua maneira de ser e estar no mundo se aproxima do indivíduo "doente". É praticamente impossível encontrarmos a doença afetiva em pacientes que não possuíam, de antemão, um temperamento de tonalidade depressiva.

O indivíduo com depressão, assim como o de temperamento depressivo, tem como peculiaridade de sua personalidade o fato de ser mais vulnerável aos acontecimentos e vivências negativas de sua existência. Frequentemente, não consegue experimentar com intensidade, sentimentos como prazer e alegria, e sente a vida como um caminho difícil e dolorido a ser vencido. Guiado pelos quase que constantes sentimentos de insegurança e menosvalia, sente-se como que rejeitado e ameaçado à sua aceitação e adaptação social.

Esta sensação de mal estar perante a vida, comumente é racionalizada e projetada para algo mais palpável como, dentre outros, dificuldades econômicas, insatisfação política ou a própria aparência física. É a necessidade de culpar algo ou alguém.

Ao projetar suas dificuldades internas para sua aparência física, o indivíduo encara a cirurgia estética como algo mágico que irá resolver tudo e torná-lo feliz. Este fato

ocasiona, muito freqüentemente, resultados cirúrgicos insatisfatórios (na avaliação do paciente) que acabam por se transformar em perda de tempo, perda de dinheiro, difamação do cirurgião e até mesmo processo judicial, isto sem falar da exposição da vida do paciente a riscos talvez desnecessários.

Não há dúvida de que se torna extremamente difícil traçar o perfil psicológico do paciente mais indicado a submeter-se a uma cirurgia estética, porém, é indiscutível a necessidade de todo candidato à cirurgia cosmética submeter-se à avaliação psicológica e/ou psiquiátrica e, dependendo do caso, submeter-se a tratamento pré e pós-cirúrgico.

SUMMARY

Difficulties in the selection of patients who apply for aesthetic surgery: an affectivity evaluation

The authors verify through interviews and test applications aspects related to the affectivity of patients who apply for aesthetic surgery at a University Hospital. They conclude that there are many patients with a depressive mood and/or a depressive syndrome. They call attention to the fact these patients frequently try to solve their affective problems through surgery, thus exposing to risk the result surgery. The necessity of a psychological and/or psychiatric evaluation before surgery is emphasized.

Keywords: plastic surgery, affect, depression, psychology.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a enfermeira Vilma Pimenta Amaral que gentilmente colaborou para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECK, A.T. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982, p.385-387.
2. BITTLE, R.M., *Psychiatric evolution of patients seeking rhinoplasty Otolaryngologic Clinics of North America*, Philadelphia, v.8, n. 3, p.689-692, 1975.
3. EDGERTON, M.T. norr, N.J. Motivation patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, Baltimore, v.48, n.6. p. 551-557, 1971.
4. HILL, G., SILVER A.G. Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. *Psychosomatic Medicine*, New York, v.12, p. 345-355, 1950.
5. LEJOUR, M., LECOCQ, C. Implications psychologiques de la chirurgie esthétique. *Acta Chirurgica Belgica*, Bruxelas, v.74, n.1, p.5-24, 1975.
6. MASLOW, A. *Introdução à psicologia do ser*. Tradução de Álvaro Cabral. 2.ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 1972. p.69-72. Tradução de: Toward a psychology of being.
7. MELO, A. L. N. de *Psiquiatria*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. p.169

Padrões eletrencefalográficos ligados às epilepsias benignas parciais da infância; correlações clínico-eletrencefalográficas

Lineu Corrêa Fonseca*
Glória Maria Almeida Sousa Tedrus**
Maria Cristina Albertin***

RESUMO

Foi pesquisada a ocorrência de padrões eletrencefalográficos mais comumente observados nas Epilepsias Benignas Parciais da Infância, em 413 pacientes, de 3 a 15 anos de idade, examinados no Serviço de Eletrencefalografia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Puccamp. Cento e dezoito crianças apresentavam epilepsia e 44 tiveram crise única não febril. Pontas centrais e/ou temporárias médicas, apareceram em 27 casos e foram freqüentes nas crianças com epilepsias (15,2%) do que nas com outras queixas (3,0%). O diagnóstico de Epilepsia Benigna da Infância com Pontas Centro-temporais foi feito em 14 casos (11,8% dos pacientes com epilepsia). Três crianças (2,4%) apresentaram Epilepsia da infância com Paroxismos Occipitais. Pontas evocadas por estímulos somatossensoriais foram observadas em quatro casos, sendo a epilepsia relatada em três deles. Nosso estudo mostra que as Epilepsias Benignas da Infância são relativamente freqüentes. Tal achado reveste-se de grande importância prática face às implicações de ordem terapêutica e prognóstica.

Unitermos: epilepsia focal, eletroencefalografia, criança.

INTRODUÇÃO

A abordagem tradicional em epilepsia compreendia apenas a caracterização do tipo de crise epiléptica e a busca do processo lesional. Como, na maioria dos pacientes não é possível identificar a etiologia, o tratamento e o prognóstico ficavam quase exclusivamente ligados ao tipo de crise.

Nos últimos anos foi ganhando importância a caracterização de síndromes epilépticas (Classification of epilepsias and epileptic syndromes, 1989)⁷. Estas são agrupamentos de características clínicas e laboratoriais que podem trazer elementos mais consistentes quanto à conduta, prognóstico, tratamento, reabilitação e mesmo etiologia. A identificação de síndromes epilépticas reverte-se portanto

de grande importância prática^{1,24}. Estas podem ser diagnosticadas numa proporção significativa de pacientes²⁰.

Nas epilepsias e síndromes parciais a semiologia crítica ou achados de investigação mostram origem focal das crises. Dentre estas, existem formas idiopáticas que se caracterizam pela predisposição hereditária como fator etiológico.

A Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas destaca o grupo das Epilepsias Idiopáticas Parciais com início na infância (EIPi) em que não existem lesões anatômicas demonstráveis e há remissão espontânea das crises. Os pacientes não apresentam déficit neurológico ou intelectual nem antecedentes de doença do sistema nervoso central. O EEG é fundamental na caracterização dessas síndromes e apresenta atividade de fundo normal e pontas focais, as vezes multifocais, rombas, monomórficas, de longa duração, grande amplitude e mais numerosas durante sono. Dois tipos de EIPi são dados como estabelecidos:

* Professor Titular do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

** Professora Assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

*** Professora Instrutora do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

1 - *Epilepsia benigna da infância com pontas centrotemporais (EBCT).*

Nessa forma, as crises iniciam-se entre 4 e 10 anos de idade, afetam principalmente a musculatura da face e orofaringe com possível generalização, e ocorrem principalmente durante sono.

O EEG, com atividade de base normal, mostra pontas rombas de amplitude elevada e longa duração, de predomínio nas regiões centrais e temporais médias de um ou ambos hemisférios^{3,21}.

Haveria como mecanismo fisiopatológico uma hiperexcitabilidade neuronal sem substrato anatômico, dependente de fatores genéticos¹⁸. Uma vez firmado o diagnóstico, não há necessidade de procedimentos diagnósticos de maior complexidade, como, por exemplo, a tomografia computadorizada de crânio^{1,2,25}. O prognóstico é ótimo, e em geral as crises desaparecem até os 15 anos de idade^{5,6}.

2 - *Epilepsia da infância com paroxismos occipitais (EBRO).*

Nesta forma, descrita por Gastaut em 1982¹⁵, as crises iniciam-se com manifestações visuais e podem ser seguidas por hemiclônias ou automatismos. No pós- crise aparece cefaléia pulsátil intensa em cerca de 25% dos casos. O EEG mostra descargas occipitais de complexos ponta-onda bloqueados pela abertura dos olhos.

O prognóstico, inicialmente descrito como bom¹⁵ e ligado a processo de natureza funcional, parece, no entanto, depender de vários fatores, inclusive da existência de processo lesional^{8,22,23}.

Na própria proposta da Classificação Internacional de Epilepsias está realçado que outras formas podem vir a ser bem caracterizadas.

Dalla Bernardina et al⁹, observaram uma epilepsia de evolução benigna com crises de curta duração, freqüentes, com sintomatologia afetiva.

DeMarco e Tassinari¹¹ descreveram uma possível epilepsia benigna da infância com crises predominantemente versivas e com pontas evocadas por estímulos somatossensoriais. Haveria uma base funcional e ocorrência em vários membros de uma família¹². Foi levantado o fato de que as pontas evocadas por estímulos somatossensoriais possam ser registradas também em casos de epilepsias sintomáticas e em outras síndromes epiléticas^{10,13,14}.

A caracterização de um dipolo tangencial é outro elemento eletrencefalográfico mais observado em epilepsias idiopáticas do que em lesionais^{16,17}.

Por outro lado, esses "padrões eletrencefalográficos mais comumente observados nas epilepsias idiopáticas benignas parciais da infância" (PE) podem ser registrados em pacientes não epiléticos com outros tipos de queixas¹⁹ ou mesmo em crianças assintomáticas.

Não temos conhecimento de pesquisa em que os vários

PE tenham sido estudados sistematicamente em uma mesma casuística.

Analisaremos os PE quanto ao nível de associação com epilepsia e síndromes epiléticas, assim como sua freqüência relativa.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram examinados 467 pacientes de 3 a 15 anos de idade no Serviço de Eletrencefalografia e nos ambulatórios/enfermarias de neurologia e psiquiatria do Hospital Celso Pierro - Puccamp no período de março a dezembro de 1992. Cinquenta e quatro pacientes foram excluídos da análise porque os prontuários não continham dados suficientes para caracterização clínica ou eletroencefalográfica. Foram, então incluídos no estudo 413 casos sendo 195 do sexo feminino e 218 do masculino.

A observação clínica foi feita segundo prontuários de rotina do HMCP e do serviço de EEG que contém também os dados laboratoriais. Em proporção significativa das crianças foi realizado estudo radiológico simples e de crânio, enquanto a tomografia foi restrita a alguns dos casos em que havia déficit neurológico/intelectual ou antecedentes indicativos de lesão cerebral.

As crises epiléticas foram classificadas seguindo os critérios de Classificação Internacional das Crises Epiléticas (1981). Nos casos com epilepsia, foi apontado sempre que possível o diagnóstico de síndrome epilética e/ou epilepsia, segundo a Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epiléticas⁷.

Para o diagnóstico de Epilepsia Benigna Parcial de Infância foram adotados os critérios preconizados por Dalla Bernardina et al⁹.

Dos 413 casos, o EEG foi realizado durante vigília (com várias provas de abertura e fechamento dos olhos) em 383 casos, hiperpnéia em 300, percussão (com estímulo semelhante ao usado para a pesquisa dos reflexos profundos) dos pés e mãos em 398, fotoestimulação interminente em 337, e sono em 149 pacientes.

No EEG foram analisadas: atividade de fundo, existência de atividade epileptiforme (localização, caracterização de dipolo tangencial - negatividade e positividade simultâneas da descarga em diferentes regiões, - e reatividade à abertura dos olhos e/ou provas de ativação), presença de pontas evocadas por estímulos somatossensoriais e outras atividades paroxísticas.

Freqüência de ocorrência, grau de associação com epilepsia, perfil de crises e de síndromes epiléticas associadas foram estudados para os seguintes aspectos EEG: pontas centrotemporais (Figura 1); pontas parietais; paroxismos occipitais bloqueados pela abertura dos olhos (Figura 2); pontas evocadas por estímulos somatossensoriais (Figura 3) e dipolo tangencial.

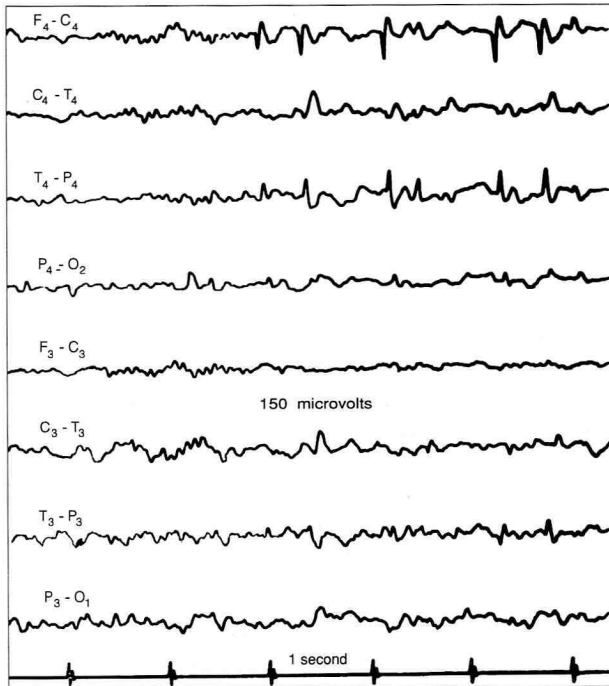


Figura 1. Pontas na região central e temporal média do hemisfério direito, durante o sono.

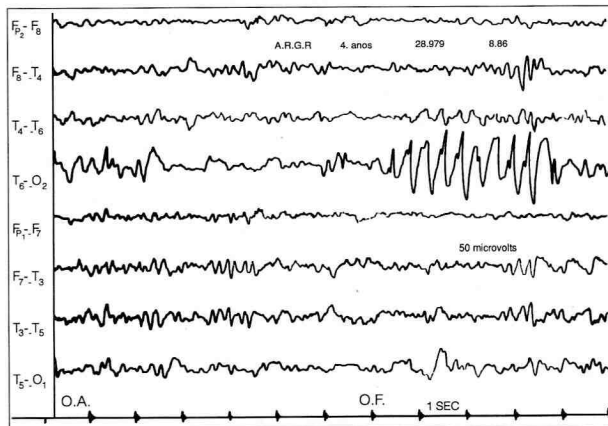


Figura 2. Paroxismos occipitais caracterizados por complexos ponta-onda lenta na região occipital direita, registrados apenas com os olhos abertos.

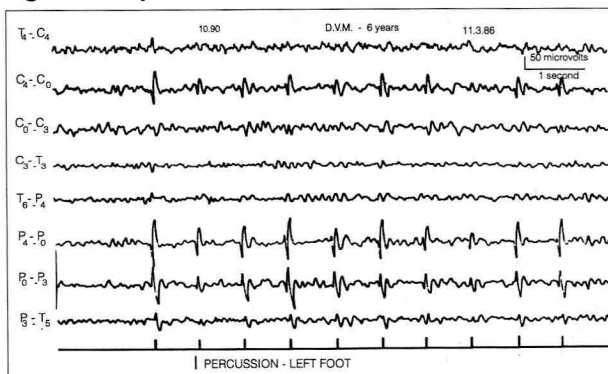


Figura 3. Pontas em C₂, O₃ e com maior amplitude em P₂, desencadeados pela percussão do pé esquerdo

RESULTADOS

Cento e dezoito crianças apresentavam epilepsia, 44 tiveram crise única não febril e em 251 pacientes o EEG foi realizado por razões variadas como encefalopatia crônica infantil, distúrbio de comportamento, dificuldade escolar, traumatismo crânio-encefálico, cefaléia, meningite, distúrbios do sono, convulsões febris, etc..

A tabela 1 mostra que anormalidades ao EEG e anormalidades paroxísticas de modo geral, ocorreram em maior proporção nas crianças com epilepsia ou crise epiléptica única do que nas que apresentavam outras queixas ($\chi^2=45,37 P<0,005$).

Tabela 1. Distribuição dos casos segundo ocorrência de epilepsia, crise única ou outras queixas e anormalidades ao EEG

QUADRO CLÍNICO	Nº DE CASOS	EEG			
		ANORMAL		ANORMALIDADE PAROXÍSTICA	
		Nº	%	Nº	%
Epilepsia	118	78	66,1	66	55,9
Crise única	44	23	52,2	19	43,1
Outras queixas	251	75	29,8	50	19,9
Total	413	176	42,6	135	32,6

Pontas centrais e/ou temporais médias, com ou sem difusão regiões vizinhas, apareceram em 27 casos e foram mais frequentes nas crianças com epilepsia do que nas demais ($\chi^2=20,54 P<0,005$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos casos com pontas centro-temporais segundo a existência de sintomas/sinais de lesão cerebral e a ocorrência de epilepsia, crise única ou outras queixas

QUADRO CLÍNICO	SINTOMAS/SINAIS DE LESÃO CEREBRAL					
	SEM		COM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Epilepsia (N=118)	11	9,3	7	5,9	18	15,2
Crise única (N=44)	1	2,2	1	2,2	2	43,5
Outras queixas (N=251)	3	1,1	4	1,5	7	2,7
Total (N=413)	15	3,6	12	2,9	27	6,5

A associação ou não das pontas centro-temporais com sintomas clínico-EEG sugestivos de lesão cerebral, nas diversas condições clínicas, está assinalado na tabela 2.

Em 10 dos 18 casos de epilepsia com pontas centrotemporais foram atendidos os critérios de caracterização de EBCT. Este diagnóstico foi feito também em três crianças com crises orofaríngeas que apresentavam EEG normal. Em um caso adicional embora o EEG do

período da pesquisa tenha sido normal, pontas centro-temporais foram registradas em exames anteriores.

Assim, o diagnóstico de EBCT foi possível em 14 casos (11,8% dos pacientes com epilepsia).

Em outros 7 casos além de pontas centro-temporais o EEG mostrava alterações de atividade de fundo ou paroxismos de outros tipos. Três dessas crianças tinham epilepsia sintomática (duas por neurocistecercose e uma por anoxia neonatal) e quatro tinham epilepsia criptogênica.

Uma criança com pontas centro-temporais tinha epilepsia de ausência da infância.

Um outro paciente apresentou crise única mas num contexto clínico-EEG compatível com EBPI.

Distúrbios do comportamento e/ ou da fala foram relatados em 7 crianças com pontas centro-temporais, traumatismo crânio-encefálicos em 2, e encefalopatia crônicas foram diagnosticadas em dois casos.

O achado de pontas restritas às regiões parietais, pontas evocadas por estímulos somato-sensoriais e ponta-onda bloqueada pela abertura dos olhos, nos diferentes grupos segundo a ocorrência de crises epiléticas, está assinalado na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos casos com pontas restritas às regiões parietais, pontas evocadas por estímulos somato-sensoriais e ponta-onda occipital bloqueada pela abertura dos olhos, segundo a ocorrência e tipo de manifestação epilética

QUADRO CLÍNICO	P		EV		OB	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Epilepsia (N=118)	3	2,5	3	2,5	2	1,6
Crise única (N=44)	2	4,5	-	-	2	2,2
Outras queixas (N=251)	2	0,7	1	0,3	-	-
Total (N=413)	7	1,6	4	0,9	3	0,7

P: pontas parietais; E: pontas evocadas por estímulos somato-sensoriais; OB: ponta-onda occipital bloqueada pela abertura dos olhos

Pontas evocadas pela percussão dos pés e/ ou das mãos foram obtidas em 4 crianças (1,0% dos casos pesquisados). Uma criança tinha cefaléia e não apresentava elementos indicativos de lesão do sistema nervoso central. Nos outros três casos havia relato de crises epiléticas. Em um deles o diagnóstico foi de epilepsia de ausência da infância. Outra criança teve crise tônico-clônica generalizada única e mostrava quadro de paralisia cerebral. Seu EEG mostrava também pontas centrais medianas. No outro caso as crises eram tônico-clônicas generalizadas e não havia sinais de lesão cerebral.

Três crianças (0,7% dos casos pesquisados) apresentavam paroxismos occipitais constituídos por complexos ponta-onda bloqueados pela abertura dos olhos. Uma delas teve crise única tônico-clônica generalizada e outra teve

crises generalizadas do sono. Em ambos casos o exame neurológico e os exames subsidiários foram normais. Em outro caso as crises eram versivas e havia rebaixamento mental discreto.

Nos três casos com epilepsia e pontas restritas às regiões parietais, não havia sintomas/sinais clínicos - EEG de lesão cerebral, sendo as crises unilaterais, parciais complexas e generalizadas do sono, para cada um deles, respectivamente. Dipolo tangencial foi observado em uma dessas crianças.

Dipolo tangencial foi encontrado também em uma criança com crises mal caracterizadas e pontas occipitais, na ausência de sinais de lesão cerebral. Em ambos casos com dipolo, a positividade ocorria em áreas anteriores.

COMENTÁRIOS

A aplicação completa do protocolo do EEG ou seja repouso, hiperpnéia, fotoestimulação, abertura e fechamento dos olhos e percussão de pés e mãos, foi possível em proporção elevada dos casos. Não temos conhecimento na literatura mundial de pesquisa abrangendo os vários aspectos deste estudo.

As manifestações epiléticas e seu diagnóstico diferencial foram a razão mais comum para o pedido do EEG. A proporção de EEG anormais nas crianças epiléticas foi a habitual da literatura, levando-se em conta apenas um exame e percentual relativamente pequeno de obtenção de sono. As anormalidades paroxísticas foram as alterações predominantes nos casos de epilepsia.

Descargas de localização restrita ou predominante central e/ou temporal média ocorreram em proporção elevada tanto da casuística geral quanto das crianças com epilepsia.

Nosso estudo mostra que descargas centro-temporais podem ocorrer em crianças com epilepsia sintomática (neurocistecercose, por exemplo), mas nesta circunstância existiam outras alterações ao EEG, distintas das observações na EBCT.

Embora pouco estudada e mesmo pouco reconhecida em nosso meio o achado de EBCT em aproximadamente 12% das nossas crianças confirma esta forma como uma das mais comuns da infância em acordo com a literatura mundial³.

O diagnóstico preciso de EBCT é de grande importância prática pois prescinde de explorações neurorradiológicas^{4,25} e permite assegurar à família um bom prognóstico, com o desaparecimento das crises até os 15 anos de idade, e por vezes, torna desnecessário o tratamento com anticonvulsivantes.

Este estudo mostra a ocorrência de pontas centro-temporais em crianças sem crises mas com distúrbios de comportamento e/ou dificuldade escolar. Pesquisa recente detecta distúrbio cognitivo transitório nos períodos correspondentes às descargas "interictais" centro-temporais e levanta a possibilidade de relação desses fenômenos com

o distúrbio de comportamento e de aprendizado⁴.

A observação de três crianças com focos parietais na ausência de quadro clínico-EEG de lesão cerebral sugere a necessidade de estudos no sentido de melhor compreender as possíveis relações entre foco parietal e epilepsias benignas da infância.

O registro de pontas evocadas por estímulos somatossensoriais em 1,0% dos casos é similar à de DeMarco e Tassinari¹¹. No entanto, discordando desses autores, observamos pontas evocadas não só em caso compatível com EIPI, mas também em epilepsia sintomática e generalizada idiopática.

Paroxismos occipitais bloqueados pela abertura dos olhos foram observados em três crianças com crises epiléticas. Em duas delas não havia déficit neurológico ou intelectual, de modo análogo ao relatado por Gastaut¹⁵, ao descrever uma epilepsia benigna da infância com esse aspecto EEG. A dificuldade de se obter o relato adequado das manifestações visuais do início da crise pode levar ao diagnóstico de crise generalizada, como neste estudo.

Em um dos nossos casos havia déficit intelectual, o que traduz um contexto possivelmente lesional e com prognóstico menos satisfatório quanto à qualidade de vida. Tal achado também foi apontado na literatura^{8,22,23} mostrando, nesses casos, a necessidade de investigação neurorradiológica mais aprofundada.

Embora Gregory e Wong¹⁶ tenham registrado dipolo tangencial em proporção significativa dos pacientes com pontas centro-temporais, não pudemos observá-lo em nenhum caso. O fato de contarmos com eletroencefalógrafo com número limitado de canais (oito) permitindo o estudo simultâneo de apenas parte das regiões cerebrais e o uso de diferentes eletrodos de referências podem ser as principais razões para explicar essa divergência. No entanto, conseguimos caracterizar dipolo em casos de foco parietal e occipital em crianças com possíveis EIPI, relação essa também a ser melhor estudada.

Esta pesquisa, mostra que a EBCT, embora pouco reconhecida, é comum em nosso meio. Tal achado reveste-se de grande importância prática, face às implicações de ordem de conduta, prognóstico e terapêutica.

Embora menos freqüente, também foi possível identificar a EBPO, assim como casos com pontas evocadas por estímulos somatossensoriais e com dipolo tangencial.

O estudo de maior número de pacientes destas últimas condições assim como a pesquisa da relação entre descargas ao EEG e funções cognitivas podem trazer maior contribuição à correlação clínico-EEG da prática diária.

SUMMARY

ELECTROENCEPHALOGRAPHIC PATTERNS OF BENIGN CHILDHOOD PARTIAL EPILEPSIES: CLINICAL-ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CORRELATIONS

The occurrence of peculiar electroencephalographic

patterns observed in begin childhoode partial epilepsies was studied in 413 children, ranging in age from 3 to 15 years. The prevalence of centrotemporal spike was significantly higher for epileptic patients with other complaints (3,0%). Fifteen patients had begun childhood epilepsy with centrotemporal spikes (11,8% of cases with epilepsy). Three cases had childhood epilepsy with occipital paroxysms. High-voltage evoked potentials in the EEG were observed in four cases. Three of these cases had epilepsy. This study shows that the diagnostic of Benign Partial Epilepsies of Childhood may be done in a important proportion of patients with epilepsy and this has great value because of prognostic and therapeutic implications.

Keywords: focal epilepsy, eletroencefalography, child.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCARDI, J. Epileptic syndromes in childhood. *Epilepsia*, New York, v.29, (suppl.3), p.51-55, 1988.
2. AMBROSETTO, G. Unilateral opercular macrogyria and benign childhood epilepsy with centrotemporal (Rolandic) spikes: report of case. *Epilepsia*, New York, v.33, p.499-503, 1992.
3. BEUSSART, M. Benign epilepsy of children with rolandic (centrotemporal) paroxysmal foci. *Epilepsia*, New York, v.13, p.775-781, 1972.
4. BINNIE, C.D., MARSTON, D. Cognitive correlantes of interictal discharges. *Epilepsia*, New York, v.33, (suppl.6), p.511-517, 1992.
5. BLOM, S., HEIJBEL, J. Benig epilepsia of children with centrotemporal EEG foci: a follow-up study in adulthood of patients initially studied as children. *Epilepsia*, New York, v.23, p.629-632, 1982.
6. _____, BERGFORS, P.G. Benign epilepsy of children with centro-temporal EEG foci: prevalence and follow-up of 40 patients. *Epilepsia*, New York, v.13, p.609-619, 1972.
7. COMMISSION on Classification and terminology of the International League against epilepsy: proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*, New York, v.30, n.4, p.389-399, 1989.
8. COOPER, G. W., LEE, S.L. Reactive occipital epileptiforme activity: is it benign? *Epilepsia*, New York, v.32, n.1, p.63-69, 1991.
9. DALLA BERNARDINA, P., CHJAMENTI, C., CAPOVILLA, G., COLAMARIA, V. Benign partial epilepsies in childhood. In: *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*. London: Eurotext, 1985. p.137-149.
10. _____, SGRÓ, V., FONTANA, E., CARABALLO, R., BLANCO, M., ZULLINI, E., SIMEONI, M., COLAMARIA, V. Partial epilepsies in children with rolandic somatosensory evoked spikes (Hand tapping): neurophysiological (EEG and SEP) study. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, Limerick, v.75, p.532, 1990 (abstr.).
11. DEMARCO, P., TASSINARI, C.A. Extreme somatosensory evokes potencial (ESEP): an EEG sign forecasting the possible occurrence of seizures in children. *Epilepsia*, New York, v.22, p.569-575, 1981.
12. _____, Parietal epilepsy with evoked and spontaneous spikes: report on siblings with possible genetic transmission.

- Clinical Electroencephalography*, Wilmette, Illinois, v.17, p.159-161, 1986.
13. FONSECA, L.C. ODASHINA, N.S., TEDRUS, G.M. Epileptic syndromes in partial epilepsy in neurologically normal children. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, Limerick, v.75, p.546, 1990. (abstr.)
 14. _____, TEDRUS, G.M.A., ODashima, N.S. Epileptic syndromes in children with somatosensory evoked spikes. *Epilepsia*, New York, v.32, (suppl. 1.), p.88, 1991. (abstr),
 15. GASTAUT, H. A new type of epilepsy: benign partial epilepsy of childhood with occipital spike-waves. *Clinical Electroencephalography*, Wilmette, Illinois, v.13, p.13-22, 1982.
 16. GREGORY, D.L., WONG, P.K.H. clinical relevance of a dipole field in rolandic spikes. *Epilepsia*, New York, v.33, n.1, p.36-44, 1992.
 17. _____, _____. Topographical analysis of the centro-temporal discharges in benign rolandic of childhood. *Epilepsia*, New York, v.25, p.705-711, 1984.
 18. HEIJBEL, J., BLOM, S., BERGFORS, P.G. Benign epilepsy of children with centro temporal EEG foci: a study of incidence rate in outpatient care. *Epilepsia*, New York, v.16, p.657-664, 1975.
 19. LERMAN, P., KIVITY-EPHRAIN, S. Carbamazepine sole anticonvulsivant for focal epilepsy of childhood. *Epilepsia*, New York, v.15, p.229-234, 1974.
 20. LOISEAU, P., DUCHE, B., LOISEAU, J. Classification of epilepsies and epileptic syndromes in two different samples of patients. *Epilepsia*, New York, v.32, n.3, p.303-309, 1991.
 21. LOMBROSO, C.T. Sylvian seizures and mid-temporal spikes foci in children. *Archives of Neurology*, Chicago, Illinois, v.17, p.52-59, 1967.
 22. NEWTON, R., AICARDI, J. Clinical findings in children with occipital spikes-wave complexes suppressed by eye-opening. *Neurology*, Cleveland, Ohio, v.33, p.1526-1529, 1983.
 23. PANAYIOTOPOULOS, C.P. Basilar migraine? seizures and severe epileptic EEG abnormalities. *Neurology*, Cleveland, Ohio, v.30, p.1122-1125, 1980.
 24. VIANI, F., BEGHI, E.M., ATZA, G., GULOTTA, M.P. Classifications of epileptic syndormes: advantages and limitations for evaluation of chidlhood. *Epilepsia*, New York, v.29, p.440-445, 1988.
 25. SANTANELLI, P., BUREAU, M., MAGAUDDA, A., GOBBI, G., ROGER, J. Benign partial epilepsy with centrotemporal (or Rolandic) spikes and brain lesion. *Epilepsia*, New York, v.30, p.182-188, 1989.

Urge mudar o que não está bom

Sílvio dos Santos Carvalho*

Esta frase encerra um apelo irrecusável principalmente quando o assunto é importante e as opiniões são quase ou totalmente unânimes.

Ainda que a constatação do que foi julgado não seja uma conclusão pessoal, mas de outrem, é aceitável que ações modificadoras tenham, desde logo, início, sobretudo quando as informações merecerem inteira credibilidade.

O assunto é o ensino de medicina que sempre esteve e continua em debate. Todos nós envolvidos com o tema sentimos que há muito ele não vai bem e a insatisfação é cada vez maior e mais disseminada.

Opiniões de alunos e professores são concordantes e, em reuniões de comissões, conclaves e conversas despreziosas, são apontadas múltiplas razões inquestionáveis.

Enquanto estamos arrolando na Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp, através de enquetes, discussões e análises (Comissão de estudo do nosso Currículo de Graduação), a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná cuida de reestruturar o curriculum de graduação do seu curso de medicina e já oferece resultados de grande valor para fundamentar a crítica sobre a organização e problemas do curso dentro da sua própria casa. Os que se propuseram a estudar o curriculum não pouparam esforços e são pródigos em informações que a nós chegaram através do relato do próprio Diretor do Setor de Ciências da Saúde daquela Instituição, o Dr. Mário Sérgio Júlio Gerçi. Recebemos dele dois opúsculos sobre "Reestruturação do Currículo de Medicina I e II". Sobretudo o de nº II é farto em informações, resultado da opinião organizada de alunos, egressos e professores daquela Faculdade de Medicina.

Na verdade muitas das conclusões do trabalho já eram "sentidas" pelos interessados no tema há muitos anos, mas os números que apresentam dão muita objetividade às "impressões" que ficam, pela simples observação e acompanhamento da sucessão de evidências.

Assisti a palestra do Dr. Mário Sérgio no II Encontro sobre Ensino de Medicina, realizado na Puccamp recentemente, e, tendo lido, principalmente o caderno nº 8 da Avaliação, desejo ressaltar estendendo considerações e críticas, parceladamente sobre as que me parecem de maior relevância.

É nosso propósito, sem prejuízo da colheita dos nossos próprios dados, através do trabalho da Comissão de Currículo da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp,

antecipar estas considerações que poderão ser úteis e permitir que algumas recomendações entrem desde logo na pauta das reuniões da Comissão para que sejam discutidas e recomendadas como propostas para iniciar mudanças com base em conclusões aprovadas por consenso.

Baseado na opinião dos três grupos consultados elegemos os tópicos de maior destaque e importância para discorrer sobre cada um confrontando as conclusões enunciadas, com a nossa experiência pessoal, resultado de uma vivência de mais de cinquenta anos ininterruptamente devotados ao ensino e à assistência clínica aos pacientes do Hospital Escola em três Escolas distintas. Primeiro a Escola Paulista de Medicina desde a nossa graduação, de 1940 até 1968, na Unicamp de 1967 até 1987 e na Puccamp desde 1977 até o presente.

Como concluíram os autores do trabalho na Universidade Federal do Paraná, nós temos um número excessivo de disciplinas e, por isso a carga horária é também excessiva. É necessário reconhecer que está errado e propor redução, deslocando para a pós-graduação os excessos e o potencial dos especialistas para formar especialistas.

Como assinalado no Paraná temos um curso pulverizado pela ministração das disciplinas por especialistas "que fragmentam o ser humano em órgãos e sistemas" perdendo-se a visão do paciente como um todo. Deve-se acabar com esta pulverização do ensino, diz Dr. Arnaldo Moura, daquela Universidade.

Praticamente não há integração básico-profissionalizante. Não me lembro de ter sido o tema debatido nesta Escola. Parece que nenhuma vez professores do ciclo básico e do profissionalizante discutiram juntos os programas das disciplinas básicas que pretendem ser pré-requisitos indispensáveis dos programas do ciclo de profissionalização!

Os subsídios que acabamos de receber da Coordenação do Curso de Medicina daquela Escola são uma real advertência para que analisemos os erros que estão sendo aqui cometidos. "Urge mudar o que não está bom" e para isto é necessário propor medidas decisivas para não mais protelar o encaminhamento de mudanças que visem a atenuar, pelo menos, o que está ao nosso alcance.

É consenso entre aqueles que estudam e debatem os problemas do ensino de graduação em medicina que é preciso mudar. Porque não mudar efetivamente? Pior não vai ficar...

* Coordenador do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

RESUMOS

I - CLÍNICA CIRÚRGICA

***Avaliação da viabilidade
intestinal com
fluoresceína sódica***

Ana Paula Soares Campos
Eugênio Alves Vergueiro Leite
Sandra Pedroso de Moraes
Heraldo José Vivanni Curti
Adriana Maria Sartori
José Alfredo dos Reis Neto

RESUMO

A isquemia intestinal, à macroscopia, pode se apresentar em diferentes graus, dificultando a decisão do cirurgião sobre a viabilidade do segmento enteral durante o ato operatório. Com o objetivo de avaliar se a fluoresceína sódica (Fs) oferece vantagens sobre a avaliação macroscópica na definição da zona de viabilidade, realizou-se um estudo comparativo. Foram utilizados 12 ratos Wistar que foram submetidos a ligadura vascular de três ramos da artéria mesentérica superior, desvascularizando um segmento de 3 a 4cm de extensão. As regiões consideradas inviáveis à macroscopia foram demarcadas e os ratos separados em 2 grupos iguais: Grupo 1 (controle): secção transversal do intestino nas áreas demarcadas pela Fs e reconstrução do trânsito por anastomose termino-terminal. Grupo II (experimento): infusão de Fs, mensuração dos limites entre a área demarcada macroscopicamente e com a Fs, secção da área inviável pela Fs e reconstrução intestinal como no Grupo I. Todos os animais foram submetidos a necrópsia após óbito ou, quando permaneceram vivos, no sétimo dia pós-operatório. Conclui-se que a extensão do segmento intestinal demarcado pelas Fs embora menor, não foi significativo ($P > 0,005$) em relação a macroscopia e que a Fs garantiu a integridade da alça intestinal reconstruída.

***Dispepsia e perfuração: estudo
retrospectivo de lesões
ulceradas do trato digestivo***

Gustavo Sevá Pereira
Marco Antônio Martim
Fernando Cordeiro
Flávio Antônio Quilici
José Alfredo dos Reis Neto

RESUMO

O objetivo foi traçar o perfil do paciente que apresenta perfuração do trato digestivo considerando-se idade, sexo, cor e presença ou não de queixa dispéptica, além da causa dessas perfurações a maneira pela qual foi confirmado o diagnóstico e o tratamento oferecido a elas. Para tanto, foram analisados 157 prontuários de pacientes internados pelo serviço de urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Puccamp no período de maio de 1990 a março de 1993 que se apresentaram ao Pronto-Socorro com queixa de dor abdominal e/ ou dispepsia, com média etária de 40,7 anos. Do total de 29 pacientes com perfuração (18,5% do total estudado), 25 eram homens e apenas 4 mulheres ($X^2 + 11,65 : p = 0,00064$) sem diferença estatística em relação à cor. As causas principais das 29 perfurações encontradas foram úlcera gástrica (12 casos - 41,4%) e úlcera duodenal (14 casos - 48,3%) nas quais não foram encontrados sinais de malignidade. Para confirmação diagnóstica foi pesquisado sinal de Joubert que, isoladamente, apresentou índice de acerto de 44,8% (13 casos) enquanto a evidênciação de pneumoperitônio ao Raio X isolada e a associação dos dois métodos mostraram 93,1% de acerto. O tratamento foi cirúrgico em todos os casos de perfuração. Em 25 deles foi feita rafia da úlcera, sendo acompanhada de epiplonplastia em 11 casos, de vogatomia super seletiva em 6 casos, e de vagotomia troncular em 1 caso. Conclui-se que as perfurações ao trato digestivo ocorrem mais freqüentemente em homens na proporção de aproximadamente 6,1%, independente da cor, com idade média de 34,8 anos e imagem de pneumo-peritônio ao Raio X. A maioria das perfurações foi acompanhada de queixa dispéptica, porém sem significado estatístico.

RESUMOS

I - CLÍNICA CIRÚRGICA***Estudo comparativo de reação tecidual em subcutâneo de ratos entre os fios de algodão e algodão + poliéster (Polycot^R)***

Gustavo Sevá Pereira
José Eduardo Nascimento Delamain
Sandra Pedroso de Moraes
Adriana Maria Sartori
M.A.J. Silva
José Alfredo dos Reis Neto

RESUMO

Os fios cirúrgicos inabsorvíveis podem aumentar a morbidade pós-operatória quando se comportam como corpo estranho formado granuloma, exigindo o acompanhamento prolongado do paciente. Por outro lado, fios considerados pouco reativos nem sempre são acessíveis para a maioria da população. O objetivo do estudo foi de avaliar a reação tecidual inflamatória e cicatricial de uma nova opção de fio multifilamentar inabsorvível, cujo custo é cerca de 6,5% menor que o de algodão. Foram operados 40 ratos Wistar EPM1. Após a anestesia foram introduzidos 5cm de cada fio no tecido celular subcutâneo das regiões dorsal (20 ratos) e ventral (20 ratos), em locais pré-determinados e alternados. Os animais foram separados em 4 grupos e sacrificados após 4, 6, 14 e 30 dias. A avaliação histológica demonstrou que; a) todos os ratos apresentaram reação inflamatória e cicatricial; b) quanto mais precoce foi o exame histórico, mais intensa foi a reação tecidual; c) não houve diferença das reações teciduais entre os fios implantados do dorso ou abdome dos animais e, d) o algodão mostrou reação tecidual inflamatória maior que o Polycot, principalmente no que tange à necrose tecidual, além de reação cicatricial menos intensa. Dessa maneira, conclui-se que o Polycot deve ser um bom substituto do algodão.

Estudo retrospectivo: apendicectomias

Oswaldo Luiz Pinto
Denis Wilson Ramos
Maurício de Santos Arruda
José Alfredo dos Reis Neto

RESUMO

Com objetivo de caracterizar quadro clínico, meio diagnóstico, graus de apendicites mais freqüentes, principais complicações pré e pós operatórias e relaparotomias programadas após peritoniotomias, os autores analisaram 116 casos de apendicite aguda no período de 1990 à 1993, no HMCP-Puccamp, sendo 37 pacientes (31,9%) do sexo feminino e 79 (68,1%) do sexo masculino. A idade variou de 13 à 86 anos, sendo a mais prevalência na terceira década (38,7). Para tal, realizou-se estudo retrospectivo, levantando os casos de apendicectomia no HMCP, no período mencionado, através do serviço de prontuário. Os autores concluíram que a morbidade pós-operatória eleva-se nos casos de evolução clínica mais prolongada e que a laparotomia é uma alternativa válida para se evitar complicações naquele período.

RESUMOS

*II - CLÍNICA - GINECOLOGIA****Histerectomia vaginal: análise de 83 casos***

Douglas Bernal Tiago
 Márcia Pereira Bueno
 Adriana da Silva Gomes
 André Fernando T. da Silveira
 Cássio Arruda Soares
 Cláudia Caponi
 Daniela de Lima e Montes Castanho
 Jorge Luís Rivaldo Smargiassi
 Regina Márcia Yoshiassu

RESUMO

Este trabalho é um estudo descritivo de 83 mulheres portadoras de prolapso uterino cadastradas no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, durante o período de janeiro de 1987 a dezembro de 1992. Neste estudo analisaram-se parâmetros como: idade, raça, estado civil, número de gravidez, paridade, diagnóstico pré-operatório, tipo de anestesia, complicações recentes, tardias e acidentes. A idade média das pacientes foi de 63 anos, 79,5% e 55,4% eram respectivamente brancas e casadas. Com relação a paridade, 67,1% mulheres tiveram mais que quatro filhos, a sensação de peso vaginal esteve presente em 62,7% dos casos. A anestesia raquidiana mostrou-se útil em 53%, e 69,9% das mulheres fizeram uso de cefalosporinas de primeira geração, profilaticamente. O índice de complicações recentes, tardias e acidentes foi considerado baixo, estando ausente respectivamente em 91,6%, 95,2% e 98,5%. Em síntese, conclui-se que as pacientes multíparas menopausadas constituem forte fator de risco para o prolapso uterino, principalmente nas mulheres acima do 55 anos de idade. Por fim, às vantagens do acesso vaginal em cirurgia ginecológica para cura de distopias, mostrou-se com bons resultados e baixo índices de morbidade.

*III - PEDIATRIA****Atropelamento em Pediatria: avaliação de 16 crianças atropeladas e internadas no Hospital e Maternidade Celso Pierro - Puccamp***

Sílvia Andréa Pontes Bruni
 Luciana de Azevedo Sodré
 Andréa Maria Campedelli
 José Marcos Iório Carbonari
 Maria Lúcia Bernardi Motta Correa
 José Espin Neto

RESUMO

Em Campinas, os acidentes automobilísticos representam parcela importante da morbimortalidade geral. A diminuição da vigilância familiar associada à motivação da criança para explorar o ambiente representam fatores de risco para a ocorrência de acidentes, dentre eles os atropelamentos. Foi estabelecido um protocolo para estudar o perfil da criança atropelada e internada no HMCP no período de janeiro à setembro de 1993. Foram avaliados; sexo, faixa etária, procedência, horário, tipo de socorro, tempo de internação e morbimortalidade. Observou-se que a maioria das crianças são meninos, escolares, atropelados durante o dia, perto do domicílio, procedentes de bairros periféricos de Campinas. Com exceção de um caso, os demais foram transportados inadequadamente ao HMCP. A mediana de tempo de internação foi 4 dias tendo ocorrido 1 (um) óbito. Estes resultados podem ser úteis para o estabelecimento de um programa de prevenção de atropelamentos envolvendo a criança, a família, a escola e autoridades competentes em geral.

RESUMOS

IV - MEDICINA SOCIAL E PREVENTIVA***Uma programação específica de pré-natal para as adolescentes***

Maria Alice Amorim Garcia
Suzana Ramil Soeiro
Cyntia Ferreira de A. Toledo
Daniel de Caspari Antônio
Daniela Antoniazzi Pelliccioni
Erika Cristian Camargo de Souza
Maria Sílvia Bortolotte de Mello
Marcello Alves Pinto
Marzia Silva Macedo
Renata Baroni

RESUMO

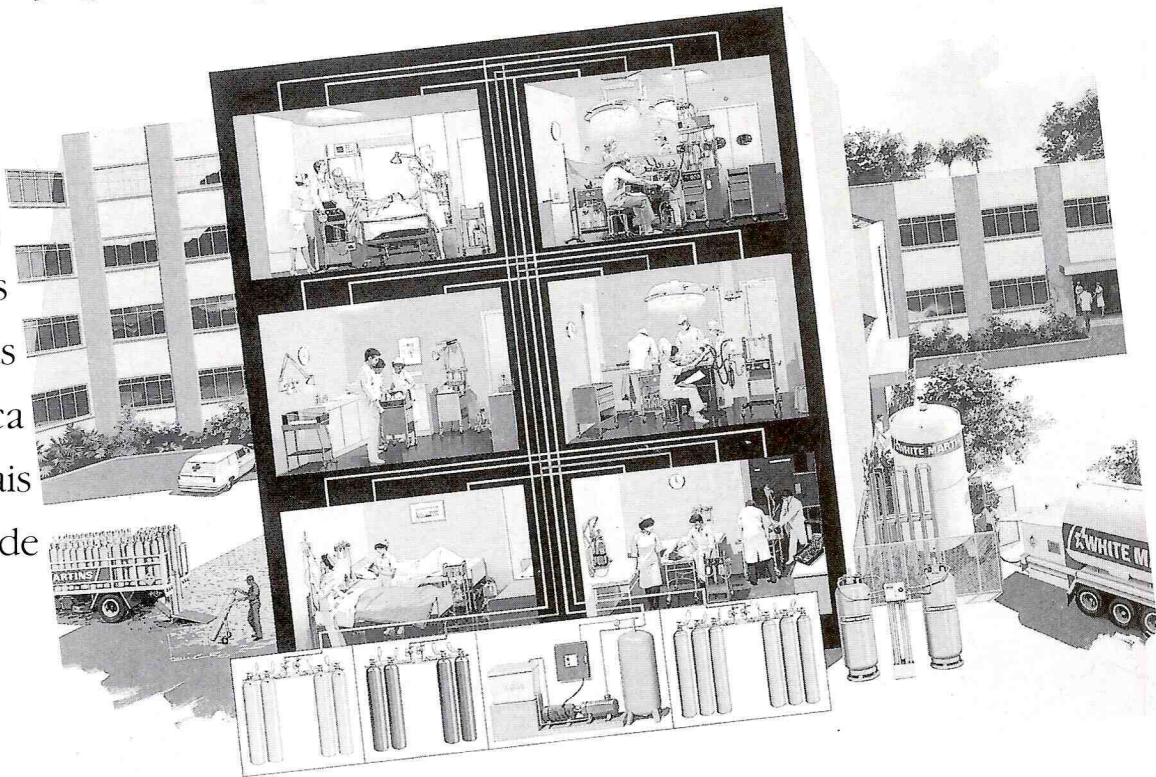
Trata-se de pesquisa realizada como atividade de iniciação científica, na área de Saúde Coletiva, para acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina. Tem-se por objetivo avaliar a programação de atendimento pré-natal realizada no Centro de Saúde Escola Jardim Ipaussurama - Puccamp, readequando-a ao atendimento de adolescentes. Como comprovado na literatura, um atendimento pré-natal de qualidade contribui decisivamente para a diminuição dos riscos gestacionais e perinatais, influenciando positivamente no controle da morbidade por complicações decorrentes da gravidez, parto e puerério. Através da análise de prontuários e visitas domiciliares, estão sendo avaliados os atendimentos realizados nos anos de 1991 à março de 1993. Os acadêmicos participaram de todas as fases da pesquisa, desde a elaboração do projeto, elaboração de instrumentos, revisão bibliográfica, coleta de dados, análise estatística e elaboração de relatórios. Numa primeira fase de coleta de dados foram

listadas todas as gestantes atendidas no período através do "Fichário de inscrição de usuários do Centro de Saúde". Destas listagens foram separadas as adolescentes com menos de 20 anos na inscrição do pré-natal. A segunda fase de levantamento de dados consistiu na análise dos prontuários, através de instrumento elaborado em conjunto, docentes e monitores. Realizou-se um pré-teste do instrumento e a seguir a coleta de dados propriamente dita. Uma terceira fase da pesquisa; ainda em execução, consiste na busca da aproximação às expectativas da clientela, o que está sendo realizado através de visitas domiciliares de caráter participativo e educacional. Através do contato direto com as gestantes ou ex-gestantes adolescentes, pretende-se avaliar o atendimento recebido e alguns aspectos psicossociais relacionados à gravidez e ao parto. Os dados iniciais já tabulados e analisados tem sido discutidos com a equipe do Centro de Saúde contribuindo assim para a avaliação e o planejamento deste serviço.

Agora, além dos gases medicinais, dos cilindros, dos tanques, das centrais de gases medicinais e vácuo medicinal, dos sistemas de distribuição e da frota

WHITE MARTINS.

própria, a White Martins também está produzindo equipamentos e acessórios hospitalares para seus gases. Isso significa mais segurança, mais qualidade, mais saúde para os hospitais.



PRODUZINDO SAÚDE.

Belém - Travessa Djalma Dutra, 381 - Telefone: (091) 241 1577 - Telex: 911900 • **Belo Horizonte** - Rua Cristiano França Teixeira Guimarães, 50 - CINCO (Centro Industrial de Contagem) - 32010 Contagem MG - Telefone: (031) 351 1388 - Telex: 316202 • **Campinas** - Av. Senador Antonio Lacerda Franco, 1381 - 13050 Campinas SP - Telefone: (0192) 47 3186 - Telex: 197075 - Fax: (0192) 47 8855 • **Porto Alegre** - Av. São Paulo, 722 - São Geraldo - 90230 Porto Alegre RS - Telefone: (0512) 32 9977 - Telex: 512019 • **Recife** - Rua dos

Coelhos, 219 - Boavista - 50070 Recife PE - Telefones: (081) 421 3019 / 421 4070 - Telex: 813015 / 813016 • **Ribeirão Preto** - Av. Castelo Branco, 1516 - Lagoinha - 14095 Ribeirão Preto SP - Telefone: (016) 627 0010 - Telex: 166719 • **Rio de Janeiro** - Rua Prefeito Olímpio de Melo, 1581 - Benfica - 20930 Rio de Janeiro RJ - Telefone: (021) 264 2332 - Telex: 2131710 • **Salvador** - Rodovia BR-324, Km 5 - Pirajá - 40550 Salvador BA - Telefone: (071) 392 1755 - Telex: 712324 • **São Paulo** - Rua Raul Pompéia, 144 - Água Branca - 05025 São Paulo SP - Telefone: (011) 262 6966 - Telex: 1182094 - Fax: (011) 62 9989