

Volume 5

Número 3

Setembro/Dezembro 1996



REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP

SUMÁRIO / CONTENTS

	Pags./Pages
EDITORIAL / EDITORIAL	95
ARTIGOS / ARTICLES	
Avaliação do ensino da microbiologia no curso de medicina da PUCAMP <i>Evaluation of microbiology teaching in the medicine course at PUCAMP</i> Mariângela Cagnomi Ribeiro, Maria Magali Stelatto Rocha Soares, Juliano Loureiro	101
Deteção, encaminhamento e tratamento de transtorno mental por médicos não psiquiatras <i>Detection, guide and treatment of psychiatric disorder by non-psychiatric physician</i> Ann Müller Blatt, Cintia de Camargo Dias, Renato Marchi	106
RELATO DE CASO / CASE REPORT	
Tétano simulando abdome agudo <i>Tetanus simulating acute abdomen</i> Sandra Pedroso de Moraes, Azael Roberto Bordin, José Alfredo dos Reis Neto	110
Epilepsia e trabalho <i>Epilepsy and work</i> Lucinda Maria Garcia de Tella, Lineu Córrea Fonseca, Claudia Maria Bertuqui	113
Esferocitose hereditária no período neonatal: relato de caso e revisão de literatura <i>Hereditary spherocytosis in neonatal period: a case report and literature review</i> Danielle Baptista Reis, Kátia Aparecida de Brito Eid, Luiz Maria Pinto, Márcia Maria Alves Glycerio Lemos Neumann	119
ANÁTOMO-CLÍNICA / CLINICAL ANATOMOPATHOLOGIC	
Poliarterite nodosa: considerações em torno de um caso com verificação à necropsia <i>Nodular polyarteritis: considerations about a case with verification by necropsy</i> Janaina de Rossi, Eduardo Fakiani Macatti, Sílvio Santos Carvalho	124
PONTO DE VISTA / POINT OF VIEW	
A síndrome de Bernheim <i>Bernheim's syndrome</i> Sílvio Santos Carvalho, Adriana de Gões e Silva, José Carlos Teixeira Júnior	128
TRABALHOS CONCLUÍDOS, APRESENTADOS NO II ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUCAMP, ÁREA DA SAÚDE	
Índices cumulativos - Volume 5 <i>Cummulative index - vol. 5</i>	130
Índice de autores <i>Authors index</i>	134
Índice de assunto <i>Subject index</i>	135
INSTRUÇÕES AOS AUTORES / INSTRUCTIONS FOR AUTHORS	137

EXPEDIENTE

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

Grão Chanceler
Magnífico Reitor
Vice-Reitor para Assuntos Administrativos
Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas
Vice-Diretora da Faculdade de Ciências Médicas

Editor
Editor Associado

Conselho Editorial

Dom Gilberto Pereira Lopes
Prof. Gilberto Luiz Moraes Selber
Prof. Alberto Martins
Prof. Pe. Benedito Almeida David
Prof. Dr. Roque José Balbo
Profª Maria Regina Marques de Almeida

Prof. Luiz Maria Pinto
Prof. Dr. José Roberto Provenza

Adil Muhid 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
Marcelo 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 e revisão: Maria Cristina Matoso

Diagramação e Impressão: Departamento de Composição e Gráfica da PUCCAMP

Tiragem: 1000

Distribuição: Sistema de Bibliotecas e Informação da PUCCAMP
Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

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

A pós alguns anos de muito trabalho e debates da Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e da Comissão de Pós-Graduação, a Pontifícia Universidade Católica de Campinas recebeu o parecer favorável da CAPES ao programa apresentado de pós-graduação. Com certeza este será um grande avanço para a Universidade que estará oferecendo inicialmente qualificação ao nível de mestrado aos docentes e também àqueles que não exercem atividades acadêmicas. Abre-se portanto, um verdadeiro núcleo de produção científica, com reflexos altamente positivos nos cursos de graduação. A Diretoria da FCM e a Reitoria estão empenhadas para que o início do curso ocorra ainda no primeiro semestre de 1997, tendo sem dúvida um árduo trabalho de organização pela frente. Portanto, todos aqueles que pretendem iniciar a sua pós-graduação já devem ir se programando.

Neste número iniciamos uma nova sessão denominada Anátomo-Clínica, onde serão apresentados os aspectos clínicos, anátomo-patológicos e discussão de diversos casos.

Gostaríamos de agradecer a todos que colaboraram com a edição deste periódico ao enviar os seus trabalhos científicos, e convidamos para participar aqueles que ainda por falta de oportunidade não o fizeram.

JOSÉ ROBERTO PROVENZA
Editor Associado

Avaliação do ensino da microbiologia no curso de medicina da PUCCAMP¹

Mariângela Cagnomi Ribeiro²
Maria Magali Stelatto Rocha Soares³
Juliano Loureiro⁴

RESUMO

Os autores fazem uma avaliação das expectativas dos alunos, dos pré-requisitos, dos aspectos didáticos pedagógicos e do conteúdo ministrado referente à disciplina de Microbiologia no segundo ano do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, no período de 1992 a 1994. Em primeira análise foram obtidos os seguintes resultados: os alunos têm grande interesse em aprender o ciclo de vida dos microrganismos, a etiologia das infecções, como estes interagem com o hospedeiro, a profilaxia e o tratamento. Possuem boa base das disciplinas consideradas como pré-requisitos. Têm interesse para realizar uma busca bibliográfica, mas desconhecem as técnicas de como realizá-la e acreditam que devem ser utilizados métodos diferenciados de avaliação. Em outras análises realizadas a maioria dos estudantes consideram ter conhecimento do programa e bom aproveitamento do conteúdo básico da disciplina, mas têm dificuldade de memorização dos agentes bacterianos, viróticos e micóticos. Relatam também a necessidade de monitores e manual para melhorar o aprendizado nas aulas práticas e que a bibliografia é adequada. Com base nestes resultados realizou-se, na disciplina, modificações nos métodos de aprendizagem e avaliação, procurando relacionar o conteúdo programático com a futura profissão do estudante.

Unitermos: medicina, microbiologia, ensino

INTRODUÇÃO

A atividade principal da educação é operar mudanças nos indivíduos em alguma medida, agregar conhecimentos aos que já possuem, permitir-lhes desempenhar-se com habilidades que de outra maneira não poderiam realizar, desenvolver certas compreensões e aplicações⁴. A educação médica tem seu primeiro contato com o ciclo básico, o que na maioria dos casos caminha para a frustração. Há, muitas vezes, a mera repetição do estudo de fenômenos biológicos, um tremendo esforço de memorização e não há pacientes. Pela sua posição de porta de entrada, as ciências básicas recebem

todo o impacto das eventuais decepções do estudante de medicina, enquanto que as disciplinas clínicas recebem o estudante já domesticado, pois o idealismo decresce na medida em que avançam as séries do curso. Para suprir estes fatores devem-se estabelecer a motivação, a curiosidade, o desejo de compreender, conhecer ou descobrir, pois são impulsos básicos da natureza humana. O estudante de medicina aprende realmente cuidando de pacientes e fazendo pesquisas, nunca executando descrições de como são tratados ou de como conduzir as pesquisas. Assim sendo sem trabalhos de investigação, ou seja, sem o estímulo da curiosidade, as cadeiras básicas em uma escola de medicina perdem o seu mais poderoso e provavelmente único apoio no relativo a capacidade de motivar⁶.

Os desastres do desconhecimento dos processos pedagógicos tem sido apontados e são palpáveis na experiência de todos nós. Mário Rigatto pergunta e responde: "*Quem forma o professor universitário? Ninguém. Nasce feitos. Os nossos professores de*

(¹) Trabalho apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Microbiologia, realizado em Santos, SP, pela Sociedade Brasileira de Microbiologia; Patrocinado pela SAPESP/CNPq/SINEP, de 2 a 5 de setembro de 1995.
(²) Professora Titular da Disciplina de Microbiologia e Imunologia do Departamento de Patologia do ICBQ da PUCCAMP.
(³) Professora Adjunta da Disciplina de Microbiologia e Imunologia do Departamento de Patologia do ICBQ da PUCCAMP.
(⁴) Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

medicina não são resultados com bases em sua capacidade de educar, mas, essencialmente, com base em seu volume de conhecimento e em seu sucesso profissional¹². Um grupo de peritos da Organização Mundial da Saúde afirma que isso só não basta. Quando discursaram sob diversas técnicas de ensino e formação de professores, estabeleceram que não há provas suficientes de que a participação em programa de formação de professores irá melhorar o nível do docente. Essas técnicas seriam úteis no sentido de apoiar a relação básica docente-aluno-paciente, e a mera inovação, pelo sentido da novidade, não faz sentido. Em outros termos, a mera manipulação pedagógica não substitui a carência de motivação².

Com a escola de medicina em crise², o significado da participação individual das cadeiras básicas volta a ser apontada como item fundamental, apesar dos esplêndidos recursos audiovisuais de nossa época. Alguns educadores acreditam que a motivação pertence ao estudante, isto cristaliza-se no pensamento de Rittenberg quando afirma que quase toda educação é auto-educação^{2,8}. Como estimular auto-educação? O caminho é fazer do estudo uma experiência estimulante e desafiadora. Na realidade isto é tudo que é o ensino na essência de sua própria filosofia de educação. As cadeiras básicas devem resgatar assim, o significado da investigação científica para os seus propósitos de ensino. Na melhor de suas realizações, o professor de uma disciplina não transmite conhecimento, mas cria condições para que os alunos possam educar a si mesmo¹.

Este trabalho se insere dentro do projeto que a disciplina de microbiologia do Instituto de Ciências Biológicas e Química (ICBQ) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP) vem realizando para que o ensino de Microbiologia se faça através de atividades que enfatizam princípios e fundamentos voltados para as aplicações práticas dentro do perfil profissional de cada curso em que atua. Este estudo procurou conhecer o perfil dos acadêmicos do curso de medicina que se iniciaram na disciplina de microbiologia e após a experiência cotidiana

com os professores que atuaram nela, realizaram uma avaliação dos aspectos didáticos pedagógicos e do conteúdo ministrado.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram aplicados três questionários aos acadêmicos do segundo ano do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da PUCCAMP que frequentaram a disciplina de microbiologia no período de 1992 a 1994.

O grupo 1 (G1) foi composto por 81 alunos do ano de 1992, o grupo 2 (G2) por 65 alunos do ano de 1993 e o grupo 3 (G3) por 84 alunos do ano de 1994.

O primeiro questionário foi realizado no início do ano letivo, para verificar a expectativa dos alunos frente a microbiologia e se estariam aptos a cursá-la. O segundo foi aplicado no final do 1º semestre e o terceiro no final do ano para obter um *feedback* quanto a: conteúdo teórico-prático, relacionamento professor-aluno, dificuldade operacional, didática e capacitação dos docentes, necessidade de monitores e capacitação destes, bibliografia adequada e relacionamento da microbiologia com outras disciplinas.

As informações foram coletadas através dos questionários com perguntas diretas e abertas, sendo aplicados pelos professores da disciplina no horário da aula; os alunos não tinham necessidade de se identificarem e foi explicado a eles a importância da participação de todos, pois as respostas seriam utilizadas para se obter uma prática pedagógica pertinente e um aprendizado efetivo.

RESULTADOS

Observou-se que mais de 50% dos acadêmicos dos G1 e G2 esperaram estudar o ciclo de vida dos microrganismos enquanto que 95% dos alunos do G3 esperaram estudar a interação dos microrganismos com o hospedeiro (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação das expectativas dos acadêmicos de medicina da FCM - PUCCAMP que frequentaram a disciplina de microbiologia no período de 1992-1994.

Perguntas		G1 (81)	G2 (65)	G3 (84)
		%		
O aluno espera estudar	ciclo de vida do m. o. ¹	63	63	0
	interação com o hospedeiro	25	2	95
	como destruir o m. o.	11	0	5
	não sabe	0	23	0
	outros	1	12	0
Relacionamento com a futura profissão	estar apto para realizar o tratamento	58	38	12
	conhecer a etiologia	15	2	46
	conhecer a sintoma logia	15	24	25
	outros	1	16	16
	não sabe	11	20	1

⁽¹⁾ m. o. = microrganismo

Tabela 2. Avaliação dos pré-requisitos dos acadêmicos que freqüentaram a disciplina de microbiologia no período de 1992-1994.

Pré-requisitos	GI (81)	G2 (65)	G3 (84)
	%		
Microscópia	75,0	82,0	78,0
Citologia ¹	72,0	88,0	97,0
Bioquímica	57,0	71,0	80,0
Esterilização	79,0	80,0	78,0
Bibliografia	8,3	8,4	4,0

⁽¹⁾ referente a célula procariótica e eucariótica

Tabela 3. Avaliação da disciplina de microbiologia pelos acadêmicos de medicina da FCM/PUCCAMP referente ao 1º semestre do período de 1992 a 1994.

Perguntas		GI (81)	G2 (65)	G3 (84)
		%		
Programa desenvolvido	+ 50%	45	64	61
	-50%	0	10	1
	nr ¹	55	26	38
Aulas teóricas ² , conteúdo	ruim	0	10	3
	regular	55	29	0
	boa	20	47	72
	ótima	10	5	9
	nr ¹	15	9	16
Aulas práticas ² , conteúdo	ruim	10	2	3
	regular	6	20	19
	boa	41	64	52
	ótima	10	14	14
	nr ¹	33	0	12
Bibliografia	adequada	40	83	90
	na ³	45	14	3
	nr ¹	15	3	7
Dificuldade operacional	houve	14	15	26
	não houve	37	73	74
	nr ¹	49	12	0
Avaliação (técnicas)	prova dissertativa	45	50	51
	participação em aula	38	23	15
	avaliação semestral	17	7	15
	outros	0	20	19
Relacionamento com outras disciplinas	Farmacologia	40	25	76
	Patologia	20	18	7
	Imunologia	20	25	4
	outras	20	32	13

⁽¹⁾ não responderam

⁽²⁾ didática e capacitação

⁽³⁾ não adequada

Tabela 4. Avaliação da disciplina de microbiologia pelos acadêmicos de medicina da FCM/PUCCAMP referente ao 2º semestre do período de 1992 a 1994.

Perguntas		G1 (81)	G2 (65)	G3 (84)
			%	
Programa desenvolvido	+ 50%	47	64	37
	- 50%	0	9	6
	nr ¹	53	27	57
Aulas teóricas ² , conteúdo	ruim	4	6	3
	regular	8	4	25
	boa	21	45	68
	ótima	12	23	4
	nr ¹	55	22	0
Aulas práticas ²	ruim	3	0	5
	regular	6	17	16
	boa	17	57	69
	ótima	2	20	10
	nr ¹	72	6	0
Bibliografia	adequada	30	58	77
	na ³	14	10	14
	nr ¹	56	32	9
Dificuldade operacional	houve	14	14	5
	não houve	44	81	80
	nr ¹	42	5	15
Avaliação (técnicas)	prova dissertativa	26	35	60
	participação em aula	0	0	0
	avaliação semestral	31	0	0
	outros	43	65	40
Relacionamento com outras disciplinas	Farmacologia	40	19	20
	Patologia	41	42	15
	Imunologia	9	11	40
	outras	10	28	25

(1) não responderam

(2) didática e capacitação

(3) não adequada

Os alunos dos G1 e G2 correlacionaram a Microbiologia com a profissão médica quanto a estar apto ao tratamento adequado e o G3 com conhecimento da etiologia. Nos três grupos verificou-se que os alunos possuem uma boa base das disciplinas consideradas pré-requisitos. No entanto, desconhecem as técnicas de realizar uma busca bibliográfica (Tabela 2).

Os acadêmicos dos G1, G2 e G3 reconheceram que o programa foi desenvolvido mais que 50%; que as aulas teóricas e práticas foram boas, exceto as aulas teóricas do G1 que foram regulares; a bibliografia foi adequada para os alunos dos G2 e G3 e não adequada para os do G1; não houve dificuldade

operacional e acreditam que devem ter técnicas de avaliação diferenciadas, mas de preferência a dissertativa; relacionaram a microbiologia com a farmacologia, imunologia e patologia (Tabelas 3 e 4).

DISCUSSÃO

A análise global indica a necessidade de reformulação, processos de integração interdisciplinar e interdepartamental, visando um ensino de microbiologia voltado para o atendimento de uma educação médica global, de não levar o aluno a um tremendo esforço de memorização^{2,3,7,8}. É a combinação de elementos e partes que formam um todo novo, isto é possível quando

professores estimulam seus alunos a um comportamento criativo envolvendo as principais categorias do domínio cognitivo; mas a formação de um todo novo envolve também o domínio afetivo, mostrando o grau de interiorização que uma atitude, interesse, valor ou apreciação pode revelar-se na conduta de um indivíduo. Este complexo de valores interiorizado de modo consciente e estável direciona o comportamento do aluno e mostra seu estilo de vida característico que se manifesta em todos seus atos. Então, cabe ao professor de uma escola de medicina, orientar o aluno para que ele se interesse pelos pacientes como pessoa e não apenas pelo órgão. Este objetivo deve ser construído ao longo de todo o curso e para seu alcance devem contribuir em diferentes situações de ensino/postura dos docentes. Não é, portanto, objetivo de alcance imediato.

No decorrer dos anos algumas inovações pedagógicas foram colocadas em práticas^{3,4,5,8} para que os alunos fossem encorajados a se educarem, envolvendo o cognitivo e o afetivo^{1,6} e algumas ações foram realizadas como: relacionar o conteúdo da disciplina com a vivência profissional e com doenças infecto-contagiosas de nossa comunidade; realização de relatórios científicos e trabalhos de revisão bibliográfica; mudanças do horário; publicação do livro de microbiologia prática; reforma do laboratório para a realização de trabalhos científicos com a participação dos alunos; auxiliar os ex-alunos em trabalhos afins para integrar a aprendizagem de diferentes áreas e inclusão de monitores em aulas práticas, e avaliações continuadas e diferenciadas nestas aulas, para que os alunos tenham um maior aproveitamento. Baseado em princípios éticos e religiosos os docentes passaram a revelar rigor científico em todas as suas atividades de pesquisa e estudos, demonstraram ser trabalhadores pontuais e disciplinados.

SUMMARY

Evaluation of microbiology teaching in the medicine course at PUCAMP

The authors make an evaluation of the students expectations, previous requirements, pedagogic and didactic aspects and contents of Microbiology taught in the Medicine Course - second year class, at Pontificia Universidade Católica de Campinas, Brazil, 1992 to 1994. The first analysis showed the following results: students are very interested in learning about microorganisms life cycle, infections etiology, microorganims interaction with host, prophylaxis and treatment. They have good knowledge of to disciplines considered as previous requirements. They are also interested in making bibliographic research, but they do not know how to do it and they believe that differentiated evaluation methods should be used. Other analyses

showed that most students know the discipline program and they take advantage of its basic contents, but they have difficulty in memorizing bacterial, viral and mycotic agents. They considered the bibliography adequate, but they mentioned the need of support people and a handbook to improve learning in practical classes. Based on this results, changes in evaluation and learning processes have been made for a relationship between the discipline contents and the students future profession.

Keywords: *medicine, microbiology, teaching*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTRO, L.P., SALGADO, J.A. Educação médica: um permanente desafio. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.1-6, 1988. (Editorial).
2. DECLARAÇÃO de Edinburgo. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 1988. (Conferência Mundial sobre Educação Médica da Federação Mundial da Educação Médica; tradução para o português de responsabilidade da Associação Brasileira de Educação Médica).
3. MONTELLI, A.C., MAGALDI, C. Curso de graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu: características e aspectos evolutivos (1963-1988). *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.15-24, 1989.
4. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS. *Planejamento pedagógico - 1994: política de redimensionamento, planejamento didático e pedagógico*. Campinas, 1994. 9p. (Mimeografado).
5. ————. Programa de Pós-Graduação. *O estudante e a questão da qualidade de ensino superior: indagações, limites, perspectivas*. Campinas, 1995. 9p. (Mimeografado).
6. SUASSUNA, I. O ensino de microbiologia nas faculdades de medicina: variações sobre dissonância. *Revista de Microbiologia*, São Paulo, v.6, n.3, p. 63-72, 1975.
7. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. *Em direção a um ensino de graduação de melhor qualidade*. Campinas : UNICAMP, 1994.
8. VINIEGRA, V. L. Una nueva estrategia para la educación médica de posgrado. Parte I. *Revista de Investigación Clínica*, Mexico City, v.42, n.2, p.150-156, 1990.

Recebido para publicação em 1 de outubro e aceito em 22 de novembro de 1996.

Detecção, encaminhamento e tratamento de transtorno mental por médicos não psiquiatras

Ann Müller Blatt¹
Cintia de Camargo Dias²
Renato Marchi³

RESUMO

A estimativa da prevalência de transtornos mentais, da prescrição de benzodiazepínicos e antidepressivos e do encaminhamento de pacientes para a avaliação psiquiátrica pelos profissionais não psiquiatras foi avaliada através de um questionário de quatro partes. Os resultados foram comparados com outros estudos similares que apontam uma tendência de médicos não psiquiatras de subestimarem a prevalência de transtornos psiquiátricos em seus pacientes. A estimativa da utilização de psicotrópicos também é comparada com outros estudos. A quarta parte do estudo, a qual investigou o encaminhamento para a avaliação psiquiátrica de acordo com sintomas e diagnósticos, sugere dificuldades na seleção dos pacientes.

Unitermos: psiquiatria, hospitais gerais, saúde mental.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são freqüentes no ser humano. Estima-se que a prevalência gire em torno de 20%^{6,21}. Já em nível ambulatorial, a prevalência aumenta de 30 a 60% e, nas enfermarias, esse nível atinge de 50 a 60%¹¹. Embora esses valores sejam elevados, as pesquisas mostram uma tendência, por parte de médicos não psiquiatras de subestimar a presença de transtorno mental em seus pacientes^{3,13,18}. Como consequência, observam-se o sofrimento do próprio paciente, a complicação de doenças físicas não diagnosticadas e os altos custos de um número crescente de investigações negativas de enfermidades clínicas^{3,4,13}. Alguns estudos sugerem uma série de fatores contribuintes para essas consequências, como sexo e status sócioeconômico dos pacientes, tempo disponível para consulta e formação do médico em Psiquiatria e em outras

áreas da Saúde Mental^{1,9,16}. Por outro lado, o médico não psiquiatra, em sua prescrição, utiliza substâncias psicotrópicas, como benzodiazepínicos numa freqüência maior do que os médicos psiquiatras^{10,15}.

Este trabalho objetivou traçar um perfil dos médicos não psiquiatras do Hospital e Maternidade Celso Pierro, hospital universitário da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (HMCP-PUCAMP), no tocante à dificuldade de identificar o comprometimento da saúde mental em pacientes por eles assistidos, à prescrição de psicofármacos e, finalmente, à solicitação de avaliação pela Psiquiatria.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado com médicos não psiquiatras no HMCP-PUCAMP. Através de um estudo piloto foi elaborado um questionário em quatro partes que indagava: a estimativa pessoal do transtorno mental em seus pacientes internados e ambulatoriais; a estimativa da freqüência em que ansiolíticos são prescritos e a estimativa da freqüência de encaminhamento para psiquiatria em 14 sintomas e diagnósticos propostos. A lista de sintomas e diagnósticos se aproximou da utilizada em um estudo de BOTEGA²,

(¹) Coordenadora Geral do Serviço de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.

(²) Acadêmica do 6º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(³) Médico Psiquiatra contratado pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.

mas exclui alguns itens como histeria, frigidez, impotência e deficiência mental que favorecem a resposta intermediária “às vezes”, substituindo-os por sintomas ou condições que representam transtornos mentais com maior indicação para encaminhamento psiquiátrico, como obsessão/compulsão e euforia.

RESULTADOS

Dentre os 150 questionários distribuídos foram respondidos 121 (80,6%), e 3 (2,0%) deles excluídos do estudo devido à informação incompleta. No total, foram analisadas 118 (78,6%) respostas, sendo 62 (52,0%) da Clínica Médica (CM)*, 34 (29,0%) da Clínica Cirúrgica (CC)** e 22 (19,0%) da Ginecologia e Obstetria (GO).

A Tabela 1 apresenta o percentual de pacientes com transtorno mental em nível de ambulatório e enfermaria, segundo a opinião dos médicos entrevistados; sendo que 42,4% estimam que exista comprometimento mental de 10 a 30,0% dos seus pacientes ambulatoriais e 25,4% o estimam em 30 a 50,0%. Um número menor dos entrevistados estimam o comprometimento mental nos pacientes internados, sendo 38,8% de 10 a 30,0% e 18,4% de 30 a 50,0%. Dos entrevistados, 33,0% consideram que a frequência de comprometimento é de 0 a 10,0% de pacientes internados comparados a 19,5% em ambulatório.

Tabela 1. Pacientes com comprometimento mental nos ambulatórios e enfermarias.

Pacientes	Ambulatórios		Enfermarias	
	%	nº	%	nº
0 ─ 10	19,5	23	33,0	34
10 ─ 30	42,4	50	38,8	40
30 ─ 50	25,4	30	18,4	19
50 ─ 70	7,6	9	4,9	5
+ 70	5,1	6	4,9	5
Total	100,0	118	100,0	103

As Tabelas 2 e 3 apresentam, respectivamente, a prescrição de ansiolíticos e antidepressivos. A maioria (72,2%) dos médicos prescrevem ansiolíticos para uma minoria (0 a 10%) de pacientes ambulatoriais. Na enfermaria, a tendência é prescrever ansiolíticos com mais frequência. Quanto à prescrição de antidepressivos, a maioria (78,9% a 84,7%) prescreve para a minoria (0 a 10%) dos pacientes ambulatoriais e internados.

(*) CM inclui Cardiologia, Clínica Médica, Pneumologia, Reumatologia, Nefrologia, Oncologia, Endocrinologia, Hematologia, Moléstias Infecção-Parasitárias, Medicina Interna, Dermatologia e Neurologia.

(**) CC inclui Angiologia, Urologia, Clínica Cirúrgica, Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Neurocirurgia.

Tabela 2. Prescrição de ansiolíticos (BZD) nos ambulatórios e enfermarias.

Pacientes	Ambulatórios		Enfermarias	
	%	nº	%	nº
0 ─ 10	72,2	83	57,0	61
10 ─ 30	20,9	24	29,0	31
30 ─ 50	5,2	6	9,3	10
50 ─ 70	1,7	2	4,7	5
+ 70	-	-	-	-
Total	100,0	115	100,0	107

Tabela 3. Prescrição de antidepressivos (ADT) nos ambulatórios e enfermarias.

Pacientes	Ambulatórios		Enfermarias	
	%	nº	%	nº
0 ─ 10	78,9	86	84,7	83
10 ─ 30	11,9	13	10,2	10
30 ─ 50	3,7	4	4,1	4
50 ─ 70	5,5	6	1,0	1
+ 70	-	-	-	-
Total	100,0	109	100,0	98

Tabela 4. Solicitação de avaliação psiquiátrica, segundo os diagnósticos propostos.

Diagnósticos	Sempre	Às vezes	Nunca
	%		
Tentativa de Suicídio	96,6	3,4	-
Surto Psicótico	95,8	3,4	0,8
Dependência de drogas	67,8	27,1	5,1
Obsessão/Compulsão	61,0	34,7	4,2
Agressividade	57,6	39,8	2,5
Alcoolismo	40,9	55,7	3,5
Depressão	40,3	58,8	0,8
Euforia	36,4	56,8	6,8
Somatização	33,9	55,9	10,2
Confusão mental	25,0	69,0	6,0
Agitação	24,3	69,6	6,1
Desorientação	23,5	71,4	5,0
Ansiedade	9,3	79,7	11,0
Insônia	3,4	65,3	31,4

A Tabela 4 mostra o percentual de médicos que solicitam a avaliação psiquiátrica de acordo com determinados sintomas e diagnósticos. Destaca-se o fato de que quase todos os médicos (96,6%) encaminham casos de tentativa de suicídio e episódios psicóticos. Somente 61,0% encaminham pacientes com sintomas de obsessão/compulsão e 36,4% com o de euforia. Para sintomas como depressão, desorientação, ansiedade e insônia, a maioria dos entrevistados escolheram a categoria “às vezes”.

DISCUSSÃO

Foi confirmado que as respostas do grupo de médicos entrevistados são semelhantes aos resultados de outros estudos em termos de subestimação de transtorno mental em pacientes com enfermidades físicas. Os transtornos mentais estimados em percentual de reconhecimento em pacientes internados e ambulatoriais não foram separados por grupos diagnósticos, o que baseando-se em outras pesquisas mostra dificuldade em diagnosticá-los tanto quanto do ponto de vista da estimativa, quanto da avaliação por meio de prontuários. Vários fatores como o sexo e as condições sócioeconômicas do paciente, o tempo disponível para a consulta e o interesse e a formação do médico em Psiquiatria contribuem para esta situação.

Para tentar elucidar a influência da formação médica em Psiquiatria na detecção de transtornos mentais, ressaltamos a quarta parte deste estudo que inclui dois itens representativos desses transtornos (obsessão/compulsão, representando transtorno obsessivo compulsivo e, euforia, representando transtorno afetivo bipolar) que merecem avaliação psiquiátrica e geralmente exigem tratamento prolongado pelo especialista. As respostas indicam que os entrevistados não consideram indicada necessariamente a avaliação do profissional psiquiátrico nesses casos.

Embora há 20 anos já reconhecessem os problemas associados ao uso de benzodiazepínicos levando as recomendações e diretrizes sobre o uso apropriado dessas substâncias, um estudo realizado em São Paulo e publicado em 1993 mostrou uma taxa de consumo de benzodiazepínicos de 101,6 pessoas para 1000 habitantes, sendo que uma maior proporção desse psicofármaco foi prescrita por clínicos gerais (46,9%), seguida por cardiologistas (15,3%). A tendência da maioria (72,2%) dos entrevistados neste estudo é de prescrevê-los para 0 a 10,0% dos pacientes em tratamento. Este resultado é compatível com o estudo de MARI et al.¹², mas como não houve maior definição neste grupo fica impossibilitada uma análise mais detalhada.

Com relação aos antidepressivos, observa-se que esses psicotrópicos são menos prescritos pelos entrevistados em comparação aos benzodiazepínicos, fato também confirmado por outros estudos.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos são semelhantes aos de outros estudos, apontando uma tendência de diagnosticar transtorno mental com frequência menor do que indicado por estudos de prevalência na população geral. Nesse sentido, verificamos que o médico não psiquiatra demonstra dificuldade em detectar, encaminhar e mesmo tratar os pacientes com distúrbio psiquiátrico. Embora não seja necessário e nem prático encaminhar todos os pacientes com um possível diagnóstico psiquiátrico para tratamento especializado, é importante identificar aqueles que precisam de tal encaminhamento e tratar os demais com intervenções eficazes.

Finalmente, é preciso considerar que a capacidade de diagnosticar e tratar adequadamente os transtornos mentais é consequência da formação do médico e, antes de tudo, deveremos considerar o papel da própria Psiquiatria no ensino de sua especialidade^{5,7,8,10,14,17,19,20,22}.

SUMMARY

Detection, guide and treatment of psychiatric disorder by non-psychiatric physician

The estimated prevalence of psychiatric disorder, prescription of benzodiazepines and antidepressants and psychiatric referral by non-psychiatric physicians was evaluated by means of a four part questionnaire. The results are comparable to other similar studies which indicate a tendency of non-psychiatric medical professionals to underestimate the prevalence of psychiatric disorders in their patients. The estimated use of psychotropic medication is also compatible with other findings. The fourth part of the study, which investigated psychiatric referral rate according to symptoms and diagnoses, suggests difficulties in the selection of patients for referral to specialized services. The possible causes are discussed.

Keywords: *psychiatry, hospitals, general, mental health.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AWAD, L., WATTIS, J. Alcohol histories in hospital: does the age and sex of the patient make a difference? *British Journal of Addiction*, London, v.85, p.149-150, 1990.

2. BOTEGA, N.J. A palavra do médico e seus sentidos: um estudo qualitativo de alguns termos psiquiátricos utilizados na prática médica. *Revista da ABP-APAL*, São Paulo, v.14, n.1, p.33-38, 1992.
3. _____, DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*, São Paulo : Hucitec, 1993. p.55-79.
4. CREED, F., MAYOU, R., HOPKINS, A. *Medical symptoms not explained by organic disease*. London : Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians, 1992. p.17-24.
5. CRISP, A. Psychiatric contributions to the undergraduate medical curriculum. *Psychiatric Bulletin*, London, v.18, p.257-259, 1990.
6. GENERAL MEDICAL COUNCIL, U.K. *Tomorrow's doctors recommendations on undergraduate medical education*. London, 1993.
7. GOLDBERG, D.P., HUXLEY, P. *Mental illness in the community*. London : Tavistock, 1986.
8. GUIDELINE report on the diagnosis and treatment of depression in primary care. Rockville : Department of Health and Human Resources, Agency for Health Care Policy Research, 1993. (Depression Guideline Panel).
9. KERR-CORREA, F., ROSSINI, R., MALHEIROS, F.A., VALENÇA, J.E.B., SOUZA, L.C.B., PAULIN, L.F.R. Importância do estudo da prevalência da ingestão alcoólica excessiva para diagnóstico de alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas. *Revista da ABP-APAL*, São Paulo, v.7, p.159-162, 1986.
10. _____, SILVA, B.C.M. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsulta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.247-252, 1985.
11. LIPOWSKI, Z.J. Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine II: clinical aspects. *Psychosomatic Medicine*, Baltimore, v.29, n.3, p.201-224, 1967.
12. MARI, J.J., ALMEIDA-FILHO, N., COUTINHO, E., ANDREOLI, S.B., MIRANDA, C.T., STREINER, D. The epidemiology of psychotropic drug use in the city of São Paulo. *Psychological Medicine*, London, v.23, p.467-474, 1993.
13. MAYOU, R., HAWTON, K. Psychiatric disorder in the general hospital. *British Journal of Psychiatry*, London, v.149, p.79-190, 1986.
14. PAYKEL, E.S., PRIEST, R.G. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *British Medical Journal*, London, v.305, p.1198-1202, 1992.
15. PSYCHOLOGICAL (THE) care of medical patients-recognition of need and service provision. London: Royal Colleges of Physicians and Psychiatrists, 1995. (Joint Working Party Report).
16. RIDDSDALE, L. *Evidence-based general practice*. London: Saunders, 1995. p.37-58.
17. SARTORIUS, N., USTUN, T.B., COSTA e SILVA, J.A., GOLDBERG, D., LECRUBIER, Y., ORMEL, J., VON KORFF, M., WITTCHEN, H.U. An international study of psychological problems in primary care. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v.50, p.819-824, 1993.
18. SENSKY, T. The place of the psychiatrist in the new undergraduate medical curriculum. *Psychiatric Bulletin*, London, v.18, p.557-559, 1994.
19. SOARES, C.N., SOARES, M.B.M., ASBAHR, F.R., BERNIK, M.A. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não-psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.191-198, 1991.
20. WILLIAMS, C., WILSON, S. Pre-registration house officers' psychiatric knowledge in practice. *Psychiatric Bulletin*, London, v.20, p.398-400, 1996.
21. WILLIAMS, C.J., CURRAN, S. Generalist neglect psychiatry. *British Medical Journal*, London, v.311, p.328, 1995.
22. WILLIAMS, P., TARNSPOLSKY, A., HAND, D., SHEPHERD, D. Minor psychiatric morbidity and general practice consultation. *Psychological Medicine*, London, v.9, 1986. Supplement. (Monograph).

Recebido para publicação em 30 de outubro de 1995 e aceito em 8 de janeiro de 1997.

Tétano simulando abdome agudo

Sandra Pedroso de Moraes¹
Azael Roberto Bordin²
José Alfredo dos Reis Neto³

RESUMO

Foi apresentado o caso clínico de um paciente com tétano, internado com dor abdominal sugestiva de abdome agudo. Relatou-se o quadro clínico inicial, a operação e a evolução clínica e, concluiu-se que a suspeita do tétano como diagnóstico diferencial de dor abdominal facilitaria o diagnóstico precoce diminuindo a morbidade dessa afecção.

Unitermos: *tétano, abdome agudo, dor abdominal, médicos clínicos gerais, serviços médicos de emergência.*

INTRODUÇÃO

Nas regiões desenvolvidas e nas zonas urbanas, o tétano é uma afecção rara, propiciando o retardo do diagnóstico^{5,7,9}. Somente 50% dos 106 pacientes analisados por LUISTO⁷ tiveram os seus diagnósticos firmados na primeira consulta médica. Nos estágios iniciais, essa moléstia é facilmente tratada e resulta em menor morbidade e mortalidade³. Porém, se além do retardo do tratamento, os pacientes são submetidos ao tratamento operatório, certamente as complicações serão frequentes e graves. Os casos fatais têm sido pouco divulgados³.

Esta comunicação visa alertar, principalmente, o médico emergencista, para lembrá-lo do tétano como diagnóstico diferencial de abdome agudo.

RELATO DO CASO

A.J.A., sexo feminino, 55 anos, natural de São João da Boa Vista (SP) e procedente de Aguai (SP) deu entrada no Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com queixa de dor abdominal há sete dias. No início a dor era de fraca intensidade, difusa, em pontada e intermitente, depois

intensificou-se e tornou-se contínua. Neste período não evacuou, mas o hábito intestinal anterior era diário. Queixou-se, também, de tosse com expectoração amarelada. Referiu-se a antecedentes de hipertensão arterial não tratada.

Ao exame físico, a paciente apresentava estado geral regular, desidratada, descorada e dispnéica (+/4+), acianótica, afebril com sudorese, PA: 170/130mmHg, P: 140b/min. Dificuldade para abrir a boca, murmúrio vesicular diminuído em ambos os pulmões e com sibilos expiratórios. O abdome encontrava-se com rigidez involuntária, doloroso à descompressão brusca, globoso e com ruídos hidroaéreos diminuídos. Toque retal sem fezes na ampola e com estrias de sangue vivo na luva.

Os exames complementares: Raios-X de tórax, Raios-X de abdome simples, glicemia, sódio e potássio séricos e hemograma não foram de ajuda significativa. Uréia sérica: 94mg% e creatinina 2,5mg%.

Após quatro horas de internação, a paciente apresentou forte precordialgia, exacerbação da sudorese e foi transferida para a Unidade de Terapia Intensiva. As enzimas e o eletrocardiograma descartaram cardiopatia isquêmica e a dor cedeu com analgésicos comuns. Após 12 horas continuava com alteração dos sinais vitais, a dor aumentou, abdome em tábua e hipertermia de 38,3°C. Foi indicada laparotomia, encontrando-se somente algumas bridas em sigmóide que foram desfeitas.

(¹) Professora Adjunta do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(²) Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(³) Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

No pós-operatório (PO) imediato persistiram a taquicardia e a hipertermia e foi detectada com Raios-X de tórax, broncopneumonia em base pulmonar direita. No quinto dia do PO reiniciaram as dores abdominais de forte intensidade e surgiu contratura muscular no membro inferior esquerdo. No sétimo dia do PO a paciente apresentou eventração total da incisão cirúrgica. O simples toque, durante a palpação abdominal, causava forte contração da musculatura abdominal. Foi observada também pequena lesão purulenta subungueal do 5º artelho esquerdo. Procedeu-se, então, a laparorráfia e desbridamento da lesão do artelho. Levantada a hipótese e confirmado o diagnóstico, iniciou-se o tratamento com soro antitetânico (30 mil UI), benzodiazepínicos, clindamicina (600mg 6/6h) e ampicilina (1g/d).

A dor e a contratura muscular cederam após 48 horas e a paciente melhorou. Esta, no entanto, permaneceu no hospital por 30 dias, para complementar o tratamento da infecção pulmonar. Recebeu alta em boas condições clínicas.

DISCUSSÃO

O diagnóstico do tétano é clínico^{9,10}. Os exames laboratoriais servem somente para excluir outras afecções e para a determinação do título de anticorpo antitetânico³.

LUISTO⁷ analisou 106 pacientes com tétano e observou que o sinal mais precoce e comum foi o trismo (95%), a dispnéia esteve presente em 7%. Os distúrbios do sistema nervoso autônomo, manifestados por arritmia cardíaca ou flutuações na pressão sanguínea foram as intercorrências freqüentes. Dos 12 pacientes que morreram, a pneumonia foi responsável por duas mortes e o infarto agudo do miocárdio por uma. O diagnóstico tardio foi responsável pela morte de três pacientes.

CARRADA-BRAVO⁴ afirmou que o trismo, conseqüente à contratura dos músculos mastigadores, foi o fenômeno mais precoce e constante nos doentes. As formas mais graves cursaram com liberação de catecolaminas por hiperatividade do sistema nervoso autônomo causando hipertensão arterial, alterações do ritmo cardíaco, sudorese profusa e ileo paralítico.

Neste estudo de caso, o trismo não foi valorizado, pois a paciente ressaltava a dor abdominal. A história de hipertensão arterial prévia impediu que esta fosse relacionada à outra afecção. A pequena lesão subungueal passou despercebida por clínicos do Pronto Socorro, cirurgiões e intensivistas, que não a associaram com o tétano.

Nos livros de cirurgia de urgência e abdome agudo, o tétano tem sido pouco mencionado^{1,2,8}. Na maioria ele

sequer foi citado. As poucas referências associadas à raridade com que os médicos confrontaram-se com essa enfermidade favoreceu o atraso do diagnóstico.

Algumas vezes, no entanto, o diagnóstico tem impedido uma conduta mais agressiva e necessária ao tratamento de complicações do tétano. No levantamento realizado por LUISTO⁷ foram realizadas seis laparotomias por complicações como: úlceras gástricas perfuradas ou sangrantes, perfuração do cólon, ruptura do baço e um dos casos foi operado por suspeita de peritonite.

JAMES & DUNKLEY⁶ relataram um caso de perfuração enteral, cuja laparotomia foi retardada porque a dor abdominal que o paciente referia foi relacionada com o tétano, já previamente diagnosticado.

Portanto, todos os médicos que trabalham em serviços de urgência devem estar atentos, não só para fazer o diagnóstico do tétano, mas, também, para detectar precocemente as complicações intra-abdominais, que, se não operadas a tempo, poderão levar à morte.

SUMMARY

Tetanus simulating acute abdomen

The diagnosis of tetanus has become difficult because this disease is rare in big urban area and few doctors see it in clinical practice. A case of tetanus with abdominal pain similar to acute abdomen was present. Initial clinical aspects, operation and clinical evolution were reported and it was concluded that the differential diagnosis of tetanus in patients with abdominal pain would be necessary in emergency centers for a better prognosis and treatment of this disease.

Keywords: tetanus, acute abdomen, abdominal pain, physicians family, emergency medical services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA NETO, J. *Condutas em cirurgia de urgência*. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 1991. 269p. (Comissão Científica do Departamento de Cirurgia).
- BIROLINI, D., UTIYAMA, E., STEINMAN, E. *Cirurgia de emergência*. São Paulo: Atheneu, 1996. 433p.
- BLECK, T. P. Tetanus: pathophysiology, management and prophylaxis. *Disease - A - Month*, Chicago, v.37, n.9, p.545-603, 1991.
- CARRADA-BRAVO, T. El diagnóstico y profilaxis del tétanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico, Mexico City*, v.40, n.6, p.308-314, 1983.

5. FURSTE, W. The sixth international conference on tetanus. *Lancet*, London, v.22, n.12, p.1032-1035, 1984.
 6. JAMES, M.F.M., DUNKLEY, A.S. Apparent traumatic perforation of the bowel in tetanus: a case report. *South African Medical Journal*, Cape Town, v.65, p.700-701, April 1984.
 7. LUISTO, M. Tetanus in Finland: diagnostic problems and complications. *Annals of Medicine*, Helsinki, v.22, n.1, p.15-19, 1990.
 8. SAVASSI, P.R.R., ANDRADE, J.I., SOUZA, C. *Abdomen agudo*. 2.ed. Rio de Janeiro : Medsi, 1993. 947p.
 9. STODDART, J.C. Pseudo-tetanus. *Anaesthesia*, London, v.34, n.2, p.877-881, 1979.
 10. TRUJILLO, M.H.R. Tetanos: manejo intensivo, complicaciones y mortalidad. *Medicina Crítica Venezolana*, Caracas, v.2, n.4, p.89-96, 1987.
- Recebido para publicação em 9 de maio e aceito em 25 de novembro de 1996.**

Epilepsia e trabalho

Lucinda Maria Garcia de Tella¹

Lineu Corrêa Fonseca²

Claudia Maria Bertuqui³

RESUMO

Cento e vinte pacientes epiléticos foram avaliados visando o estudo de sua situação de trabalho. Os pacientes apresentaram faixa etária média de 31,5 anos, e a duração da epilepsia foi de 7 meses a 50 anos (média 15,1 anos). Sessenta e um pacientes (50,8%; 46 homens e 15 mulheres) estavam empregados. Onze pacientes (9,1%), em idade adulta produtiva já estavam afastados, aposentados pela epilepsia. Donas de casa (n=22), desempregados (n=4), estudantes (n=5), aposentados por outras causas (n=4), indivíduos sem ocupação (n=13, deficiência mental em 11) completaram a amostra. Crises epiléticas durante o trabalho ocorreram em 10 pacientes originando acidente em três deles. Considera-se importante a atenção à situação ocupacional dos pacientes epiléticos, que devem ser motivados para o trabalho, evitando-se as funções consideradas de risco.

Unitermos: epilepsia, trabalho, trabalhadores.

INTRODUÇÃO

Informar a um indivíduo que ele é portador de epilepsia implica um diagnóstico médico e um rótulo social. Baixa auto-estima, dependência, necessidade de uso de anticonvulsivantes, restrições ao álcool e à direção de veículos e repercussão no trabalho são problemas crônicos dos epiléticos¹. As dificuldades psicossociais podem ter conseqüências até mais graves sobre a qualidade de vida do que a ocorrência das crises epiléticas em si^{2,17}. Portanto, tratar do paciente epilético significa não apenas cuidados de exames e medicações, mas observar seu desempenho em família, escola, trabalho e sociedade. Todos os que na prática médica atendem pacientes epiléticos deparam-se com freqüência com problemas relacionados ao trabalho.

Pacientes com epilepsia podem ter dificuldade em encontrar e manter emprego regular. Podem enfrentar restrições justificadas (ocupações em funções de risco) como também serem vítimas de preconceito¹⁵. Sem dúvida, a situação de trabalho dos pacientes é um dos indicadores do ajustamento psicossocial^{7,11}.

Nos países desenvolvidos os aspectos de trabalho do indivíduo com epilepsia tem merecido algumas investigações. No Brasil, porém, pouco destaque tem sido dado a respeito. Neste trabalho o objetivo é estudar a situação ocupacional de uma amostra de pacientes epiléticos, verificando-se emprego, desemprego e ocorrência de acidentes de trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

Casuística

Cento e vinte pacientes epiléticos foram selecionados aleatoriamente nos ambulatórios de epilepsia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, no período de 3/11/93 a 27/6/95, sendo pacientes com diagnóstico clínico, eletroencefalográfico e de neuroimagem previamente estabelecidos. Foi aplicado protocolo (Anexo) avaliando aspectos sociais, clínicos e relativos à situação ocupacional. Foi verificada a situação/atividade atual: emprego (vínculo previdenciário, atividade exercida, funções de risco), desemprego, afastamento pelo INSS, aposentadoria e outras atividades.

(¹) Professora Assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(²) Professor Titular do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(³) Assistente Social do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.

Como “sem ocupação” definimos pessoas sem atividade de trabalho/estudo ou qualquer função sob sua responsabilidade. Nos pacientes empregados foi pesquisada a ocorrência de crises epiléticas no ambiente de trabalho causando acidentes, tempo de afastamento e adoção de medidas preventivas.

As variáveis sociais e demográficas do grupo estudado foram: sexo (69 homens e 51 mulheres), idade (14 a 75 anos; média 31,54 anos), estado civil (60 casados, 54 solteiros, 5 divorciados/separados e um viúvo).

As variáveis clínicas analisadas foram: tipo de crise epilética, idade média de início das crises, duração da epilepsia, frequência de crises e presença de outras patologias associadas. O tipo de crise foi caracterizado de acordo com a Classificação Internacional de crises epiléticas de 1981¹³ e como difícil controle consideramos pacientes com alta frequência de crises (semana/mês), apesar da aderência ao tratamento com as drogas antiepiléticas.

RESULTADOS

O levantamento da situação de trabalho/ocupacional demonstrou: 52 pacientes empregados (28 com vínculo previdenciário e 24 não), 4 desempregados, 3

afastados pelo INSS, 12 aposentados, 5 estudantes, 9 estudantes com emprego (2 com vínculo previdenciário e 7 não), 13 sem ocupação e 22 mulheres referindo-se a prendas domésticas.

A causa do afastamento (INSS) dos três pacientes foi a epilepsia. As aposentadorias foram referidas por tempo de serviço em dois, pela epilepsia em oito, por cardiopatia em um, deficiência mental e auditiva em um caso. Dois dos pacientes afastados pelo INSS e cinco dos aposentados (2 pela epilepsia) executavam trabalhos temporários sem vínculo empregatício (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Situação dos 120 pacientes quanto ao trabalho/ocupação.

Ocupação	Pacientes		Total	
	Masculino	Feminino	nº	%
Empregado	38	14	52	43,3
Desempregado	2	2	4	3,3
Afastado pelo INSS	2	1	3	2,5
Aposentado	11	1	12	10,0
Estudante	4	1	5	4,2
Estudante com emprego	8	1	9	7,5
Sem ocupação	4	9	13	10,8
Dona de casa	0	22	22	18,4

Tabela 2. Situação social e ocupacional dos 11 pacientes afastados pelo INSS e aposentados pela epilepsia.

Paciente	Condição	Idade/Sexo	Estado Civil	Controle Crises	Tempo de afastamento/ aposentadoria	Serviços Temporários
NJJ	aposentado	51/M	casado	não	17 anos	não
HTS	aposentado	36/M	divorciado	sim	5 anos	sim
MRG	aposentado	40/M	casado	sim	4 anos	sim
RM	aposentado	30/M	solteiro	não	7 anos	não
JMMG	aposentado	40/M	casado	sim	3 anos	não
OFN	aposentado	50/M	casado	não	2 anos	não
ERS	afastado	35/M	solteiro	sim	7 anos	sim
ZASP	afastado	44/F	casada	não	1 ano	não
MC	aposentado	45/M	casado	sim	15 anos	não
JAJ	aposnetado	42/M	casado	não	4 anos	não
GJS	afastado	39/M	casado	sim	4 anos	sim

Como “sem ocupação” registramos duas pacientes jovens (14 e 19 anos) e 11 pacientes com deficiência mental.

A maioria dos 61 pacientes com emprego regular no período da entrevista (52 apenas emprego, 9 emprego + estudo) exerciam trabalhos manuais, sem formação

profissionalizante anterior e sem revelar a doença à admissão. Vinte e dois pacientes referiam-se a colocações em funções consideradas de risco, como operador de máquinas pesadas (n=2), trabalho com térmicos (n=1), trabalho com instrumento cortante (n=2), trabalho em altura (n=8), serviço doméstico (n=6), direção de veículo (n=3).

Dez pacientes tinham o antecedente de crises epilépticas com traumas em ambiente de trabalho; três sofreram lesões caracterizando acidentes de trabalho pela epilepsia. Um paciente, lavrador com trabalho em altura, caiu da escada em duas ocasiões, tendo em ambas, fraturas de membro superior esquerdo e foi atendido no Pronto Socorro (PS) com engessamento e afastamento do trabalho por 50 dias. Um segundo paciente, também com trabalho em altura, sofreu traumatismo cranioencefálico sem seqüela, tendo sido internado por 18 dias. O último paciente, trabalhando como vigia, teve crise à beira de uma escada, com queda, escoriações sendo atendido no PS e afastado por 15 dias. Nenhum destes três pacientes receberam orientações ou adotaram cuidados posteriores visando prevenção de novos acidentes de trabalho.

Quanto ao tipo das crises epilépticas obtivemos: crises parciais simples (CPS) em oito pacientes, crises parciais complexas (CPC) em 11 pacientes, crises generalizadas (CG) em 29 pacientes, crises em sono em 16 pacientes, crises parciais simples ou complexas evoluindo para generalizadas em 56 pacientes. A idade média de início das crises foi de 16,2 anos (1 mês a 52 anos; início antes dos 20 anos em 90 pacientes) e a duração média da epilepsia foi de 15,1 anos (7 meses a 50 anos). Vinte e dois pacientes foram considerados com epilepsia de difícil controle (10 empregados, 5 afastados/aposentados, um desempregado, 3 donas de casa, 3 sem ocupação). Foram observados outros distúrbios neurológicos ou deficiência mental em 16 casos.

DISCUSSÃO

A maioria dos indivíduos com epilepsia, em idade de trabalho, não requer ajuda especial para tornar-se economicamente ativa⁴.

Para SILLANPÄÄ et al.¹⁶, boa capacidade de comunicação, comportamento e nível intelectual adequados e baixa suscetibilidade à crise estruturam a base de uma boa competência social. Outros autores concordam colocando que entre os fatores que interferem na possibilidade maior ou menor de o epiléptico empregar-se estão a frequência das crises, o nível mental, distúrbios de personalidade, além do grau de ajustamento familiar¹².

JACOBY¹⁰ considera que quando as crises estão controladas e não há outras doenças associadas, o indivíduo geralmente não tem problemas de trabalho; porém o simples fato da existência da epilepsia pode influenciar o desempenho funcional por vários motivos:

1. existem restrições às funções consideradas de risco, que envolvem perigo de acidentes para o paciente, terceiros ou danificação de bens materiais valiosos,
2. o preconceito ligado à epilepsia.

Algumas ocupações são consideradas contra-indicadas para os epilépticos: forno ou outro trabalho com fogo aberto, trabalho em altura, motorista profissional, trabalho com serras, prensas, instrumentos cortantes e certas atividades domésticas^{6,16,18}.

Para SCAMBLER & HOPKINS¹⁵, o medo da discriminação causa ansiedade, estresse, podendo prejudicar a carreira do paciente. Temendo a discriminação, o paciente pode optar por não revelar a epilepsia ao empregador, pode se negar oportunidades de promoção e mesmo conscientemente optar por não trabalhar. E também, estresse no trabalho é colocado como fator desencadeante de crise⁵.

Os problemas de emprego podem ainda ser agravados pelos efeitos das medicações antiepilépticas sobre a função cognitiva, diminuindo o desempenho no estudo e trabalho e pela baixa auto-estima desses pacientes que pode afetar os relacionamentos interpessoais no trabalho e, mesmo, restringir a procura de empregos adequados¹⁰.

Vários estudos apontam maior taxa de desemprego e subemprego entre a população epiléptica, cujos dados sugerem que 1/3 a 1/2 dos pacientes enfrentam problemas de emprego no mercado de trabalho; a diferença nos índices provavelmente decorrendo das diferenças de amostras estudadas^{3,8,10,15}.

Os pacientes desta pesquisa tinham epilepsia de início precoce, com longo tempo de evolução, sendo que 61 pacientes (50,8%; 46 homens e 15 mulheres) estavam empregados, ainda que metade sem vínculo empregatício. A alta taxa de trabalho assalariado informal entre nossos pacientes deve ser interpretada dentro do contexto político e econômico atual. De acordo com os dados de 1995, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 16 milhões de pessoas no país trabalham sem registro em carteira, o que corresponde a 23,5% da população economicamente ativa.

O fato de haver perda ou alteração do nível de consciência na maioria das crises epilépticas (CPC, CG), confirma a necessidade da escolha de ocupações seguras. No grupo de pacientes caracterizado como "sem ocupação" predominaram aqueles com deficiência mental e conseqüente incapacitação para o trabalho.

Foi importante o número de afastamentos/aposentadorias pela epilepsia. Neste estudo, 11 pacientes (9,1%) - todos em faixa etária produtiva - estavam nessas condições. Dois dos pacientes em afastamento e dois aposentados procuravam serviços temporários para aumento da renda, sendo que sete estavam em inatividade, cinco desses pertencendo ao grupo de difícil controle. Isto mostra a problemática trabalhista do indivíduo epiléptico, e, torna o aconselhamento vocacional e a adaptação ao

trabalho de extrema relevância, quando se deseja oferecer assistência integral a estes pacientes. Quando as crises são refratárias, o trabalho pode ser impossível, mas, antes de assumir um afastamento definitivo é fundamental aguardar bastante tempo, pois não são raros os casos em que a pessoa pode retornar ao trabalho em fases de melhor controle; além disso, a inatividade física e mental pode agravar o quadro levando a um maior número de crises⁶.

SARAIVA¹⁴ em levantamento da situação ocupacional de 44 pacientes epiléticos de difícil controle, na faixa de 21 a 56 anos, encontrou 16 pacientes empregados, 5 desempregados, 2 aposentados, 6 em auxílio doença e 14 sem ocupação. Em nossa amostra, 22 pacientes foram considerados de difícil controle, e para mesma faixa etária, obtivemos 10 pacientes empregados, um desempregado, 4 aposentados, um afastado (INSS), 3 donas de casa e 3 sem ocupação.

Ainda que estudos demonstraram uma atitude positiva dos empregadores em relação a epilepsia, nos últimos 30 anos, estes priorizaram o controle das crises epiléticas e condições de segurança para a admissão de trabalhadores epiléticos⁹. Uma das maiores dificuldades diz respeito à preocupação com acidentes de trabalho¹².

Nesta pesquisa, 10 pacientes tinham o antecedente de crises no serviço, sendo que três pacientes sofreram acidente de trabalho decorrente da crise epilética, dois inclusive tinham ocupação em função de risco (trabalho em altura). Portanto, atenção deve ser dada ao fato que pacientes que trabalham em funções de risco, principalmente se com história recente de crise epilética, podem expor-se a acidentes no trabalho pelas crises.

The Employment Commission of the International Bureau for Epilepsy estabelece regras para assegurar que os procedimentos de recrutamento e seleção sejam os mais justos possíveis. A capacitação do indivíduo para o cargo é que deve ser considerada e não suas limitações. As restrições, quando necessárias, deverão ser colocadas num contexto de regras claramente estabelecidas dentro de uma orientação vocacional apropriada e com programas de reabilitação assegurados⁴.

Nessas contingências tornam-se importantes a intervenção do neurologista, assim como do Serviço Social que pode auxiliar, reforçando a conduta médica e estabelecendo contato com o empregador no sentido de ajuda ao paciente. Também o médico do trabalho pode ajudar na readaptação profissional para as funções consideradas de risco colocando o indivíduo epilético em condições seguras de trabalho, com resultados positivos para empresa, previdência social e sociedade.

SUMMARY

Epilepsy and work

One hundred and twenty epileptic patients were interviewed in order to study their situation at work. The average age of the patients was 31.5 years and the duration of the disease varied from 7 months to 50 years (an average of 15.1 years). Sixty-one patients (50.8%, 46 men and 15 women) were employed. Eleven patients (9.1%), in economically active age, were already retired from work by epilepsy. Housewives (n=22), unemployed (n=4), students (n=5), retired by other causes (n=4) and people without occupation (n=13, mental deficiency in 11) completed the sample. Ten patients had seizures at work and accidents occurred in 3 cases. It is important to give attention to the occupational situation of the epileptic patients, who should be stimulated to work, avoiding functions of risk.

Keywords: *epilepsy, work.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DEVINSKY, O., VICKREY, B.G., CRAMER, J., PERRINE, K., HERMANN, B., MEADOR, K., HAYS, R.D. Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, New York, v.36, n.11, p.1089-1104, 1995.
2. DREIFUSS, F.E. Prevention as it pertains to epilepsy. *Archives Neurology*, Chicago, v.52, n.4, p.363-366, 1995.
3. ELWES, R.D., MARSHALL, J., BEATTIE, A., NEWMAN, P.K. Epilepsy and employment: a community based survey in an area of high unemployment. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, London, v.54, p.200-203, 1991.
4. EMPLOYING people with epilepsy: principles for good practice. *Epilepsia*, New York, v.30, n.4, p.411-412, 1989. (The Employment Commission of the International Bureau for Epilepsy).
5. FLOYD, M., CHAPLIN, J., ESPIR, M., KURTZ, Z. The management of epilepsy at work. *International Journal Rehabilitation Research*, Heidelberg, v.11, n.1, p.3-10, 1988.
6. FONSECA, L. C., BEARZOTI, P. Trabalho. In: _____, _____ (Ed.). *Como enfrentar a epilepsia*. São Paulo : Ícone, 1986. p.15-79.
7. GEHLERT, S. Perceptions of control in adults with epilepsy. *Epilepsia*, New York, v.35, p.1, p.81-88, 1994.

8. HART, Y.M., SHORVON, S.D. The nature of epilepsy in the general population. In: Characteristics of patients receiving medication for epilepsy. *Epilepsy Research*, Amsterdam, v.21, n.1, p.43-49, 1995.
9. HICKS, R.A., HICKS, M.J. Attitudes of major employers toward the employment of people with epilepsy: a 30-years study. *Epilepsia*, New York, v.35, n.1, p.81-88, 1994.
10. JACOBY, A. Impact of epilepsy on employment status: Findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilepsy Research*, Amsterdam, v.21, n.2, p.125-132, 1995.
11. LEVIN, R., BANKS, S., BERG, B. Psychosocial dimensions of epilepsy: a review of the literature. *Epilepsia*, New York, v.29, n.6, p.805-816, 1988.
12. MARQUES-ASSIS, L., TEIXEIRA, W.R.G. Epilepsia e trabalho. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v.104, n.3, p.128-131, 1986.
13. PROPOSAL for revised clinical and electroencephalographic classification and terminology of the international league against epilepsy. *Epilepsia*, New York, v.30, n.4, p.389-399, 1989. (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy).
14. SARAIVA, M.C.B. As implicações sociais em ser epilético. In: MARINO JR., R. (Ed.). *Epilepsias*. São Paulo : Sarvier, 1983. p.107-120.
15. SCAMBLER, G., HOPKINS, A. Social class, epileptic activity, and disadvantage at work. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v.34, p.129-133, 1980.
16. SILLANPÄÄ, M., HELENIUS, H. Social competence of people with epilepsy: a new methodological approach. *Acta Neurologica Scandinavica*, Copenhagen, v.87, n.5, p.335-341, 1993.
17. SOUZA, E. A. P., GUERREIRO, M. M. Qualidade de vida e epilepsia. In: GUERREIRO, C. A. M. (Ed.). *Epilepsia*. São Paulo : Lemos Editorial, 1993. p. 83-90.
18. WEBER, M. Mode de vie des épileptiques. *La Revue du Praticien*, Paris, v.34, p.2697-2772, nov., 1984.

Recebido para publicação em 11 de junho e aceito em 30 de outubro de 1996.

ANEXO

Nº _____
 RH _____
 Data: _____

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () (M/F) Data de nascimento: _____

Estado Civil: () S: Solteiro V: Viúvo
 C: Casado D: Divorciado/separado
 A: Amasiado

Ocupação: () 1. Empregado 7. Aposentado
 2. Desempregado 8. Sem ocupação
 3. Estudante 9. Oficina protegida
 4. Dona de casa 10. Afastado e trabalha
 5. Afastado INSS 11. Aposentado e trabalha
 6. Estuda + emprego

Afastado INSS: () 1. Epilepsia 2. Outras causas

Aposentado: () 1. Tempo de serviço 3. Invalidez: _____
 2. Epilepsia 4. Outras causas

Emprego atual: ()

1. Artesanato	9. Comerciante
2. Ajudante de Pedreiro	10. Lavrador
3. Doméstica/Faxineira	11. Jardineiro
4. Operário/Metalúrgico	12. Vigia
5. Ajudante geral	13. Marcineiro
6. Serviços gerais escritório	14. Eletricista
7. Ajudante de Motorista	15. Outros
8. Cuidar de aves	

Vínculo Previdência Social atual: () (S/N)

Formação Especializada na área que trabalha: () (S/N)

Revelação ao Empregador: () (S/N)

Função de Risco: () (S/N)

Porque: ()

1. Operador de máquina pesada	4. Direção de veículos
2. Trabalho com instrumento cortante	5. Trabalho com térmicos
3. Trabalho em altura	6. Serviços de casa
7. Outros: _____	

Crise epiléptica no ambiente de trabalho: () (S/N)

Acidente de trabalho anterior: () (S/N)

Se for sim, quantas vezes: Quantas vezes pela epilepsia: _____

Idade de início da Epilepsia: ()

1. 0 a 5 anos	5. 31 a 40 anos
2. 6 a 10 anos	6. 41 a 50 anos
3. 11 a 20 anos	7. 51 a 60 anos
4. 21 a 30 anos	8. 61 a 70 anos

Duração da Epilepsia ()

1. 0 a 5 anos	5. 31 a 40 anos
2. 6 a 10 anos	6. 41 a 50 anos
3. 11 a 20 anos	7. 51 a 60 anos
4. 21 a 30 anos	8. 61 a 70 anos

Tipo de crise (S/N):

Simplex ()	Complexa ()
Generalizada ()	Gen. Sono ()
Vigília e Sono ()	CPS → CPC ()
CPS → CTCG ()	CPC → CTCG ()
CPS → CPC → CTCG ()	

Aura: () (S/N)

Crise nos últimos 3 meses anterior () (S/N)

Frequência: ()

1. Diária	8. Cada 4 meses
2. Semanal	9. Cada 5 meses
3. + de 1/sem	10. Semestral
4. Mensal	11. Anual
5. + de 1/mês	12. Cada 2 anos
6. Bimestral	13. Variável + cada retorno
7. Trimestral	14. Indefinida

Difícil controle: () (S/N)

Distúrbio neurológico outro associado: () (S/N)

Cite distúrbio neurológico: _____

Distúrbio psiquiátrico associado: () (S/N)

Cite distúrbio psiquiátrico: _____

Tratamento: ()

1. Monoterapia	2. Politerapia
----------------	----------------

Esferocitose hereditária no período neonatal: relato de caso e revisão de literatura

Danielle Baptista Reis¹
Kátia Aparecida de Brito Eid²
Luiz Maria Pinto³
Márcia Maria Alves Glycerio Lemos Neumann¹

RESUMO

Relatam um caso clínico de esferocitose hereditária no período neonatal, bem como uma revisão de literatura. Comentam os aspectos clínicos, laboratoriais, evolutivos e terapêuticos. Destacam, ainda, a importância do diagnóstico diferencial com a doença hemolítica por incompatibilidade ABO.

Unitermos: icterícia neonatal, esferocitose hereditária, recém-nascido.

INTRODUÇÃO

A esferocitose hereditária (EH) caracteriza-se pela presença de hemácias de forma esférica, que apresentam resistência osmótica anormal decorrente de um defeito intrínseco. A prevalência desta doença na população geral é estimada em 1 : 5 000⁶; sabe-se, porém, que formas leves são comuns e freqüentemente não diagnosticadas².

Embora transmitida de forma dominante, 25% dos casos são autossômicos recessivos, apresentam penetrância incompleta ou decorrem de novas mutações. Do ponto de vista clínico, as formas dominantes geralmente são mais leves; as autossômicas recessivas mais graves^{2,5,8,12}.

O conhecimento em nível molecular trouxe explicação para a grande variabilidade clínica observada desde o portador assintomático até o doente com anemia severa¹.

No período neonatal pode haver manifestações clínicas da EH. Antecedente de icterícia neonatal está presente em aproximadamente 50% dos casos e usualmente manifesta-se nas primeiras 48 horas de vida. Em 20% dos casos, a icterícia só é observada após a primeira semana de

vida^{2,7}. Quando muito acentuada, a hiperbilirrubinemia pode levar ao kernicterus.

O achado de anemia e icterícia no período neonatal não está relacionado à severidade da doença; esta condição melhora rapidamente nas primeiras semanas de vida. Palidez e esplenomegalia não são achados constantes no recém-nascido o que dificulta muitas vezes o diagnóstico neste período¹⁰. A anemia apresenta-se de forma discreta no início, raramente com níveis de hemoglobina abaixo de 10g/dl; a reticulocitose é variável (entre 5% e 15%) e os níveis de bilirrubina podem chegar a 20mg%.

Alguns fatores podem influir no grau de anemia neste período, como a sepses e a síndrome de desconforto respiratório^{9,10}. Também observou-se a correlação entre gravidade de hemólise no período neonatal e prematuridade.

Na série estudada por TRUCCO¹⁰, houve variações nos níveis de anemia, reticulocitose e icterícia na primeira semana de vida. Em aproximadamente 50% dos casos, a concentração corpuscular média da hemoglobina (CCMH) é superior a 36%, devido à reticulocitose⁷. Geralmente o esfregaço de sangue periférico revela a presença dos esferócitos característicos desta afecção. Pode ocorrer, no entanto, que quantidades apreciáveis de esferócitos estejam freqüentes somente após o 2º ou 3º mês de vida. Os esferócitos, além de parecerem mais espessos e se tingirem mais intensamente que as hemácias normais, possuem diâmetro significativamente menor (Figura 1).

(¹) Residentes do 2º ano do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(²) Médica do Serviço de Hematologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.

(³) Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

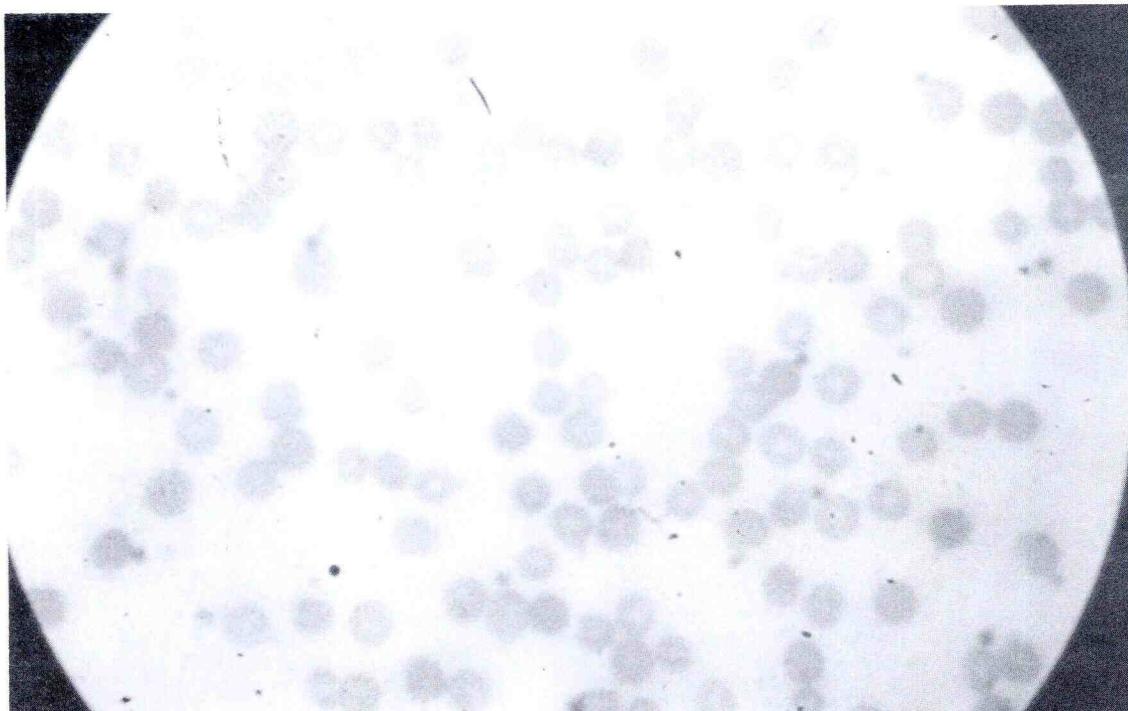


Figura 1. Presença de esferócitos no sangue do RN.

Na EH a confirmação diagnóstica é dada pelos exames laboratoriais realizados no caso suspeito, bem como nos seus familiares. Para OSKI⁷, o melhor elemento para diagnóstico é a comprovação da esferocitose em um dos genitores.

Quanto à história familiar, nos sete casos observados por TRUCCO¹⁰, somente em um não havia história familiar prévia ao nascimento. Análise retrospectiva das famílias revelou que em cinco dos sete casos a mãe era portadora do gene.

Numa revisão de 100 casos de EH, KRUEGER⁴ relatou história familiar positiva para HE em 75% dos pacientes.

Freqüente entre indivíduos brancos (Europa Setentrional) a EH pode ser encontrada em todas as raças⁷.

Os rápidos avanços nos conhecimentos da estrutura molecular da membrana da hemácia e a introdução recente das técnicas de DNA recombinante no estudo dos genes da membrana protéica levaram a uma nova era no conhecimento da membrana do eritrócito em condições normais e patológicas, com grande contribuição para o entendimento dos defeitos moleculares na EH².

CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino, não branca, nascida em 21/2/96 no Hospital e Maternidade Celso Pierro da

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (HMCP/PUCCAMP). Mãe com 24 anos, não branca, gestações II, paridade I, um abortamento espontâneo. Gestação sem intercorrências, a termo, parto cesária por sofrimento fetal, APGAR de 6 e 8 nos 1º e 5º minutos de vida; peso ao nascimento de 3 620g.

Ao exame físico, bom estado geral, corado, anictérico e fígado e baço não palpáveis. Tipo sanguíneo materno: O, fator Rh positivo. Tipo sanguíneo do RN: O, Rh positivo. Coombs direto negativo, VDRL de cordão: não reagente.

Com 13 horas de vida apresentou icterícia; colhidos exames laboratoriais: BT: 8,9mg%, BD: 0,6mg% e BI: 8,3mg%, Hb: 13,3g/dl, Ht: 39%. Reticulócitos: 11,9%. Instituída fototerapia contínua e repetidos os exames com 24 horas de vida: BT: 11,0mg%, BD: 0,8 mg% e BI: 10,2mg%, Hb: 14,7g/dl, Ht: 43% e Reticulócitos: 11,2%.

Com 48 horas de vida estava em bom estado geral, em fototerapia mantendo os mesmos índices hematológicos e observados esferócitos no sangue periférico.

Novas investigações laboratoriais revelaram: curva de fragilidade osmótica (sangue fresco): desvio à direita (Figura 2) dosagem de G6PD: normal; Hb: 13,8g/dl, Ht: 39,1%. Leucócitos totais: 9 400, Seg.47, eosino 80%, linfócitos 38% e monócitos 7%. Moderada anisocitose, macrocitose e policromasia. Frequentes esferócitos.

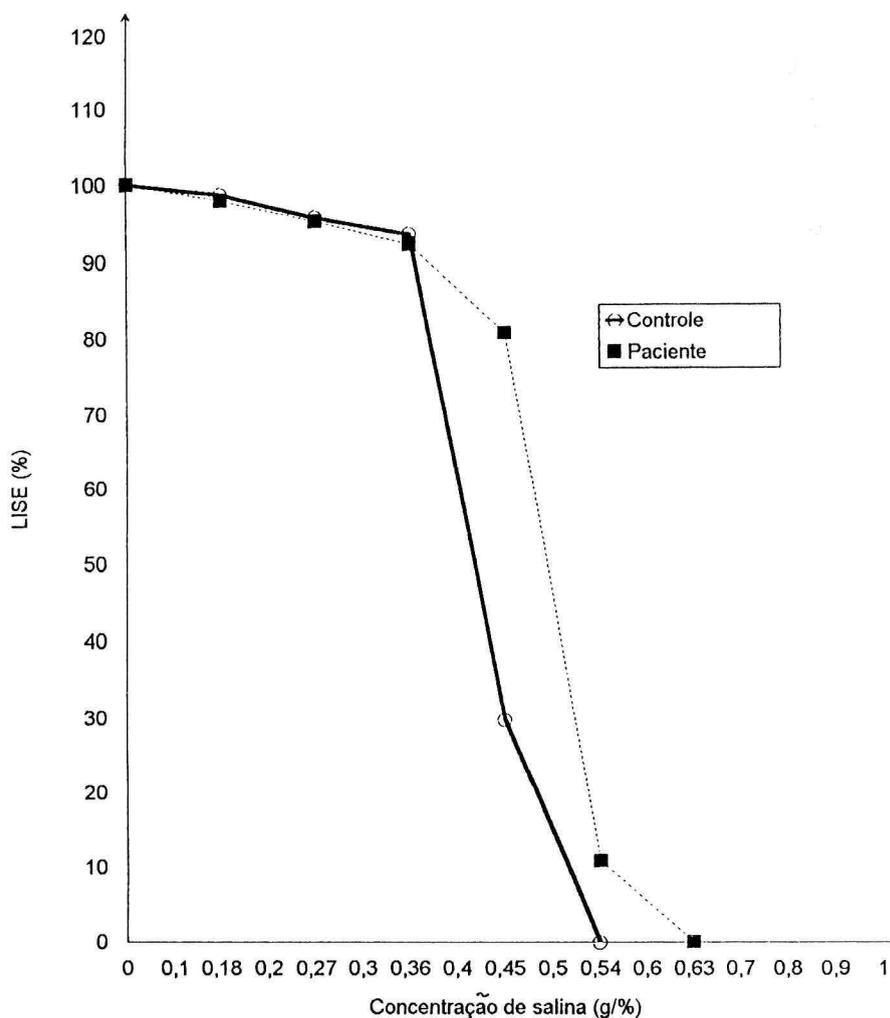


Figura 2. Curva de fragilidade osmótica do RN.

Dados maternos: A mãe apresentou no 4º dia de puerpério, icterícia (+/4+) palidez, não acompanhada de febre, acolia fecal ou colúria. Referia icterícia intermitente, embora a negasse em familiares. Hb: 7,8g/dl, Ht: 21,9%, Reticulócitos: 20,8%, BT: 3,34mg%, BI: 1,15mg, BD: 2,19mg%. Transfundida 1 U standard de concentrado de hemácias. Outros exames laboratoriais: reações sorológicas para citomegalovírus, mononucleose, toxoplasmose foram negativas; eletroforese de hemoglobina = AA; G6PD = normal. Prova de fragilidade osmótica com sangue fresco; desvio à direita. Pesquisa de esferócitos: positiva.

O RN recebeu alta hospitalar com cinco dias de vida, com icterícia discreta, corado e sem hepatoesplenomegalia, em amamentação.

Com 26 dias de vida compareceu no Ambulatório de Puericultura do HMCP, sem intercorrência, aleitamento materno exclusivo. Ao exame: peso de 4 250g, corado, hidratado, anictérico. Abdome sem anormalidades.

Aos 3 meses apresentava palidez discreta e o baço palpável 0,5 cm do RCE. Solicitado hemograma.

Em 29/8/96, retornou com 6 meses (a mãe viajou para interior do Paraná), pesando 8 900g e apresentando varicela. Ao exame: anictérico, pálido, fígado 4cm do RCD e baço à 6cm do RCE Hemoglobina 7,6g/dl. Hematócrito: 23%. Frequentes esferócitos. BT: 0,9mg/dl, BD: 0,1mg/dl, BI: 0,8mg/dl. Introduzido 5mg/kg/dia de ácido fólico.

DISCUSSÃO:

Neste caso, o diagnóstico materno de EH ocorreu no período puerperal, quando apresentou quadro de icterícia e palidez, apesar de antecedentes de episódios de icterícia.

Embora não deva ser considerado neste caso (mãe e RN com o grupo sanguíneo O) o principal diagnóstico diferencial que se impõe frente à hemólise perinatal é o da doença hemolítica por incompatibilidade ABO, por

apresentar numerosos achados clínico-laboratoriais em comum com aquela afecção. Em ambas pode haver esferocitose, diminuição de resistência osmótica das hemácias, anemia, reticulocitose e esplenomegalia discreta⁷. Pode haver inclusive superposição de doença ABO com a EH, segundo o relato de TRUCCO (2 casos)¹⁰.

O diagnóstico de EH simultaneamente à doença hemolítica ABO pode ser extremamente difícil no período neonatal. A persistência de esferócitos após as primeiras semanas de vida, assim como a de uma fragilidade osmótica pode confirmar a hipótese original de ambas as doenças.

Para o diagnóstico diferencial com a doença ABO, os seguintes exames devem ser realizados: determinação do grupo sanguíneo da mãe e do RN, a prova de Coombs direto e o teste do eluato no RN¹³. A presença de esferócitos nessa afecção não significa necessariamente que a incompatibilidade seja a causa responsável pela anemia hemolítica⁷.

Suspeitando de EH, estão indicados no RN, pais e irmãos, os seguintes exames: dosagem hemoglobina, contagem de reticulócitos, pesquisa de esferócitos no sangue periférico e prova de fragilidade osmótica das hemácias. Quando realizadas com o sangue incubado de RN com EH, as provas de fragilidade osmótica quase sempre apresentam resultados anormais. Há outras situações onde a hemólise, mesmo que por outras causas, pode também envolver uma maior fragilidade osmótica; assim, o diagnóstico definitivo de EH não pode ser baseado exclusivamente neste exame.

Neste estudo a prova de fragilidade osmótica das hemácias, tanto no RN como na mãe foram realizadas com sangue fresco e apresentaram resultados anormais. OSKI⁷ destacou que este exame, nessas condições, em 10 a 20% dos casos pode dar resultados normais; quando realizada com sangue incubado, os resultados não serão falso-negativos.

A prova de auto-hemólise costuma ser anormal nas duas situações. KOSTINAS et al.³ são de opinião que esse exame pode ajudar a distinguir entre as duas afecções. A auto-hemólise excessiva pode ser amenizada, graças a adição de glicose ao sangue incubado; a adição de glicose no caso da doença hemolítica ABO não altera o resultado.

Para IOLASCON², no diagnóstico diferencial de EH com a doença ABO os estudos familiares (herança dominante) e/ou a demonstração de deficiência de espectrina pode ajudar no diagnóstico.

A sepsis deve ser abordada como diagnóstico diferencial da EH, uma vez que pode cursar com hemólise/icterícia importantes, bem como a tendência para formar esferócitos⁹. A persistência das alterações de hemácias após o período neonatal confirma o diagnóstico de EH superposta à sepsis.

O tratamento de EH no RN é semelhante ao de outros tipos de anemia hemolítica. Algumas vezes, como no paciente estudado, pode haver necessidade de fototerapia, raramente, exsanguineotransusão¹⁰, que pode ser indicada visando a prevenção de kernicterus. Às vezes é necessária a transfusão sanguínea para melhoria dos níveis de hipóxia, pela anemia que pode vir a se agravar ao final do primeiro mês de vida.

Outras vezes, basta a simples transfusão de sangue para corrigir a anemia que as vezes se agrava no final do primeiro mês de vida. Raramente há indicações para várias transfusões a fim de manter os índices hematimétricos em níveis adequados.

A fototerapia costuma ser eficaz no tratamento de hiperbilirrubinemia na EH. Para WONG¹¹, no entanto, a eficácia da fototerapia em RN com EH não é conhecida. Numa série confirmada de seis RN com EH estudada, houve aumento nos níveis de bilirrubina, apesar da fototerapia apropriada. A comprovada instabilidade da membrana eritrocitária, nestes casos, pode ser agravada pela lipoperoxidação supostamente atribuível à fototerapia. No caso das células eritrocitárias normais, essa superoxidação não é relevante.

A esplenectomia, necessária em muitos casos, não deve ser indicada antes de 4 a 6 anos pelo risco de infecção grave⁷. Raramente há indicação de esplenectomia levada a efeito pela gravidade do quadro anêmico, mesmo se houver necessidade de programa transfusional para manutenção do paciente em condições favoráveis ou com níveis de HB acima de 6g%.

Não há qualquer relação entre o grau de hemólise inicial e a severidade de anemia posterior em um mesmo indivíduo. Algumas crianças com severa hemólise no período neonatal desenvolvem quadro anêmico menos severo no futuro, enquanto outras com hemólise discreta naquele período vão desenvolver anemia acentuada posteriormente.

SUMMARY

Hereditary spherocytosis in neonatal period: a case report and literature review

A clinical case of hereditary spherocytosis in neonatal period as well as a literature review are reported. Clinical, laboratorial, evolutive and therapeutic aspects are discussed. The importance of differential diagnosis with ABO incompatibility hemolytic disease is emphasized.

Keywords: *jaundice, neonatal, spherocytosis, hereditary, infant, newborn.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GALLAGHER, P.G., TSE, W.T., FORGET, B.G. Clinical and molecular aspects of disorders of the erythrocyte membrane skeleton. *Seminars in Perinatology*, Philadelphia, v.14, p.351-367, 1990.
2. IOLASCON, A., DEL GIUDICE, E.M., CAMASCHELLA, C. Molecular pathology of inherited erythrocyte membrane disorders: hereditary spherocytosis and elliptocytosis. *Haematologica*, v.77, p.60-72, Jan/Feb. 1992.
3. KOSTINAS, J.E., CANTOW, E.F., WETZEL, R.A. Autohemolysis of cord blood in congenital spherocytosis and ABO incompatibility. *Journal of Pediatrics*, St. Louis, v.70, n.2, p.273-276, 1967.
4. KRUEGER, H.C., BURGERT JR., E.O. Hereditary spherocytosis in 100 children. *Mayo Clinic Proceedings*, Rochester, v.41, n.12, p.821-830, 1966.
5. LUX, S.E. Disorders of the red cell membrane. In NATHAN, D. G., OSKI, E. A. (Ed.). *Hematology of infancy and childhood*. 3.ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1988. p.443-544.
6. MORTON, N. E., MAC KINNEY, A. A., KOSOWER, N. S., SCHILLING, R. F., GRAY, M. P. Genetics of spherocytosis. *American Journal of Human Genetics*, Chicago, v.14, p.170-184, 1962.
7. OSKI, F. A., NAIMAN, J. L. *Hematologia do RN*. 3.ed. São Paulo : Manole, 1984. 380p.
8. STEVENS, R. F., EVANS, D. I. K. Congenital spherocytosis is often not hereditary. *Clinical Pediatrics*, Philadelphia, v.20, n.1, p.47-49, 1981.
9. THURMAN, W. G. Changes in red cell fragility with infection. *American Journal of Diseases of Children*, Chicago, v.100, p.639, 1960.
10. TRUCCO, J.I., BROWN, A.K. Neonatal manifestations of hereditary spherocytosis. *American Journal of Diseases of Children*, Chicago, v.113, p.263-270, Feb. 1967.
11. WONG, W. Y., POWARS, D. R., ABDALLA, C. Phototherapy failure in jaundiced newborns with hereditary spherocytosis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, Oslo, v.79, p.368-369, Mar. 1990.
12. YOUNG, L. E. Hereditary spherocytosis. *American Journal of Medicine*, Newton, v.28, p.486-497, Mar. 1955.
13. ZIPURSKY, A., CHINTN, C., BROWN, E., BROWN, E.J. The quantification of spherocytes in ABO hemolytic disease. *Journal of Pediatrics*, St. Louis, v.94, n.6, p.965-967, 1979.

Recebido para publicação em 18 de outubro de 1996 e aceito em 3 de fevereiro de 1997.

Poliarterite nodosa: considerações em torno de um caso com verificação à necropsia¹

Janaina de Rossi²
Eduardo Fakiani Macatti²
Sílvio Santos Carvalhal³

RESUMO

Por meio da necropsia é apresentado um caso com estudo clínico e anátomo-patológico. Enfatiza-se sobretudo o estudo histopatológico das artérias de médio calibre do epicardio e dos rins, a fim de encontrar os aspectos típicos desta entidade. São feitas considerações sobre os diagnósticos clínicos e anátomo-patológicos, acentuando as dificuldades para o estabelecimento do diagnóstico clínico, razão por que, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito pela necropsia.

Unitermos: periarterite nodosa, arterite.

INTRODUÇÃO

A poliarterite nodosa foi descrita pela primeira vez em 1866 por Kussmaul e Maier^{1,3,5} que estudaram um paciente que apresentava nódulos segmentares nas artérias musculares de tamanho médio. Em 1903, Ferrari^{3,5} sugeriu o nome poliarterite nodosa devido a indole do processo que necrosa toda a parede arterial. Até 1940 era considerada uma doença rara que apresentava um aumento da sua incidência devido ao uso de sulfo-namidas¹.

Entre as causas presumíveis da poliarterite nodosa é opinião corrente tratar-se de uma reação de hipersensibilidade a um antígeno estranho, por auto-imunização ou viral. É demonstrado que cerca de 30% dos portadores da doença possuem os antígenos HBsAg e AntiHBs da hepatite B no soro².

A poliarterite nodosa é classificada como uma vasculite necrotizante sistêmica e é um processo subagudo ou crônico que se caracteriza por uma inflamação necrosante de todos os segmentos das paredes das arteríolas, pequenas e médias artérias^{1,4}.

Como resultado desse processo, ocorre fibrose com trombose e oclusão parcial ou total do vaso, podendo levar a uma isquemia crônica ou infarto em órgãos diversos⁵.

No processo degenerativo da poliarterite nodosa se distinguem quatro estágios com características histopatológicas diferentes que podem coexistir simultaneamente no mesmo órgão ou na mesma artéria. No início do processo tem-se edema com necrose fibrinóide e infiltração de neutrófilos polimorfonucleares em todas as camadas da artéria afetada. Segue-se a este estágio a substituição da região de necrose fibrinóide por tecido de granulação e o infiltrado leucocitário se torna misto com a presença também de linfócitos, eosinófilos e plasmócitos. Começam a surgir, nesta fase, os fibroblastos que vão, pela produção de tecido fibrótico, produzir nódulos. A resolução do processo é uma cicatrização fibrosa dentro do segmento afetado com o desaparecimento do infiltrado inflamatório.

Raramente encontramos todas as lesões em um único estágio de atividade inflamatória e devido a este caráter, as manifestações clínicas da doença não começam todas ao mesmo tempo e têm um caráter disseminado em relação aos diversos sistemas afetados^{3,4}. Os sinais de poliarterite nodosa (PAN) são decorrentes inicialmente de reações sistêmicas inespecíficas como febre de baixa intensidade, mal estar, fraqueza, leucocitose e seguido de sintomas do acometimento de sistemas específicos, caracterizado pelo declínio do suprimento arterial traduzido

(¹) Trabalho realizado nos Departamentos de Clínica Médica e Anatomia Patológica, Disciplina de Medicina Interna, da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(²) Acadêmicos do 4º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(³) Professor Titular dos Departamentos de Clínica Médica e de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

por dor em vísceras e nos músculos esqueléticos. Em casos mais graves e de evolução mais rápida pode ocorrer dor abdominal, glomerulite aguda, polineurite e por vezes infarto do miocárdio^{2,5}.

A incidência da doença é comumente observada na faixa de 50 a 60 anos, incidindo porém, do primeiro ano devida até a velhice e alcançando uma proporção homem/mulher de 2 a 3:1⁵.

A necropsia revelou que os órgãos mais afetados são os rins em torno de 80% dos casos. Em segundo lugar o coração com 70%, seguido do fígado com 60% e o tubo gastrointestinal com 50%. Depois seguem-se as manifestações, em menor grau, de pâncreas, músculos esqueléticos, nervos periféricos, Sistema Nervoso Central (SNC), estômago, medula e órgãos endócrinos^{3,5}.

As manifestações clínicas vão afetar os órgãos descritos mais ou menos intensamente:

- Nos rins elas vão determinar poliarterite e glomerulite, sendo a primeira mais comum que a segunda. As manifestações serão proteinúria intermitente e hematúria microscópica com alguns cilindros hialinos e granulados. A hipertensão é comum e o quadro caminha progressivamente para a insuficiência renal^{1,3,5}.

- As manifestações cardíacas são aquelas resultantes da oclusão parcial ou total arterial, complicada ainda pelo fator da hipertensão arterial de origem renal. No fígado o acometimento varia da hepatomegalia com ou sem icterícia, aos sinais de necrose hepática extensa.

- A redução do suprimento sanguíneo intestinal pode produzir alterações da mucosa, perfuração, ou infarto com diarreia sanguinolenta.

A doença tem um prognóstico ruim, que pode resultar de um infarto extenso em algum órgão específico, mas o que mais se observa é uma insuficiência crônica acabando em uma descompensação renal ou cardíaca⁵.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino com faixa etária de 54 anos foi tabagista de um maço de cigarros diário por 12 anos. Portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e cor pulmonale com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) classe II. Teve tuberculose tratada há 12 anos. Procurou nosso serviço há 60 dias, apresentando dispnéia aos esforços, tosse com expectoração amarelo esbranquiçado com alguns laivos de sangue, acompanhada de febre diária de 38°C sem período fixo de aparecimento e sem sudorese noturna. Apresentou também emagrecimento nesta época.

Ao exame físico o paciente estava em satisfatório estado geral, cianótico⁺, pletórico, e com dedos hipocráticos. O exame dos pulmões revelou apenas a presença de

estertores crepitantes em ambas as bases. O coração e o abdome não apresentavam quaisquer alterações. Os dados vitais: PA=120/80mmHg, frequência de pulso 84 bpm. O hemograma não apresentava alterações notáveis. A velocidade de hemossedimentação (VHS) foi de 5mm na primeira hora e de 26mm na segunda. A radiografia de tórax revelava infiltrado intersticial em ambas as bases sem outras alterações significantes. Na tomografia computadorizada não foram visualizadas alterações. Foi realizada bacterioscopia do escarro em seis amostras não sendo encontrado o bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). Em cinco amostras foram identificadas leveduras em escarro colhido por broncoscopia, à coloração especial para blastomicose sendo duas vezes negativo. Foi admitida a hipótese de pneumonite fúngica e tratada por 21 dias com sulfametoxazol + trimetropin, obtendo-se reversão do quadro.

Depois de dois meses o paciente retornou ao pronto atendimento em mau estado geral, sendo internado em caráter de urgência. Relatava perda progressiva da força muscular e dor em peso nos membros inferiores, apresentando há quinze dias perda da força e sensibilidade também em membros superiores, além de dor epigástrica em queimação, náusea e vômito imediato à ingestão de alimentos com características biliosas; diarreia de 10 a 12 vezes por dia, fezes líquidas e muco, febre diária de 38°C e inapetência. Relatou ainda icterícia conjuntival nos últimos dias. Ao exame físico estava consciente, orientado, desidratado⁺⁺, cianótico⁺, icterício⁺, e caquético. PA=140/90, FC=96 bpm. O exame dos pulmões e coração não apresentavam alterações dignas de nota. O abdome estava escavado, flácido, com RHA⁺, e doloroso à palpação difusa. Os membros inferiores estavam com força muscular ausente e sem sensibilidade distal abaixo dos joelhos. Os membros superiores estavam sem força muscular e sensibilidade distal. Era incapaz de deambular. O hemograma era normal. O exame de urina I apresentou proteinúria de 100mg/dl sem outras alterações importantes.

Bioquímica sanguínea:	Ca	8,3mg/dl
	Creatinina	1,5mg/dl
	K	3,9mEq/l
	Na	120mEq/l
	Uréia	96mg/dl

Durante a internação o paciente evoluiu mal, com perda progressiva da consciência, entrando em torpor no 6º dia e indo a óbito no dia seguinte.

Achados anátomo-patológicos

À necropsia foi constatado macroscopicamente pulmões hiperinsuflados exibindo enfisema bolhoso bilateral. Presença de linfonodos perihilares aumentados no tórax. Pleuris em ambas as bases com aderências.

Condensação de bases com saída de secreção amarelada. No ápice direito havia bolhas de enfisema com aspecto mais grosseiro. Havia líquido amarronzado em região

lingular esquerda. A microscopia revelou pneumonite crônica com aumento de polimorfonucleares e necroses.

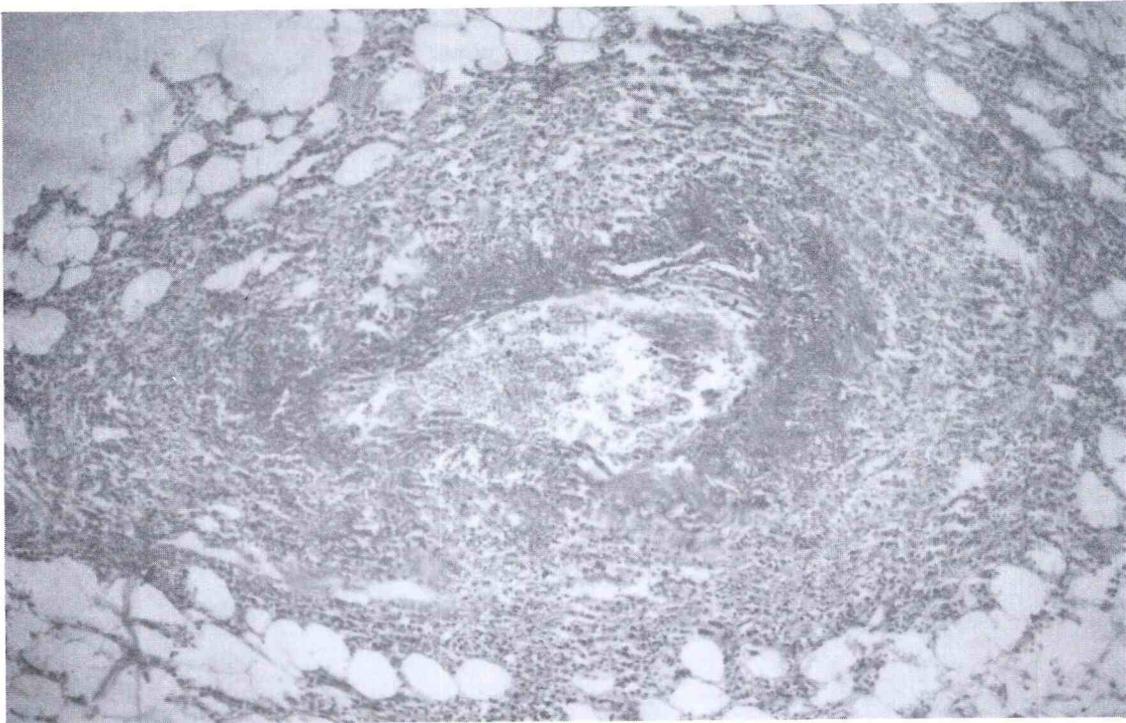


Figura 1. Artéria do epicárdio mostrando intenso infiltrado inflamatório do tipo polimorfonuclear com edema e degeneração fibrinóide da túnica média se estendendo até a íntima. Descamação das células endoteliais (80X).

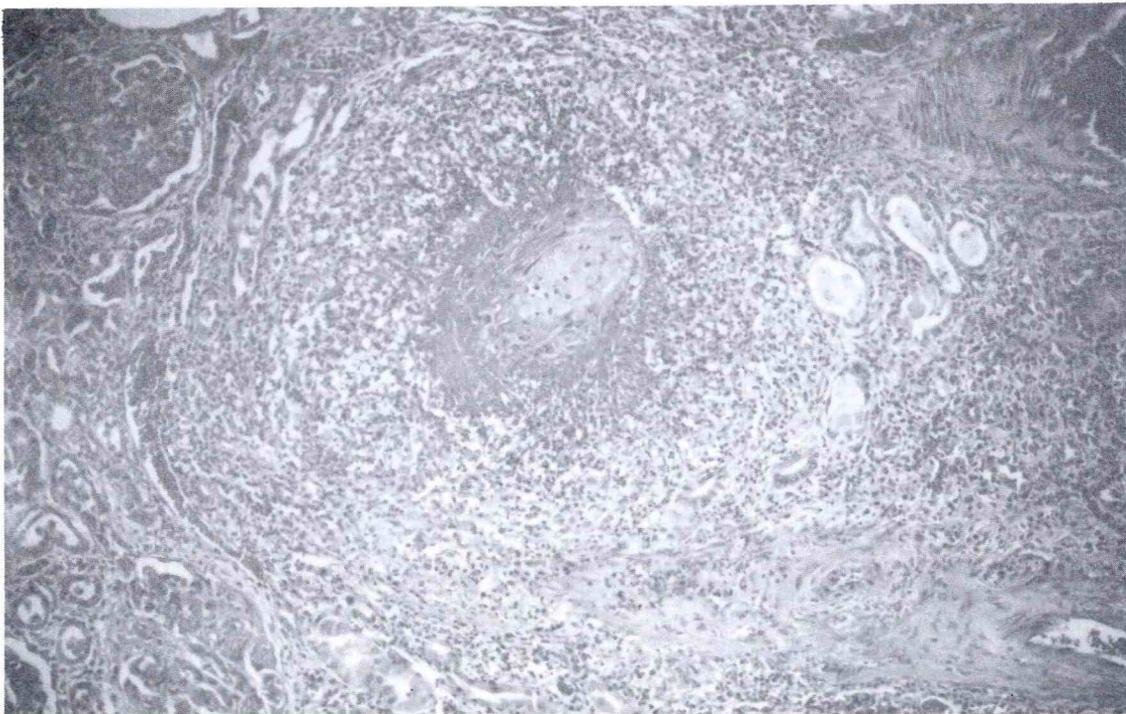


Figura 2. Artérias da região medular dos rins com necrose fibrinóide (80X).

No coração, os vasos coronarianos e cúspides valvares estavam macroscopicamente normais. Havia hipertrofia discreta de ventrículo direito (VD) com dilatação⁺⁺. Presença de placa ateromatosa trombosada em emergência do tronco braquiocefálico. Na microscopia havia espaço entre feixes musculares e infiltrado inflamatório peri e intraparietal, polimorfonuclear das artérias (Figura 1).

Fígado, baço, pâncreas, rins, bexiga, supra-renais, tireoide, esôfago e coronárias não apresentavam alterações macroscópicas. Na microscopia as artérias dos órgãos acima citados apresentavam lesões típicas de PAN (Figura 2).

Na vesícula biliar havia cálculos de bilirrubinato aderidos à mucosa com aspecto semelhante a vegetações.

DISCUSSÃO

A poliarterite nodosa é uma enfermidade de ocorrência incomum, de diagnóstico difícil devido ao acometimento múltiplo de órgãos e sintomatologia inespecífica. Pode ser confundida com doenças isoladas de cada órgão afetado ou mesmo com outras vasculites como granulomatose alérgica, doença de Kawasaki, arterite de Takayasu, arterite de células gigantes e vasculites por hipersensibilidade a drogas ou infecções estreptocócicas.

A granulomatose alérgica ocorre em pacientes com antecedente alérgico, principalmente asmático. É acompanhada de eosinofilia. Acomete artérias de pequeno e médio calibre, capilares e vênulas, com formação de granulomas com necrose. No presente caso não houve relato de antecedente alérgico, nem foram encontrados granulomas ou eosinofilia.

A doença de Kawasaki incide em crianças na primeira década de vida, estando o caso atual fora dessa faixa etária e portanto este diagnóstico foi excluído.

Na arterite de Takayasu mais comumente são acometidos a aorta e seus ramos e há predominância no sexo feminino de meia idade², e no caso da arterite de células gigantes há predominância pelo território carotídeo.

As vasculites por hipersensibilidade a drogas ou infecções estreptocócicas acometem pequenos vasos e vênulas com infiltrado composto por neutrófilos e restos nucleares, sendo mais acometida a pele das extremidades, o que não se manifestou em nosso paciente.

Neste caso foi encontrado infiltrado inflamatório polimorfonuclear e por vezes misto nas artérias médias e pequenas com necrose fibrinóide em artérias de diversos órgãos e em estágios diferentes de evolução. As características anátomo-patológicas do processo inflamatório sugeriram participação ativa do sistema imunológico observada em doenças auto-imunes. Os órgãos mais afetados neste caso foram os rins e o coração,

seguidos pelo fígado em menor grau e pouco ou quase nenhum acometimento pulmonar.

Estes achados, sobretudo as lesões arteriais somados ao quadro clínico, a faixa etária e sexo do paciente firmaram o diagnóstico de PAN.

CONCLUSÃO

O diagnóstico clínico não foi feito *ante-mortem*. A confirmação foi feita principalmente pelo aspecto característico da angiite. O diagnóstico da PAN é, de fato, anátomo-patológico na grande maioria das vezes.

Quando a suspeita clínica ocorrer, é de grande auxílio para confirmação diagnóstica da biópsia renal ou da musculatura estriada, onde o achado das lesões arteriais é característico.

SUMMARY

Nodular polyarteritis: considerations about a case with verification by necropsy

A case with clinical and anatomopathological study is presented through necropsy. A case of nodular polyarteritis studied through clinical and anatomopathological examination is presented. Because of the difficulties to determine the clinical diagnosis in living patients, it is frequently determined by necropsy. The typical lesions were described by histopathological preparations that showed fibroid necrosis, mainly in the medium-sized arteries.

Keywords: *periarteritis nodosa, arterites,*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, W.A.D., KISSANE, J.M. *Pathology*. 7.ed. Saint Louis : The C.V. Mosby, 1977. p.766,900-901.
2. BOGLIOLO FILHO, G. B., PITTELA, J. E. H., PEREIRA, F.E.L., BOMBIRRA, E.A., BARBOSA, A.J.A. *Patologia*. 5.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 198_. p.379.
3. HEPTINSTALL, R. H. *Pathology of the kidney*. 2.ed. Boston : Little Brave, 1974. p.601-628
4. ROBBINS, S. L. *Patologia*. 4.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. p.262-264.
5. WINGAARDEN, J. B., SMITH, L. H. Jr., BENNETT, J.C. *Tratado de medicina interna*. 19.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1992. p.1572-1574.

Recebido para publicação em 6 de novembro de 1996 e aceito em 14 de janeiro de 1997.

A síndrome de Bernheim

Sílvio Santos Carvalhal¹
Adriana de Gões e Silva²
José Carlos Teixeira Júnior²

Rotineiramente os fatos antigos e seus relatores caem no ostracismo e passam ao esquecimento, sepultados e literalmente desaparecem em meio aos agitados modismos da modernidade.

No entanto, é raro acontecer com os grandes feitos, como também com distinguidas personagens que impressionaram fortemente os seus contemporâneos. Eles são invocados, na medida em que as suas descobertas fazem parte da seqüência histórica dos relatos, firmando como básico, sobre as quais se fundamentaram os novos conhecimentos. Por outro lado, há os que prezam a história como a um culto, sem deixarem que se apaguem eventos que foram marcados na época pela sua relevância. Mas, inexplicavelmente, muitos fatos notórios vão se apagando ao longo dos tempos e passam ao desconhecimento daquelas gerações que são agora modernas e atualizadas.

Um de nós com mais de meio século de exercício continuado de ensino, assistência e pesquisa, por razões fortes, tem procurado resgatar os valores relegados ao passado que revistos agora parecem fundamentais. Os colaboradores deste trabalho, embora representem uma geração nova, já estão envolvidos com os problemas da prática clínica moderna, e constituem excelentes moduladores para dar melhor equilíbrio entre o passado remoto e a modernidade que modifica conceitos, transforma, implanta, mas que, também, no afã de superar, comete injustiças, relegando simplesmente ao passado coisas relevantes que deveriam ser ainda hoje reconhecidas como básicas e fundamentais.

Na história está a origem e a base de novas concepções que, a seu turno, fazem brotar teorias e especulações que podem contribuir para esclarecer e desvendar o desconhecido. A guisa de introdução, nas aulas, costumamos fazer preceder, na exposição do assunto,

os fatos históricos importantes que ficaram atrelados ao tema atual para dar uma seqüência harmônica da sua evolução. Não se trata de saudosismo porque deve também haver o compromisso de expor e mostrar o estado atual do conhecimento e, desejavelmente, por vezes, acenar os rumos futuros para onde caminham as idéias e concepções fundamentadas na evolução de fatos que ensejam previsões sensatas.

Desejamos, aqui, resgatar um tema bem caracterizado no campo da Cardiologia que, aparentemente foi logo esquecido e é atualmente pouquíssimo conhecido, inclusive pelos cardiologistas.

Trata-se da “Síndrome de Bernheim”, descrita no início deste século, por este autor que enunciou-a como um conjunto de alterações hemodinâmicas decorrente de uma alteração morfológica fundamental do coração.

Em 1906, Bernheim em sua descrição original relatou que a síndrome se caracterizava por uma alteração anatômica do coração, na qual há essencialmente uma hipertrofia da parede do ventrículo esquerdo com algum grau de dilatação ou não da câmara ventricular. Os fatos relevantes que acompanham esta hipertrofia estão representados por um tamponamento da cavidade do ventrículo direito, em virtude do bombeamento do septo interventricular na direção deste ventrículo.

Casos nos quais esta alteração é notória, a cavidade direita apresenta a forma de uma vírgula invertida e tem o seu volume diminuído. A alteração hemodinâmica que tem base nesta morfologia é que o tamponamento do ventrículo direito é real tanto que o átrio direito (AD) está aumentado de tamanho traduzindo, nas peças, a dificuldade de enchimento da cavidade ventricular, tamponada pelo septo intraventricular fortemente abaulado para o seu interior. Observado o septo intraventricular, através do óstio da valva tricúspide, tem-se a impressão de uma verdadeira estenose logo abaixo do plano do óstio da valva. Este é, talvez, um pormenor que justifica o aumento da pressão sanguínea no átrio direito, com estase e conseqüente

(¹) Professor Titular dos Departamentos de Clínica Médica e de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(²) Acadêmicos do 5º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

dilatação desta câmara. Coerentemente pode ser, por isso também, que a cavidade ventricular direita não se dilata. São hipóteses que precisam ainda ser melhores investigadas através de estudos hemodinâmicos, ecocardiográficos e quem sabe com a ventriculografia direita.

De qualquer modo estas são inferências sobre as eventuais alterações hemodinâmicas induzidas pela morfologia que assume o coração na Síndrome de Bernheim. Somente isso, já seria importante para que a Síndrome devesse ser relembada e estudada agora que temos disponíveis recursos técnicos que ao seu tempo Bernheim nem imaginava.

Com estas alterações sugestivas de um relativo hipofluxo na pequena circulação, faz também parte da Síndrome, nos casos mais típicos, um certo empobrecimento da trama vascular dos pulmões aos Raios-X e ausência dos usuais sinais de congestão pulmonar, com frequência encontrados nos pacientes portadores de afecções do coração, sejam as da valva mitral ou da própria musculatura ventricular. Esta é a aparente contradição que pode ser observada nos casos característicos da Síndrome de Bernheim: fenômenos congestivos no átrio direito e na grande circulação de retorno venoso, incluindo fígado, rins, etc., em corações com hipertrofia e ou dilatação das câmaras esquerdas e cavidade ventricular direita relativamente reduzida.

A evidência destas alterações é muito nítida nos pacientes que apresentam a Síndrome, isto é, dilatação e hipertrofia das câmaras esquerdas por disfunção aórtica completa, nos quais a estenose da valva constitui barreira efetiva ao esvaziamento ventricular e a insuficiência valvar não é menos importante, conduzindo também à dilatação do ventrículo esquerdo.

Nestes casos se constata um fato extremamente importante em morfologia e no atendimento da adaptação

hemodinâmica, quando ocorre esta assimetria volumétrica entre as cavidades ventriculares.

Temos constatado á necropsia de pacientes com diferenças expressivas de volume entre as câmaras dos ventrículos. Num destes pacientes que estava no 12º dia do pós-operatório da troca da valva aórtica, quando faleceu, a cavidade esquerda tinha aproximadamente 100ml de volume, enquanto a do ventrículo direito 54ml.

Esta disparidade volumétrica, entre os dois ventrículos, que também é freqüente na Síndrome de Bernheim por disfunção da valva aórtica, constitui outro campo para a investigação sobre hemodinâmica de tais corações.

Se a interpretação dos achados morfológicos, que sugere tal ou qual adaptação hemodinâmica, já por si, tem grande interesse para estudo, supomos a importância de conhecer como se readapta o equilíbrio hemodinâmico nos casos em que esta dissociação volumétrica é a regra, após a correção cirúrgica do vício valvar que a determinou.

Esta é ainda uma incógnita que precisa ser esclarecida.

Portanto, a Síndrome de Bernheim é uma descoberta antiga inexplicavelmente relegada ao esquecimento, mas que encerra desafios e incertezas que a cardiologia moderna não pode ignorar.

Bibliografia consultada

MAZZEI, E. S. *Síndrome de Bernheim*. Madri : Editora Buenos Aires. 1930.

Recebido para publicação em 6 de novembro de 1996 e aceito em 6 de fevereiro de 1997.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DISTÚRBIOS COGNITIVOS TRANSITÓRIOS ASSOCIADOS À ATIVIDADE EPILEPTIFORME DURANTE O ELETRENCEFALOGRAMA - Luciana Squarizi (IP)

Pacientes epilépticos podem apresentar, mesmo fora do período das crises, atividade epileptiforme (AE) ao eletrencefalograma (EEG). Esses elementos gráficos correspondem ao registro de descargas neuronais excessivas anormais que constituem o fundamento fisiopatológico da epilepsia. Estudos recentes têm demonstrado que, por vezes, durante a AE (fora das crises clinicamente evidenciáveis), pode-se documentar comprometimento cognitivo através de testes informatizados. O objetivo deste estudo foi detectar Distúrbios Cognitivos Transitórios (DCT) associados a AE na ausência de sinais clínicos de crise epiléptica. A pesquisa foi feita usando um programa (Mind Tracer, Neuronic) e dois microcomputadores interligados, sendo um deles destinado à produção e apresentação de estímulos, assim como registro de respostas. O outro é dirigido à captação, monitorização e armazenamento dos dados da atividade elétrica cerebral. Os testes são individualizados, levando-se em conta idade e quadro clínico de base do paciente. Foram aplicados testes que envolveram percepção, atenção, memória, inteligência geral e motricidade. O desempenho nos testes foi analisado durante e fora da AE. Até maio de 1996 foram examinados 17 pacientes. Em quatro (23,5%) casos foi possível verificar o Distúrbio Cognitivo Transitório - em classificação de imagens, memória auditiva visual - particularmente naqueles pacientes com descargas bilaterais e difusas. O achado de DCT sugere dificuldades importantes, que se sucedem de modo intermitente, mas muito freqüente, nas atividades cotidianas desses pacientes.

Professores Orientadores: Dr. Lineu C. Fonseca, Dr^a Glória M.A.S. Tedrus, Dr^a Lucinda G. Tella, Dr^a Diana T. Laloni

Apoio: CNPq/Programa PIBIC

(¹) Publicado originalmente em INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2., 1996, Campinas. Resumos. Campinas: PUCCAMP, 1996. p. 9-15.

SAÚDE ESCOLAR: DIAGNÓSTICO, MONITORIZAÇÃO E PREVENÇÃO - ANEMIA EM ESCOLARES - Clésio Mello de Castro (FCM)

Este projeto teve como objetivo identificar os indicadores hematimétricos de uma população de escolares e determinar a prevalência de anemia. A coleta de sangue foi feita no Centro de Saúde pelo pessoal do serviço de enfermagem. Cerca de 5ml de sangue foi colhido por punção venosa, de cada escolar, após jejum mínimo de 12 horas para todas as análises. O sangue colhido foi acondicionado em um frasco com anticoagulante EDTA, para a análise hematimétrica. Os frascos foram acondicionados em caixas de isopor contendo gelo reciclável, que foram vedadas e transportadas para análise num prazo máximo de 2 horas. As amostras de sangue foram processadas no Laboratório de Análises Clínicas e Toxicológicas do Curso de Ciências Farmacêuticas. Hematimetria foi realizada para dosagem de hemoglobina, pelo método de cianometahemoglobina (HENRY et al., 1974), contagem de eritrócitos pelo método do hemocitômetro (HENRY et al., 1974) e determinação dos índices hematimétricos segundo HADEN (1946). A população estudada manteve-se na faixa de normalidade para as variáveis analisadas, sendo que nenhum escolar encontra-se abaixo do valor referência adotado pela OMS - 11g/dl - para definição de anemia. A maior parte das crianças apresenta hemoglobina entre os valores 13 e 14g/dl. Neste estudo, considerou-se anêmica a criança com hemoglobina abaixo do percentil 25, cujo valor foi 12,7g/dl. Comparando-se outros valores hematimétricos entre as crianças anêmicas e não anêmicas confirmou-se os achados da literatura para hematócrito, CHBCM, HBCM e eritrócitos. A população estudada mostrou bons indicadores hematimétricos, não havendo nenhum caso de anemia de acordo com o limite definido pela Organização Mundial da Saúde.

Professora Orientadora: Dr^a Erly Catarina de Moura
Apoio: CNPq/Programa PIBIC e CEAP/PUCCAMP

SAÚDE ESCOLAR: DIAGNÓSTICO, MONITORIZAÇÃO E PREVENÇÃO - AVALIAÇÃO CLÍNICA EM ESCOLARES - Cristiane Soares Albuquerque (FCM)

Este subprojeto tem por finalidade identificar as patologias mais freqüentes em escolares, condutas médicas adotadas e encaminhamentos. Estudo transversal descritivo e analítico foi desenvolvido junto a escolares de uma escola pública, situada na área do Centro de Saúde Escola Jardim Campos Eliseos da PUCCAMP. História familiar sobre doenças, assistência materno-infantil (pré-natal, parto e imunização), morbidade (história clínica e patologias anteriores), exame físico geral, teste de acuidade visual, atividade física e diagnóstico do estado geral de saúde foram realizados. Entre as principais hipóteses diagnósticas, encontraram-se as doenças infecciosas e parasitárias, as patologias do aparelho digestivo, os problemas de acuidade visual e afecções do ouvido, as doenças do aparelho geniturinário, as doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo. Do total das crianças estudadas, 18,1% foram consideradas higidas e 6,8% classificadas como causas mal definidas. Para 80,2% das crianças o exame clínico se ateve à rotina, para 7,3% foram solicitados exames complementares, fora urina I, protoparasitológico, hematimétrico, dosagem de colesterol e frações (definidos como rotina para esta pesquisa), para 5,6% foram prescritos medicamentos, para 5,1% solicitou-se retorno e para o mesmo número orientou-se sobre higiene de um modo geral. Os encaminhamentos, como era de se esperar pelos diagnósticos efetuados, tiveram como destino principal odontologia (18,6%), oftalmologia (8,5%), cirurgia (6,2%), vacinação (5,6%), pediatria (4%), neuropediatria (1,7%), medicina alternativa (1,7%), fisioterapia (1,1%), nutrição (1,1%) e outros (2,8%). As hipóteses diagnósticas encontradas estão de acordo com as características da saúde do país como um todo. Infelizmente, poucos trabalhos foram realizados nesta área, tornando-se difícil qualquer comparação. Todavia, os dados encontrados são importantes enquanto indicadores da situação de saúde, possibilitando ao sistema de saúde definir programas de intervenção precoce e ao sistema de educação formas de esclarecer as melhores condutas para os problemas detectados.

Professora Orientadora: Dr^a Erly Catarina de Moura
Apoio: CNPq/Programa PIBIC e CEAP/PUCCAMP

ELILEPSIA TEMPORAL DE DIFÍCIL CONTROLE - RELATO PELOS PACIENTES DE FATORES FACILITADORES DE APARECIMENTO DE CRISES - Patrícia Maluf (IP)

O objetivo deste estudo foi levantar possíveis fatores de crises, conforme a percepção de pacientes com epilepsia temporal de difícil controle. Foram estudados 43 pacientes epiléticos com foco de localização temporal, no eletrencefalograma. Foi realizada anamnese que incluía levantamento de fatores facilitadores no aparecimento de suas crises epiléticas. Dos 43 pacientes, 28 (65%) correlacionaram situações específicas com aparecimento de crises. Os fatores e a proporção dos pacientes que os assinalaram foram as seguintes: "tensão" (53%), "depressão" (43%), "raiva" (34%), "cansaço" (9,3%), "privação de sono" (9,3%), "tédio" (7%), "fome" (4,6%), "alegria" (4,6%), e "relação sexual" (2,3%), "menstruação" (54% das mulheres), "hiperpnéia" e "luz" (não referidos). Nossos dados sugerem a importância de fatores emocionais e hormonais no desencadeamento de crises. Sabe-se que o tratamento com medicação anticonvulsivante é fundamental no controle das crises, terapias cogniti-vo-comportamentais poderiam eventualmente ser coadjuvantes, conforme relatos da literatura.

Professores Orientadores: Dr. Lineu C. Fonseca, Dr^a Glória M. A. S. Tedrus, Dr^a Lucinda G. Tella, Dr^a Diana T. Laloni

Apoio: Programa CEAP/PUCCAMP

EFEITOS DE ATIVIDADES COGNITIVAS NA ATIVIDADE EPILEPTIFORME EM PACIENTES COM EPILEPSIA TEMPORAL - Patrícia Maluf (IP)

A epilepsia temporal é a forma mais freqüente de epilepsia e a mais resistente às medidas terapêuticas. A gênese às crises individuais é pouco conhecida e depende de uma interação complexa dos fatores. O mecanismo fisiopatológico básico da epilepsia é a descarga neuronal excessiva e anormal que leva às crises epiléticas e que, no período entre as crises se expressa pela atividade epileptiforme (AE) registrada ao eletrencefalograma (EEG). Nosso objetivo foi estudar os efeitos de diferentes atividades cognitivas - afetivas sobre a freqüência de AE temporal de modo global e segundo sua laterização. Foram estudados 30 pacientes com AE em número suficiente para sua contagem. Utilizou-se duas seqüências de atividades durante o EEG, alternando-se fases de

repouso afases de atividades de: memória visual, memória auditiva, atenção concentrada visual, estimulação visual "emocional", estimulação auditiva "emocional", apresentação de figuras, palavras e movimentação da mão contralateral. A avaliação conjunta mostrou que houve redução significativa da atividade epileptiforme nas provas de estimulação afetiva visual, memória auditiva e memória visual. Embora no grupo total não fosse significativa a redução na prova de atenção concentrada visual esta ocorreu de modo altamente significativo para as descargas do hemisfério direito. Para as demais provas, não houve diferenças significativas. Nossos achados podem ser compreendidos pelas funções do lobo temporal, particularmente em suas regiões mediais, de alta participação nos mecanismos de memória e emoção. Estudos são necessários sobre a influência de atividades cognitivas-emocionais na inibição direta de crises epiléticas individuais.

Professores Orientadores: Dr. Lineu C. Fonseca, Dr^a Glória M.A.S. Tedrus, Dra. Lucinda G. Tella, Dr^a Diana T. Laloni

Apoio: Programa CEAP/PUCCAMP

ESTUDO DAS INFECÇÕES NA ENFERMARIA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO NO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO NO ANO DE 1995 - Fábio Bernardi Dalpino, Juliana Teixeira Salzano, Karina Bauer Junqueira, Maria Angélica Toledo (FCM)

Apesar dos grandes avanços da medicina, as complicações infecciosas no pós-operatório permanecem como uma causa importante de morbidade e mortalidade em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O presente trabalho teve por objetivos verificar o índice de infecção na enfermaria de cirurgia de cabeça e pescoço, correlacionar os fatores de risco com os encontrados na literatura e analisar o impacto dos mesmos no tempo de internação e na morbimortalidade. Realizamos um estudo retrospectivo com 104 pacientes, submetidos a 111 procedimentos, coletando dados pessoais, clínicos e cirúrgicos. O Departamento de Moléstias Infecciosas foi responsável pelo diagnóstico de infecção. Foi feita também uma revisão bibliográfica. Dos 111 procedimentos, 10,8% resultaram em infecção pós-operatória. Os fatores de risco encontrados foram: idade avançada, exposição de cavidade orofaríngea, tempo de cirurgia, rotação de retalho, desnutrição, tabagismo e etilismo. O índice de infecção é considerado aceitável. Os fatores de risco encontrados são compatíveis com os da literatura. A

infecção pós-operatória aumenta o tempo de internação e piora o prognóstico do paciente.

Professor Orientador: Dr. José A. Reis Neto

ASPECTOS QUE CONTRIBUEM PARA O RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO: LOCALIZAÇÃO DA ENFERMARIA CIRÚRGIA E CONDUTAS RELACIONADAS A ESTES PACIENTES - Fabiana Ribeiro do Vale, Guilherme Gonçalves Ferreira; Luciana Bragotto; Maria Claudia de Araújo Armani (FCM)

A infecção hospitalar é responsável por uma piora no prognóstico dos pacientes, além de representar um alto custo para o estabelecimento. Este estudo procurou avaliar a presença de risco de infecção na enfermaria cirúrgica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) no que se refere à localização atual desta enfermaria e ao conhecimento e conduta dos vinculados a ela. Foram conduzidos 52 questionários para visitantes, alunos, médicos e outros funcionários; seis entrevistas com diferentes profissionais do hospital; contagem comparativa do fluxo de pessoas (fluxograma) entre duas enfermarias; participação de palestra educativa destinada aos indivíduos vinculados ao hospital; observação/fotografias de condutas incorretas neste local e revisão bibliográfica. Constatou-se que o fluxo na enfermaria cirúrgica é intenso e que há grande falha no conhecimento e na conduta dos indivíduos vinculados a esta. A localização atual da enfermaria cirúrgica do HMCP é inadequada e o conhecimento e conduta acerca de infecção hospitalar por parte dos vinculados a ela são insatisfatórios contribuindo, dessa forma, para um maior índice de infecção hospitalar.

Professor Orientador: Dr. José A. Reis Neto

A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL JUNTO AO GRUPO DE FAMÍLIA - Ana Gláucia Capucci, Eliane M.M. Artem, Nádia Umbelino, Neila Menezes (FCM-TO)

Os Grupos de Famílias fazem parte dos atendimentos do Ambulatório de Terapia Ocupacional Para Crianças, sendo realizados bimestralmente. O principal objetivo é mobilizar o grupo a partir dos sentimentos surgidos através da atividade proposta, visando a transformação interna e pessoal. Para a realização desta pesquisa fizemos parte dos dois encontros deste semestre de cada um dos quatro grupos do Programa. Inicialmente é

realizado um aquecimento para favorecer o primeiro contato do grupo. Em seguida é proposta uma atividade estruturada, mas não dirigida; encerra-se o grupo com uma discussão sobre o que foi mobilizado na atividade. No início, os pais sentem dificuldades em expressar-se, mostrando-se ansiosos em relação ao grupo. No decorrer da atividade os pais conseguem ir identificando as dificuldades e angústias que estavam interiorizadas. Neste momento as vivências enriquecem as trocas de experiências, momento este que os pais percebem que seus problemas são comuns nesse grupo. No final, estas trocas se tornam mais visíveis, encontrando espaço para expor sentimentos mais íntimos. Nos grupos de família não bastam ser trabalhadas apenas as dificuldades em relação ao desenvolvimento dos filhos, mas é importante abordar os sentimentos dos pais enquanto pessoas.

Professor Orientador: Roberto Ciasca

FACULDADE DE ENFERMAGEM

O ÚLTIMO-ANISTA DA FACULDADE DE ENFERMAGEM: SUA VISÃO DE PESQUISA - Marina Elisabeth Ekström

A Faculdade de Enfermagem da PUCAMP utiliza como uma de suas estratégias de ensino, o incentivo ao desenvolvimento de pesquisa entre os acadêmicos em processo de formação introduzindo e capacitando o seu futuro profissional à produção do saber. O processo de envolvimento com a pesquisa no curso de graduação culmina com a realização do trabalho monográfico de conclusão de curso, exigido na 4ª série. Tendo conhecimento disto, surgiu o interesse em conhecer qual é a visão de pesquisa construída pelos último-anistas do curso de graduação ao longo do processo de formação. Os objetivos deste trabalho foram de conhecer a relação do aluno último-anista com a pesquisa, verificar a influência da pesquisa na formação de opinião, bem como identificar a relação entre o discurso sobre pesquisa e a prática da pesquisa nas disciplinas de síntese do curso. O trabalho foi desenvolvido através da aplicação de questionários contendo perguntas abertas e fechadas a 41 acadêmicos último-anistas da Faculdade de Enfermagem da PUCAMP. Paralelamente, realizou-se uma observação das práticas pedagógicas desenvolvidas na sala de aula orientada por um roteiro que privilegiava aspectos necessários ao desenvolvimento de uma atitude de pesquisa nos estudantes. Constatou-se que a pesquisa é um elemento de ampliação do conhecimento científico e também um instrumento de formação de opinião enquanto acadêmico, com vistas à melhoria da prática profissional. Observou-se também que a pesquisa na vida acadêmica

favorece a expressão crítica de idéias oferecendo base científica para a solução de problemas. Evidenciou-se que o ensino da pesquisa durante o curso não se constitui objeto sistemático de preocupação dos docentes sugerindo contradições entre o discurso e a prática.

Professora Orientadora: Dr^a Mara Regina Lemes De Sordi

Apoio: CNPq/Programa: PIBIC

CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NO CENTRO DE SAÚDE INTEGRAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DA PUCAMP - Vanessa Loch

O Centro de Saúde Integração é uma Unidade Básica de Saúde Municipal que dispõe de recursos materiais e humanos, para prestação da atenção integral à saúde da população. Apresentação características docente-assistenciais, que tem cumprindo revelante papel na formação de graduandos dos diversos cursos da área da saúde da PUCAMP: Enfermagem, Ciências Farmacêuticas, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Fonoaudiologia. A escolha do Centro de Saúde Integração como campo de estudo para realização desta pesquisa, surgiu da vivência da autora como professora e coordenadora do local há vários anos. O tema nasceu através de questionamentos feitos pela mesma os quais envolvem as práticas desenvolvidas no serviço, quanto a sua interdisciplinaridade, a compreensão dos alunos e docentes acerca da validade da importância desta vivência para a formação profissional. O objetivo buscou caracterizar as práticas docente-assistenciais desenvolvidas no Centro de Saúde Integração, identificando aquelas de natureza interdisciplinar. Para tanto, trabalhou-se com a abordagem qualitativa, visando identificar o conhecimento da percepção dos alunos e professores em relação às práticas interdisciplinares, consistindo na realização de entrevistas com 14 docentes e aplicação de questionários junto aos 34 estagiários/alunos envolvidos no serviço. Foi feita a tabulação e análise dos dados obtidos nas respostas. Confirmou-se a existência de uma prática interdisciplinar, longe de ser considerada satisfatória, pois não há a interligação das propostas e práticas de estágios por parte dos cursos. No entanto, foi constatada a viabilidade da construção da interdisciplinaridade através da identificação de pontos comuns obtidos nos objetivos de formação desses alunos.

Professora Orientadora: Maria Teresa Cristina L. Labigalini Martins

Apoio: Programa CEAP/PUCAMP

ÍNDICE DE AUTORES

v. 5

- AGUIAR, Maria Helena Vidotti p.7
AMAYA-FARFÁN, Jaime p.87
ARAUJO, Carla Andrea Rodrigues p.21
ARAÚJO, Yara p.69
BERTUQUI, Claudia Maria p.113
BLATT, Ann Müller p.106
BORDIN, Azael Roberto p.110
CARVALHAL, Silvio Santos p.36, 124, 128
CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos p.69
CHOHFI, Milton p.47
CORREA, Cristiane Leslie p.69
DIAS, Cíntia de Camargo p.106
DOMENE, Semíramis Martins Álvares p.87
EID, Kátia Aparecida de Brito p.119
EL-GUINDY, Moustafa M. p.10
FARIAS, Nélide Maria Fernandes p.63
FONSECA, Lineu Córrea p.21, 113
GARCIA, Maria Alice Amorin p.24
GÍRIO, Liège de Toledo p.63
GOES E SILVA, Adriana de p.128
GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin p.7
LÉON, Márcia Regina de Azevedo Caldas p.63
LOUREIRO, Juliano p.101
LUENGO, Verônica Cecilia Hodar p.63
MACATTI, Eduardo Fakiani p.124
MACCARI FILHO, Mário p.10
MARCHI, Renato p.106
MIGUEL JÚNIOR, Armando p.7
MORAES, Sandra Cardoso de p.110
NEUMANN, Márcia Maria Alves Glycerio Lemos p.119
PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de p.76
PALOMBO, Cláudio Roberto p.10
PEDRO, Márcio do Amaral Camargo p.47
PINTO, Luiz Maria p.15, 63, 119
PINTO, Marcello Alves p.83
POZZEBON, Paulo Moacir Godoy p.76
RAPELLI, Claudemir Benedito p.30
REIS, Danielle Baptista p.119
REIS, Fernando Baldy dos p.47
REIS NETO, José Alfredo dos p.83, 110
REZENDE, Nádia Barbosa p.69
RIBEIRO, Mariângela Cagnomi p.101
RIBEIRO, Vicente José p.83
ROSSI, Janaína de p.124
SABBATINI, Renato Marcos Endrize p.10
SOARES, Maria Magali Stelatto Rocha p.101
SODRÉ, Luciana de Azevedo p.83
SOUBHIA, Paula Cristiane p.69
SOUZA, Lêda Maria Bocchi de p.24, 30
TEDRUS, Glória Maria de Almeida p.21
TEIXEIRA, Guilherme Gracioli p.47
TEIXEIRA JÚNIOR, José Carlos p.128
TELLA, Lucinda Maria Garcia de p.113
TORIN, Hilda Rosa p.87
TUCCI NETO, Pedro Francisco p.47
VIANA, Maura Aparecida p.21
VILELA, Monica Sueli Barbosa p.30
VÍTOLO, Márcia Regina p.15, 63
ZAGARI, Maria Cristina Ferraz p.63

ÍNDICE DE ASSUNTO

v. 5

- Abdome p.110
- Abdome agudo p.110
- Aleitamento p.15, 63
- aleitamento materno p.15, 63
- Alojamento p.15, 63
- Alojamento conjunto p.15, 63
-- aleitamento p.15,63
- Aneurisma p.7
- septo atrial p.7
- criança p.7
- Anticonvulsivos p.69
- Arterite p.124
- Boca p.10
- Cardiopatias p.7, 24
- Cardiopatias congênitas p.7
- Ciclo menstrual p.30
- Cólon p.83
- Coronariopatias p.24
- Corticosteróides p.21
- Cromatografia p.69
- cromatografia gasosa p.69
- cromatografia líquida p.69
- Dor abdominal p.110
- Educação em saúde p.15, 24
- literatura de revisão p.24
- Ensino p.76, 101
- de microbiologia p.101
- método p.76
- Epilepsia p.113
- Esferocitose hereditária p.119
- Esquistossomose mansônica p.21
- Estudo de caso p.76
- ensino p.76
- métodos p.76
- Face p.10
- Fase lútea tardia p.30
- Fatores de risco p.24
- cardiopatias p.7, 24
- coronariopatias p.24
-- literatura de revisão p.24
- Fraturas p.47
- fixação interna de fraturas p.47
- fraturas do fêmur p.47
- História natural das doenças p.24
- Hospitais gerais p.106
- Icterícia neonatal p.119
- Imunoensaio p.69
- imunoensaio de fluorescência por polarização p.69
- Informática médica p.10
- odontologia p.10
- Literatura de revisão p.24
- cardiopatias p.7, 24
-- prevenção e controle p.24
-- fatores de risco p.24
- Medicina p.101
- curso de p.101
-- microbiologia p.101
--- ensino p.101
- Médicos clínicos gerais p.110
- Métodos p.76
- ensino p.76, 101
- Microbiologia p.101
- ensino p.101
- Morbidade p.24
- Mortalidade p.24
- Odontologia p.10
- informática médica p.10
- Oxamniquine p.21

Paraparesia tropical espástica p.21
Periarterite nodosa p.124
Prevalência p.24
- cardiopatias p.7, 24
- coronariopatias p.24
Prevenção e controle p.24
- cardiopatias p.7, 24
- coronariopatias p.24
Psiquiatria p.106
Recém-nascido p.119
- esferocitose hereditária p.119
- icterícia neonatal p.119
Relação teoria-prática p.76
- ensino p.76
- métodos p.76

Saúde mental p.106
Septo atrial p.7
Serviços médicos de emergência p.110
Síndrome pré-menstrual p.30
Sistemas especialistas p.10
- informática médica p.10
- odontologia p.10
Sistema nervoso central p.21
- esquistossomose mansônica p.21
Técnicas de sutura p.83
Tétano p.110
Trabalhadores p.113
- estado epiléptico p.113
Trabalho p.113
- epilepsia e p.113
Traumatologia p.83

REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

PUCAMP - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

OBJETIVOS

A *Revista de Ciências Médicas* - PUCAMP, tem por finalidade publicar artigos originais relacionados com as diversas áreas da saúde, buscando incentivar a produção de trabalhos interdisciplinares.

NORMAS EDITORIAIS

- Serão publicados trabalhos originais e inéditos realizados por membros do corpo docente, médicos contratados, residentes e acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP e por especialistas nacionais e/ou estrangeiros, desde que se enquadrem no presente regimento e sejam aprovadas pelo Conselho Executivo.
- A reprodução dos trabalhos de outros periódicos deverá ser acompanhada da menção da fonte, dependente ainda da autorização do Editor.
- Os artigos serão submetidos à aprovação de avaliadores que sejam especialistas reconhecidos nos temas tratados. Os trabalhos serão enviados para avaliação sem a identificação de autoria.
- Publica também artigos para as seções de:

Revisão: destinada a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante a análise e interpretação de bibliografia pertinente.

Atualização: destinada a relatar informações publicadas sobre tema de interesse para determinada especialidade.

Notas Prévias: notas relatando resultados prévios ou preliminares de pesquisas em andamento.

Opinião: opinião qualificada sobre tópico específico em medicina e ciências correlatas.

Resumos: resumo de dissertações de Mestrado, teses Doutorado ou Livre Docência, apresentadas em instituições brasileiras e/ou estrangeiras; de livros ou trabalhos científicos.

Resenha: resumo crítico de livros e de artigos publicados em outras revistas científicas.

- Compreende também: relatos de casos, discussões sobre temas inseridos em eventos científicos promovidos pela Faculdade de Ciências Médicas e Hospital e Maternidade Celso Pierro/PUCAMP e pelo Centro Acadêmico/Diretório Acadêmico dos Cursos da área de saúde.
- Serão fornecidas gratuitamente ao autor principal 5 (cinco) exemplares da revista onde conste seu artigo, sendo que, se necessário, poderá ser fornecido maior número, mediante pagamento.
- Os originais publicados não serão devolvidos e os não aceitos ficarão à disposição dos respectivos autores pelo prazo de um ano, cabendo-lhes quaisquer despesas para devolução.
- Os trabalhos serão ordenados conforme a disposição cronológica de recebimento e posterior aprovação.
- Os conceitos emitidos nos artigos e comunicação são de total responsabilidade dos autores.
- Não serão aceitos ensaios terapêuticos.
- Os trabalhos submetidos à apreciação devem ser acompanhados de carta do autor responsável autorizando a publicação. Uma vez aceitos não poderão ser reproduzidos total nem parcialmente, sem autorização do Editor.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

- Os trabalhos deverão ser datilografados/digitados em espaço duplo, mantendo margem lateral esquerda de 3 a 4cm sem preocupação com o alinhamento de margem direita, procurando-se evitar a separação de sílabas no fim da linha.
- Os artigos produzidos em computador deverão ser escritos em programas compatíveis com WORD 5 (DOS) e/ou WORD 6.0 for Windows,

e encaminhados juntamente com um disquete (3½ ou 5¼).

- Os trabalhos entregues para publicação devem obedecer às seguintes normas:
 - Devem ser originais, inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista;
 - Devem ser escritos em português, na ortografia oficial, limitando-se a um máximo de dez páginas datilografadas/digitadas, a menos que recebam autorização do Editor Chefe;
 - A primeira lauda do original deverá conter: a) título do artigo (em português e em inglês); b) nome completo de todos os autores; c) indicação da Instituição em que cada autor está afiliado, acompanhada do respectivo endereço; d) nome do Departamento e da Instituição no qual foi realizado; e) indicação do autor responsável para troca de correspondência; f) se foi subvencionado, indicar nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e respectivo número do processo; g) se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada; h) se foi apresentado em reunião científica, indicar nome do evento, local e data de realização.

RESUMOS E UNITERMOS

Resumo: os artigos deverão ser apresentados contendo dois resumos, um em português, no mínimo com 100 palavras e no máximo com 200 palavras; e outro em inglês. Deverão conter informações referentes a: objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões, enfatizando os aspectos novos e os que merecem destaque. Deverão ser evitadas afirmações vagas e palavras supérfluas (Ex.: os resultados serão discutidos...).

Unitermos: deverão acompanhar o resumo, um mínimo de três e o máximo de 10 palavra-chaves que consideradas pelo autor(es) como descritoras do conteúdo do trabalho. Também devem ser devidamente traduzidas para o inglês.

ESTRUTURA DO TEXTO

- Deverão compreender: título, resumo em português e em inglês, unitermos, introdução, material e método, resultados, discussão e conclusão, agradecimentos e referências bibliográficas.
- Deverão ser entregues ou remetidos em 2 (duas) vias; acompanhados de carta do autor responsável, autorizando a publicação; e, os trabalhos

produzidos em computador, deverão ainda ser entregues em disquete de 3 ou 5.

- Nas referências bibliográficas deverão ser citados todos os sobrenomes, seguidos das iniciais do prenome, de todos os co-autores, independente de seu número, em ordem alfabética do último sobrenome do autor (exceto os de língua espanhola) e numeradas com algarismos arábicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- As referências bibliográficas deverão ser apresentadas corretamente, de acordo com os exemplos a seguir (conforme normas da ABNT/NBR-6023/1989). A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores:

Livros: sobrenome do autor (ou autores), seguido das iniciais do prenome, título do livro em destaque (negrito, itálico ou sublinhado), edição, local, editora e ano de publicação, total de páginas do livro;

ECO, V. *Como se faz uma tese*. 2.ed. São Paulo : Perspectiva, 1985. 184p.

Capítulo de Livros: sobrenome do(s) autor(es) da parte referenciada seguido das iniciais do prenome, título da parte referenciada, referência da publicação no todo: autor da obra, título do livro em destaque (negrito, itálico ou sublinhado), edição, local, editora e ano, localização da parte referenciada (página inicial e final).

JANSE, R.H., BECKER, A.E., WENINK, A.C., JANSE, M.J. The development of the cardiac specialized tissue. In: WELLENS, H.J.J., LIE, K.I., JANSE, M.J. (eds) *The conduction system of the heart: structure, function and clinical implications*. Philadelphia : Lea & Febign, 1976. p.3-28.

Dissertações e Teses: sobrenome do autor seguido das iniciais do prenome, título do trabalho em destaque (negrito, itálico ou sublinhado). Local : instituição, ano, páginas. Dissertação ou Tese (Mestrado ou Doutorado em _____) - nome da unidade universitária, nome da Universidade, data de defesa.

WOLKOFF, D.B. *A revista de nutrição da PUCAMP: análise de opinião de seus usuários*. Campinas : [s.n.], 1994. 131p. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia) - Faculdade de Biblioteconomia, PUCAMP, 1994.

Artigos de periódicos: sobrenome do autor (ou autores), seguido das iniciais do prenome, título do artigo do trabalho, nome da revista por extenso e em destaque (negrito, itálico ou sublinhado), local da publicação, número

do volume, fascículo, página inicial e final, ano de publicação.

GREGORY, D.L., WONG, P.K.H. Clinical relevance of a dipole field in rolansic spikes. *Epilepsia*, New York, v.33, n.1, p.36-44, 1992.

Trabalhos de Congressos, Simpósios, Encontros, Seminários e outros: sobrenome do autor seguido das iniciais do prenome, título do trabalho, tipo de evento em caixa alta, número, ano, local. Título da publicação em destaque (negrito, itálico ou sublinhado). Local: entidade responsável ou editora, ano, páginas.

GOLDENBERG, S., GOMES, P.O., SINHORINI, I.L., GOLDENBERG, A. Efeitos do raio laser CO₂ no tegumento de rotas. In: CONGRESSO NACIONAL DO COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES, 13., setembro de 1983, São Paulo. *Anais...* São Paulo : Atheneu, 1984. p.142 [Resumo 229].

- As **citações bibliográficas no texto** deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências bibliográficas.

- Os **desenhos** deverão ser feitos a **nanquim ou fotografados com nitidez**, trazendo no verso o nome do autor e o número correspondente à legenda. As legendas numeradas serão reunidas em folha à parte, devendo-se assinalar, no texto, onde devem ser intercaladas as ilustrações.
- Os **desenhos, gráficos e fotografias** receberão a denominação de “**figuras**” e receberão numeração com algarismos arábicos, não ultrapassando 1/4 da extensão do texto.
- Toda **tabela** deve ter título explícito e sintético e conter informações que prescindam de consulta ao texto de que faz parte. As tabelas serão numeradas com algarismos arábicos.
- As **nomencaturas** deverão ser utilizadas de forma padronizada, observando rigorosamente as regras de nomenclatura médica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Não devem ser usadas no título e no resumo.

ASSINATURA

Assine a Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP

Preço da assinatura: R\$ 20,00

Preço do número avulso: R\$ 10,00

Encaminhar cheque nominal a

SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO, SBI/PUCCAMP

Av. John Boyd Dunlop, s/nº Bloco C CEP 13020-904 - Campinas, SP

✂ —————

Desejo receber a Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP durante um ano (um volume anual, composto de três fascículos).

Nome: _____

Profissão: _____

Nome da Empresa: _____

Endereço para correspondência: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Tel: () _____

Para pagamento, anexo cheque nº _____ Banco: _____

No valor de R\$ _____ Valor de câmbio: _____

Volume solicitado: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____
