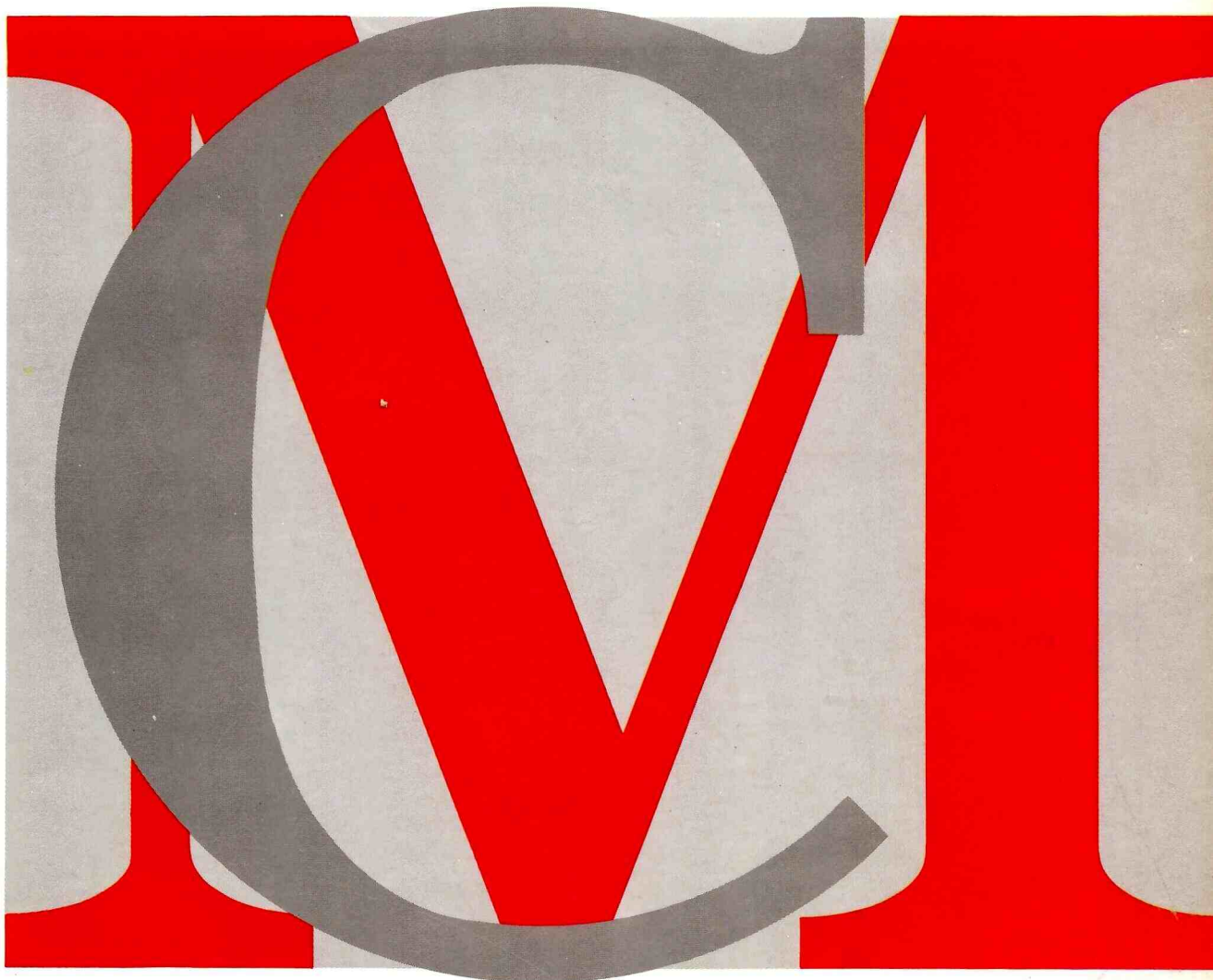


Volume 4

Número 3

Setembro / Dezembro 1995



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	97
 ARTIGOS / ARTICLES	
Assistência ao parto em adolescentes	99
<i>Delivery attendance in adolescents</i> Ricardo Braga Fernandes, Daniela Antoniazzi Pelliccioni, Maria Silvia Bortolotti de Mello, Airton Rodrigues de Mello	
A contribuição do sinal de Alvarenga-Durozier para o diagnóstico diferencial da insuficiência aórtica	108
<i>The contribution of Alvarenga-Durozier sign in the differential diagnosis of aortic regurgitation</i> Roberto Abdalla Filho, Sandra Aparecida Ferreira Silveira, Silvio Santos Carvalho	
 ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE	
O estetoscópio	112
<i>The stethoscope</i> Erika Cristian Camargo de Souza, Alessandra Carvalho Goulart, Feres Eduardo Aparecido Chaddad Neto, Fernando Mello Porto, Heraldo José Vivarelli Curti, Paulo César Ribeiro Sanches, Silvio Santos Carvalho	
 PONTO DE VISTA / POINT OF VIEW	
Proposta aos alunos e professores: objetivos da escola médica	119
<i>Proposition student and professors: objectives of medical school</i> Silvio Santos Carvalho	
O corpo enquanto diagnóstico da terapia floral: a morfo análise	121
<i>Body while floral therapy diagnosis: the morpho analysis</i> Ernandes Bernardineli	

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

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

Editor
Editor Associado

Prof. Luiz Maria Pinto
Prof. José Roberto Provenza

Conselho Editorial

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
Lígia 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: Prof^a Rosa Maria Vivona Bertolini Oliveira
Normalização das referências bibliográficas: Maria Cristina Matoso
Diagramação e Composição: VEC Editores (019) 247.7011
Impressão: ICEA - Gráfica e Editora Ltda
Tiragem: 1000 exemplares
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

Tudo parece um grande sonho ou pesadelo? Estamos, sem dúvida, vivendo uma das mais rápidas e empolgantes evoluções tecnológicas voltada ao diagnóstico e tratamento de uma quantidade imensa de enfermidades. Esta parafernália de instrumentos “despencam”, todos os dias de diversos centros que detém tecnologias sofisticadas, no cotidiano do profissional ligado a área da saúde, em especial no trabalho médico. A capacidade de infiltração e impregnação dos conhecimentos e da aplicabilidade destas “poderosas” máquinas, normalmente encontram espaço favorável para serem incorporadas, na maioria das vezes com certa facilidade, no arsenal de técnicas para o diagnóstico e tratamento das doenças.

Em sociedades mais avançadas (Estados Unidos e alguns países da Europa), que já passaram por período semelhante ao nosso, entenderam que este caminho deverá ser reanalisado, tendo em conta os resultados nem sempre satisfatórios tanto para o paciente quanto para a sociedade como um todo.

Devemos acreditar que nada superará o bom atendimento clínico, desde uma cuidadosa anamnese e exame físico, quanto uma orientação pacienciosa, muitas vezes sem qualquer prescrição medicamentosa, esclarecendo na maioria das vezes aquilo que de uma forma obscura atormenta a vida de um ser humano. Esta conduta, nem sempre atrelada a solicitação de exames complementares, oferece um índice de acerto diagnóstico de cerca de 80% dos casos.

Devemos voltar, não ao tempo dos homens da caverna, mas sim voltar a repensar o papel da atuação profissional, que tanto se sacrificou para entender não simplesmente a fisiologia e a fisiopatologia, mas sim entender *o sentimento* de alguém que padece por qualquer motivo de falta de saúde.

O uso indiscriminado destas novas tecnologias, além de encarecer e inviabilizar a maioria dos tratamentos, conduz também, aos poucos, ao indesejado afastamento do relacionamento médico/paciente.

Sem dúvida, o bom senso sempre irá superar qualquer avanço tecnológico, mas quando aplicado, deverá ser pautado pelos compromissos sócios e éticos.

JOSÉ ROBERTO PROVENZA
Editor Associado

Assistência ao parto em adolescentes¹

Ricardo Braga Fernandes²
Daniela Antoniazzi Pelliccioni³
Maria Silvia Bortolotti de Mello³
Airton Rodrigues de Mello⁴

RESUMO

A adolescência é um período de atitudes experimentais, tendo em vista o estabelecimento de uma identidade adulta. Como causa do desenvolvimento psicológico, às vezes, os adolescentes são estimulados a se introduzirem em uma vida sexual ativa, mesmo que eles ainda não possam compreender todas as conseqüências de suas decisões. E assim, as gestantes podem apresentar mais complicações durante a gravidez ou durante o parto. O parto foi estudado de forma comparativa entre adolescentes e adultos. Foram observados 261 pacientes no período de 1993-94. As adolescentes (131), foram divididas em 2 grupos: pré-adolescentes, 40 (14-16 anos) e adolescentes, 91 (17-19 anos) e 130 adultos. Foram estudados: paridade, estado civil, cuidados pré-natal, duração do trabalho de parto, o parto, cesariana, fórceps, anestesia, índice de Apgar e índice de Capurro. Constatou-se que 47,5% das pré-adolescentes são solteiras, 41,7% das adolescentes vivem com um namorado, 50% das adultas são casadas. Quarenta e sete e meio por cento das pré-adolescentes, 37,4% das adolescentes e 40% das adultas tiveram um tratamento pré-natal adequado; 42,5% das pré-adolescentes tiveram parto normal e 42,5% cesariana, 45,05% das adolescentes tiveram parto normal e entre as adultas, 44,68% tiveram parto normal e 43,85% cesariana; 47,5% das pré-adolescentes e 38,46% das adolescentes tiveram anestesia epidural e 27,69% das adultas pudenda. Conclui-se que as adolescentes, de forma geral, têm um pré-natal adequado, prolongando o trabalho de parto nesse grupo, não há diferença entre os índices de Apgar e Capurro nas adolescentes e adultas. A freqüência de cesária e fórceps é mais alta nas pré-adolescentes e a freqüência de anestesia epidural é mais alta nas adolescentes.

Unitermos: adolescência, gravidez na adolescência, trabalho de parto.

INTRODUÇÃO

O estudo global dos eventos obstétricos e ginecológicos nas adolescentes vem sendo incrementado nos últimos dez anos.

“Durante a 42^a Assembléia Mundial da OMS, em 1989, foi focalizada a importância da assistência integral à saúde do adolescente como elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo em geral,

já que nas mãos dos adolescentes e jovens está, não só o futuro imediato de uma sociedade, mas também o presente”(PAIVA, 1995).

Segundo Mc ANARNEY⁸, a adolescência é um período de atitudes experimentais, visando o estabelecimento da identidade adulta. Aspectos do desenvolvimento psicológico tais como: falta de orientação familiar, pressão do namorado, falta de ambição educacional (somente 50% das mães adolescentes tem diploma de 2º grau), as estimulam a iniciar a vida sexual precocemente. Acredita-se que a atividade sexual é um meio de tentar preencher necessidades dos adolescentes cujas vidas não são estruturadas.

(1) Trabalho realizado no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
(2) Bolsista PIBIQ - CNPq.
(3) Internas do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.
(4) Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

É certo que existe assincronia entre o desenvolvimento psicológico e físico. O desenvolvimento cognitivo não permite compreender todas as conseqüências dos atos sexuais dos adolescentes. Por isso, não previnem gravidez, não usam anticoncepcionais, e quando grávidas não fazem o pré-natal adequadamente, podendo acarretar maiores complicações na gestação e no parto.

Várias publicações, MATHIAS et al.⁶; MATHIAS et al.⁷, tentam esclarecer o comportamento de gestantes e parturientes na faixa etária de 18 a 20 anos. Alguns autores constataram maior incidência de trabalho de parto prolongado em jovens de 12 à 16 anos^{1,2,10}. HUTCHINS JR. et al.⁵, na Universidade da Filadélfia encontrou maior taxa de morte neonatal, R.N. de baixo peso e também maior taxa de eclâmpsia.

No serviço de obstetrícia da Puccamp, aproximadamente 50% dos partos são realizados em mulheres menores de 18 anos de idade. Muitas delas gestantes e parturientes pela primeira vez. Nesse estudo foi comparada a evolução do parto em adolescentes e adultas.

MATERIAL E MÉTODO

Foram acompanhadas 261 participantes internadas na Maternidade do Hospital e Maternidade

Celso Pierro da PUCCAMP, no período de 1993 a 1994. Dessas 261 parturientes, 131 eram adolescentes e 130 adultas, para cada adolescente internada, selecionou-se a adulta subsequente.

O grupo das adolescentes foi subdividido em dois grupos: adolescentes de 14 a 16 anos, consideradas como precoces e adolescentes na faixa de 17 a 19 anos, tidas como adolescentes tardias, o terceiro grupo corresponde às adultas.

As variáveis foram obtidas através de fichas obstétricas codificadas e por entrevista com os pacientes quando ainda internadas.

Os dois grupos foram comparados percentualmente em relação as seguintes variáveis: estado civil, número de consultas pré-natais, paridade, tempo de internação anterior ao parto, tipo de parto, indicação de partos operatórios, tipo de anestesia, índice de Apgar do RN aos 5 minutos e idade do recém-nascido, através do índice de Capurro.

RESULTADOS

Do grupo das adolescentes (131) estudadas, encontrou-se que 40 (30%) eram adolescentes precoces e 91 (70%) tardias. A idade média foi calculada para os três grupos, bem como a paridade; conforme Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Idade média nos grupos I, II e III

Grupos	Idade média (anos)
I 14 - 16 anos Adolescentes	15,3
II 17 - 19 anos	17,9
III > 19 anos Adultas	27
	17,1

Tabela 2. Paridade nos grupos I, II e III

Paridade \ Grupos	Adolescente precoce 14 - 16 anos		Adolescente tardia 17 - 19 anos		Adulta > 19 anos	
	n°	%	n°	%	n°	%
primíparas	31	77,5	55	60,44	20	15,38
múltiparas	9	22,5	36	39,56	110	84,61
Total	40	100	91	100	130	100

Quanto ao estado civil, no grupo das adolescentes precoces observou-se que 47,5% (19) eram solteiras, 25% (10) casadas, 25% (10) amasiadas e 2,5% (1) apresentaram outro tipo de relação. Nas adolescentes tardias, 32% (19) eram casadas, 41,7% (38) amasiadas, 19,7% (18) solteiras, 1% (1) viúva e 5,6% foram classificadas em outros tipos de relação.

Já para as adultas, os resultados obtidos foram, 50% casadas, 34% (44) amasiadas, 9,2% (12) solteiras e a categoria outras ficou representada por 6,8% (9), conforme Tabela 3.

Observando a Tabela 3, obtem-se que 49 (18,7%) das parturientes eram solteiras, 104 (39,84%) eram casadas, 92 (35,2%) amasiadas, apenas 1% (1) era viúva e o restante, 15 (5,7%) mantinham outro tipo de relação, do total de 261 parturientes.

Em relação ao número de consultas pré-natais realizadas pelas parturientes em geral, observa-se que a maioria (105) esteve em consulta de 6 a 12 vezes, entre 3 e 6 vezes (exclusive) 75 parturientes, 46 estiveram em consulta por mais de 15 vezes. Nos extremos, encontra-se 32 parturientes que consultaram até 3 vezes e no intervalo de 12 a 15 consultas (exclusive) foram observadas apenas 3 parturientes, conforme Tabela 4.

Tabela 3. Estado civil das parturientes

Grupos	Estado Civil		Solteira		Casada		Amasiada		Viúva		Outros		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
I - Adolescente precoce	19	47,5	10	25,0	10	25,0	—	—	1	2,5	40	100		
II - Adolescente tardia	18	19,7	29	32,0	38	41,7	1	0,9	5	5,6	91	100		
III - Adultas	12	9,2	65	50,0	44	34,0	—	—	9	6,8	130	100		
Total	49	18,7	104	39,8	92	35,2	1	0,9	15	5,7	261	100		

Tabela 4. Consulta pré-natal entre os grupos

Nº de consultas	Grupos		I		II		III		Total	
	14 - 16 anos	17 - 19 anos	> 19 anos	Total	%	nº	%	nº	%	
nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
até 3	5	12,5	13	14,5	14	10,8	32	100		
3 — 6	11	27,5	27	29,7	37	28,5	75	100		
6 — 12	19	47,5	34	37,4	52	40,0	105	100		
12 — 15	—	—	2	2,2	1	0,8	3	100		
+ 15	5	12,5	15	16,5	26	20,0	46	100		
Total	40	100	91	100	130	100	261	100		

Na variável *tempo de internação até o parto*, a Tabela 5 indica que entre as adolescentes precoces (grupo I) 27,5% (11) deram internação de 6 a 12 horas (exclusive) antes do parto, porém 10 (25%) deram entrada no hospital até 1 hora antes do parto e outras 10, entre 3 a 6 horas (exclusive), 12,5% (5 participantes) entraram no hospital entre 1 a 3 horas (exclusive) antes do parto e 4 (10%) foram internadas mais de 12 horas antes do parto. Nas adolescentes tardias, a maioria, 42 parturientes, foram internadas até 3 horas (inclusive) antes do parto, 29 entre 3 horas (exclusive) às 12 horas (inclusive) antes do parto e 9, com mais de 12 horas antes do parto.

Já, para as adultas, o tempo de internação da maioria (45) foi de 1 hora (exclusive) até 3 horas (inclusive), seguida por 34 (26,45%) que foram internadas até 1 hora antes do parto. No intervalo de 3 horas (inclusive) à 6 horas (inclusive) encontrou-se 22 (16,93%) parturientes, na faixa de 6 a 12 horas observou-se 12 (9,23%) parturientes internadas. Com mais de 12 horas antes da ocorrência do parto, foram internadas 9 (6,92%) das parturientes.

Para a variável *indicação de parto operatório*, observou-se que foi indicada a cesária para 17

parturientes adultas (29,8%) por cesária anterior e 16 (28,1%) por sofrimento fetal. No grupo das adolescentes precoces, houve 9 indicações (52,94%) de cesária por sofrimento fetal. Entre as tardias, houve 5 indicações (26,32%) por sofrimento fetal e 5 por desproporção céfalo-pélvica.

As indicações de *forceps* apresentaram o seguinte quadro:

- **Adultas:** 14 indicações sendo 9 de alívio, 3 por distócia de rotação e 2 para abreviação de período expulsivo;
- **Adolescentes precoces:** 17 de alívio e
- **Adolescentes tardias:** 24 de alívio e 5 por distócia de rotação.

Quanto a *forma de início do parto* para os grupos estudados, verificou-se que o parto espontâneo ocorreu na maioria dos grupos, todos na faixa dos 80%. O parto induzido inicialmente foi utilizado, para os três grupos, variando de 6,5% à 10% dependendo do grupo. A cesária eletiva, como forma inicial de parto apresentou baixa frequência, assim como outras formas, na faixa dos 3% para todos os grupos conforme Tabela 6.

Tabela 5. Tempo de internação até o parto, entre os grupos

Tempo de internação (h)	Adolescente precoce 14 - 16 anos		Adolescente tardia 17 - 19 anos		Total adolescentes	Adultas > 19 anos	
	nº	%	nº	%	%	nº	%
Até 1	10	25,0	21	23,08	24,04	34	26,15
1 3	5	12,5	21	23,08	17,79	45	34,62
3 6	10	25,0	14	15,38	20,19	22	16,93
6 12	11	27,5	15	16,48	21,99	12	9,23
> 12	4	10,0	9	9,89	9,95	9	6,92
Outras	—	—	11	12,09	6,05	8	6,15
TOTAL	40	100	91	100	100	130	100

Tabela 6. Forma de início de parto entre os grupos etários estudados

Início parto	Idade	14-16 anos	17-19 anos	Total adolesc.	adultas > 19 anos
		%	%	%	%
Cesária eletiva		2,5	3,3	2,90	7,69
Espontânea		85	86,81	85,90	80,77
Induzido		10	6,59	8,30	9,23
Outros		2,5	3,3	2,90	2,31
TOTAL		100	100	100	100

Em relação ao *tipo de parto p.p.d.* praticado nos grupos (I, II, III), as adolescentes precoces apresentam maiores índices de parto fórcepe e cesária; as adolescentes tardias apresentaram maior índice de parto espontâneo e entre as adultas houve equivalência entre os índices de cesária e parto espontâneo, conforme Tabela 7 e Figura 1.

Tabela 7. Relação entre os tipos de parto e os grupos etários

Idade / Início parto	14-16 anos %	17-19 anos %	Total adolesc. %	adultas > 19 anos %
Esponâneo	15	45,05	30,02	44,62
Fórcepe	42,5	29,67	36,09	11,53
Cesária	42,5	24,18	33,34	43,85
Outros	—	1,1	0,55	—
TOTAL	100	100	100	100

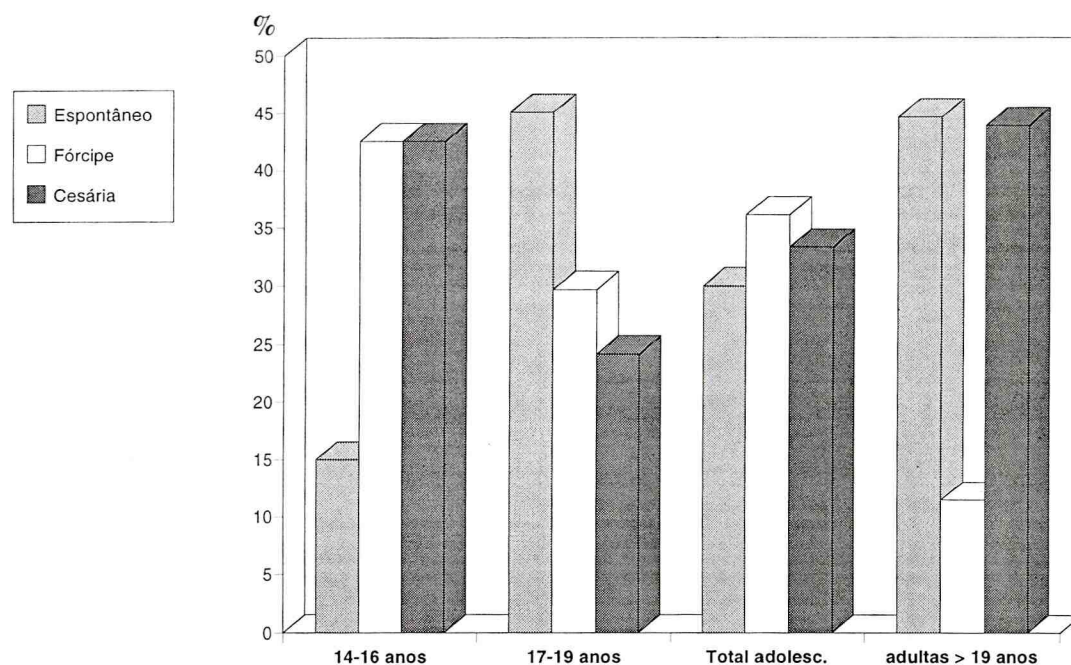


Figura 1. Tipo de parto entre os grupos (adolescentes e adultas)

Para a variável *tipo de anestesia* realizada nos três grupos, observou-se que tanto nas adolescentes precoces quanto nas tardias houve um índice maior de anestesia epidural contínua, enquanto que nas adultas os maiores índices foram de pudenda e raquídea, conforme Tabela 8 e Figura 2.

Tabela 8. Relação entre idade e tipo de anestesia empregada

Tipo anestesia	Idade	14-16 anos	17-19 anos	Total adolesc.	adultas > 19 anos
		%	%	%	%
Raquídea		7,5	6,59	7,05	21,54
Epidural simples		15	7,69	11,34	16,92
Epidural contínua		47,5	38,46	42,96	16,15
Pudenda		10	29,67	19,85	27,69
Local		2,5	3,3	2,90	4,62
S/Anestesia		—	3,3	1,65	7,7
Outras		17,5	10,99	14,25	5,38
TOTAL		100	100	100	100

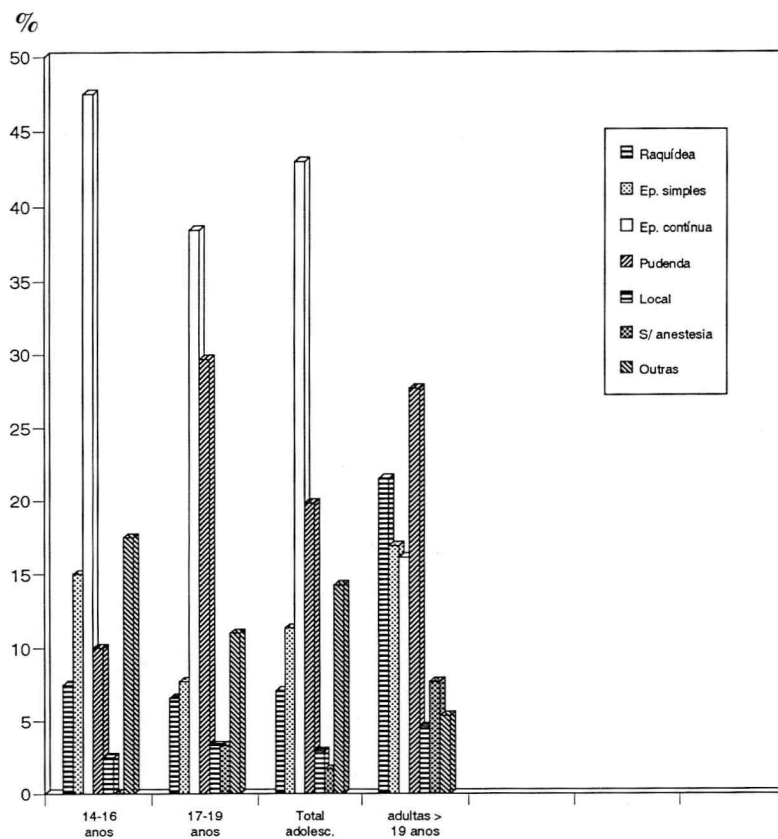


Figura2. Tipo de anestesia realizada nas adolescentes e adultas

Quanto a *idade gestacional* estimada, observa-se na Tabela 9, que tanto nas adolescentes quanto nas adultas, tomando-se por base o índice de Capurro, este ficou entre 37 a 42 semanas, com freqüências variando entre 57 a 68%. Alta freqüência foi observada na categoria outras, ou seja, idade gestacional não identificada nas faixas anteriores (idade inferior a 28 semanas), de 23 à 33% dos grupos estudados.

Tabela 9. Idade gestacional estimada (I. Capurro) dos R.Ns. e idade das puérperas

Ind. Capurro	Idade	14-16 anos	17-19 anos	Total adolesc.	adultas > 19 anos
		%	%	%	%
28 - 36s		7,5	8,80	8,15	3,08
37 - 42s		57,5	68,13	62,82	63,84
> 42s		2,5	—	1,25	—
Outras		32,5	23,07	27,78	33,08

No que tange as condições do recém-nascido, foi utilizado o índice de Apgar, demonstrando que, nos três grupos estudados, este variou de 7 a 10, com frequências de 75 a 82%, como observado na Tabela 10.

Tabela 10. Índice de Apgar e idade das puérperas

Ind. Apgar	Idade	14-16 anos	17-19 anos	Total adolesc.	adultas > 19 anos
		%	%	%	%
0 - 3		—	2,2	1,15	0,77
4 - 6		2,5	1,1	1,85	0,77
7 - 10		75,0	82,6	78,55	80,76
Outras		22,5	14,1	18,45	17,70

DISCUSSÃO

As médias de idade entre adolescentes precoces (15,3) e tardias (17,9) estão muito próximas, sendo mais representativo o grupo das tardias, porque se aproxima mais da média de idade do total de adolescentes (17,1). Portanto a diferença de médias entre total de adolescentes (17,9) com o total de adultas (27) é importante. As adultas estão na faixa etária considerada ideal para o parto (18-36 anos). Portanto, a diferença de resultados encontrados entre o total de adultas e o total de adolescentes justifica a comparação na evolução entre os dois grupos (Tabelas 1 e 2).

Houve predomínio de pacientes solteiras e amasiadas em proporção semelhante no grupo total de adolescentes e um predomínio de pacientes casadas no total de adultas. As adolescentes estarão sujeitas portanto, a uma maior instabilidade financeira, social e principalmente emocional. O que poderá levar a maiores dificuldades que as adultas no trabalho de parto e no momento do parto (Tabela 3).

EFIONG & BANJOKO⁴ constataram a importância da assistência pré-natal adequada em relação à incidência de eclâmpsia, prematuridade do RN, baixo ganho de peso da mãe e baixo peso do RN ao nascer. Foi verificado que as adolescentes que deram a luz nesses serviços não fizeram o pré-natal

adequadamente, isto é, tenham feito pelo menos 5 consultas durante a gravidez, sendo a primeira consulta no primeiro trimestre.

Em nosso estudo foi observado uma proporção semelhante entre os dois grupos ao se comparar pacientes que tiveram assistência pré-natal entre 3 e 6 consultas (Tabela 4).

Entretanto, uma assistência pré-natal com até 15 consultas foi encontrado em maior proporção no grupo de adolescentes. Pode-se justificar essa frequência maior pelo "medo", ocasionado pela falta de experiência na hora do parto; maior desamparo emocional e social; maior ansiedade em relação à gestação, que leva a paciente adolescente a buscar no obstetra a segurança e as informações de que necessita; ou pode estar associada a uma maior incidência de pré-natais de alto risco.

Observou-se que em relação ao tempo de internação até o parto não houve diferença quando comparados os grupos até 1 hora. Este dado pode ser devido à internação em período adiantado de trabalho de parto. Entre as adolescentes precoces houve um predomínio de tempo de internação prolongado. Em nosso serviço, a maior parte das adolescentes estudadas são primíparas, enquanto as adultas são múltíparas. Esse achado tem influência no dado obtido, visto que as adolescentes primíparas, devido à maior ansiedade, procuram o serviço logo no início do trabalho de

parto, o que não acontece com as adultas (Tabelas 2 e 5).

As múltiparas já conhecem o processo e esperam um tempo maior para procurar a maternidade.

Constatou-se maior incidência de fórceps e cesárea em adolescentes precoces, maior incidência de parto espontâneo nas adolescentes tardias e proporção igual de parto espontâneo e cesárea nas adultas. O que confirma a maior dificuldade de trabalho de parto em pacientes mais jovens. Justifica-se a alta incidência de fórceps de alívio e indicação de cesárea por sofrimento fetal entre as adolescentes precoces conforme resultados de BOCHNER². Entre as adultas, a maior indicação de cesárea foi por cesária anterior, seguida da indicação por sofrimento fetal (Tabela 6, 7 e Figura 1).

Na análise dos dados, em relação ao tipo de anestesia ou analgesia empregada durante o parto, chegamos às seguintes conclusões:

- bloqueio raquideano está presente com maior frequência nas adultas em relação às adolescentes, o que se justifica pelo fato de haver uma ocorrência de cefaléia pós punção raquideana maior em adolescentes do que em adultas, já sabido através de estudos e experiências passadas;
- entre as adolescentes, a analgesia através do bloqueio epidural contínuo prevalece sobre as demais técnicas anestésicas. O maior tempo de analgesia, sem inibir as contrações do trabalho de parto, somando-se o fato de não haver cefaléia pós-punção, justifica esta preferência;
- a relativa facilidade técnica e a melhor progressão do parto entre as adultas (múltiparas na sua maioria), devido a maior maturidade psicológica e a maior frequência de múltiparas, justifica a maior frequência de partos sem anestesia;
- a inexperiência das adolescentes somada à provável imaturidade da bacia que pode não estar totalmente preparada para o parto, gera um ciclo vicioso em que a dor leva a maior tensão e mais medo, que por sua vez gera mais dor. Isso leva a um trabalho de parto mais difícil, que pode evoluir para parto operatório.

Em relação a índice de Apgar do RN e ao índice de Capurro, a incidência foi semelhante entre os grupos estudados (Tabelas 9 e 10).

CONCLUSÕES

Pelo exposto neste estudo e através da análise dos dados obtidos, comparados com a literatura sobre o assunto, algumas conclusões são apresentadas:

- as pacientes adolescentes (precoces e tardias) frequentam o pré-natal adequadamente;
- não encontramos diferença na idade dos recém-nascidos de mães adolescentes em relação às adultas (Índice de Capurro);
- as adolescentes precoces permanecem internadas mais tempo em trabalho de parto;
- as formas de início de parto em adolescentes e adultas são iguais quanto à frequência predominando início espontâneo de parto;
- o número de partos operatórios foi maior entre as adolescentes precoces. O fórceps predomina entre as adolescentes precoces. As cesárias são mais frequentes entre as adultas que entre as adolescentes tardias;
- analgesias de parto pela técnica epidural contínua são mais frequentemente utilizadas em adolescentes precoces e tardias que em adultas, que utilizam mais comumente a infiltração pudenda, sendo o bloqueio raquideo mais frequente nas adultas do que nas adolescentes.

SUMMARY

Delivery attendance in adolescents

Adolescence is a period of experimental attitudes, when adolescents look forward the establishing an adult identity. As a cause of psychological development, they are sometimes stimulated to introduce themselves in an active sexual life, although they can not understand all consequences of their decision. Consequently, pregnant can present more complications during pregnancy or at the delivery. Delivery was studied comparatively between adolescents and adults, in a study of 261 patients (131 adolescents and 130 adults) in 1993-1994. Adolescents were divided in two groups: preadolescents, 40 (14-16 years old) and adolescents, 91 (17-19 years old). The following aspects were studied: parity, marital status, prenatal care, duration of labor, delivery, cesarean, forceps, anesthesia, Index Apgar, Index Capurro. Results showed that 47,5% of preadolescents are single; 41,7% of adolescents live with

a boyfriend; 50% of adults are married, 47,5% of preadolescents, 37,4% of adolescents and 40% of adults took adequate prenatal care; 42,5% of preadolescents had vaginal delivery and 42,5% cesarean; 45,05% of adolescents had vaginal delivery; among adults, 44,68% had vaginal delivery and 43,85% cesarean; 47,5% of preadolescents and 38,46% of adolescents had epidural anesthesia and 27,69% of adults pudenda. The conclusion is that adolescents in general take adequate prenatal care, with prolonged labor in this group, and with no difference between Index Appgar and Index Capurro in adolescents and adults. The frequency of cesarean and forceps is higher in preadolescents and the frequency of epidural anesthesia is higher in adolescents.

Keywords: adolescence, pregnancy in adolescence, labor.

BIBLIOGRAFIA

1. AZANAR, R., BENNETT, A.E. Pregnancy in the adolescent girl. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v.81, p.934-940, 1961.
2. BOCHNER, K. Pregnancies in juveniles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v.83, p.269, 1962.
3. COATES, J.B. Obstetrics in the very young adolescent. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v.108, p.68-72, 1970.
4. EFIONG, E.I., BANJOKO, M.D. The obstetric performance of Nigerian primigravidae aged 16 and under. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 82, p.228-233, 1975.
5. HUTCHINS JR., F.L., KENDALL, N., RUBINO, J. Experience with teenage pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, v.54, n.1, p.1-5, 1979.
6. MATHIAS, L., CAPPI-MAIA, E.M., MAIA FILHO, N.L., LANDI, V., KOSAKA, S. Estudo comparativo entre primigesta adolescente e primigesta dos 18 aos 25 anos. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v.91, n.2, p.89-92, 1981.
7. ———, NESTAREZ, J.E., KANAS, M., NEME, B. Gravidez na adolescência IV: idade limite de risco reprodutivo entre adolescentes. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v.95, n.4, p.141-143, 1985.
8. McANARNEY, E.R., HENDEE, W.R. Adolescent pregnancy and its consequences. *JAMA*, v.262, p.74-77, 1989.
9. NESTAREZ, J.E., MATHIAS, L., KANAS, M., NEME, B. Gravidez na adolescência II: estudo comparativo entre gestantes de 9 a 15 anos, 16 e 17 anos. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v.95, n.3, p.593-96, 1985.
10. SISSMONDI, P., VOLANTE, R., GIAI, M. El embarazo y el parto en la adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecológica*, v.49, p.41-45, 1984.

Recebido para publicação em 12 de setembro e aceito em 6 de novembro de 1995.

ARTIGO

A contribuição do sinal de Alvarenga-Durozier para o diagnóstico diferencial da insuficiência aórtica¹

Roberto Abdalla Filho²
Sandra Aparecida Ferreira Silveira³
Sílvio Santos Carvalhal⁴

RESUMO

Os autores chamam à atenção para um sinal semiológico de simples verificação, que é o sinal de Alvarenga-Durozier (presença de duplo sopro nas artérias femorais ao estetoscópio), no diagnóstico diferencial entre insuficiência aórtica e outras doenças capazes de elevar a pressão arterial diferencial, como a aterosclerose, sobretudo quando a ausculta do coração é duvidosa. Este sinal também pode ser usado no diagnóstico diferencial entre insuficiência aórtica e insuficiência pulmonar, quando se tem concomitante à estenose mitral, um sopro diastólico nos focos da base do coração. Para ilustrar, foi realizado estudo com ecodoppler em duas pacientes, demonstrando que havia fluxo sanguíneo retrógrado nas artérias apenas nos casos em que havia a presença do sinal de Alvarenga-Durozier. Portanto, este sinal representa meio fácil e eficaz para se constatar o fluxo sanguíneo retrógrado, situação esta, ocorrida na insuficiência aórtica moderada e grave.

Unitermos: sinais, sinal de Alvarenga-Durozier, insuficiência da valva aórtica, diagnóstico, sopros cardíacos.

INTRODUÇÃO

Algumas enfermidades causam uma alteração da Pressão Arterial Diferencial (PAD), através de mecanismos semiogênicos diferentes. Ora predomina a elevação da pressão arterial sistólica, ora diminui a pressão arterial diastólica e, ora as duas alterações determinam aumento da PAD¹.

Na aterosclerose avançada das grandes artérias, a parede destes vasos perde a sua elasticidade normal. À contração ventricular esquerda as artérias enrijecidas não se dilatam normalmente (diástole arterial) e assim,

se eleva a pressão arterial sistólica. Com o fim da sístole ventricular, como não ocorre a dilatação dos vasos arteriais pouco elásticos, também não ocorre a diminuição de seus diâmetros (sístole arterial) e, portanto, a pressão arterial diastólica fica mais baixa. Por isso aumenta a PAD⁶.

Outros estados hiperdinâmicos, associados à diminuição da resistência vascular sistêmica, como a tireotoxicose, a anemia grave e a fístula arteriovenosa, também são capazes de elevar a PAD¹.

Finalmente, na Insuficiência Aórtica (IA) moderada ou grave, a pressão arterial sistólica aumenta em virtude da ejeção mais forte do ventrículo esquerdo, que lança na aorta um volume sistólico aumentado¹. A pressão arterial diastólica é mais baixa pelo volume sanguíneo regurgitado através da valva mal coaptada, determinando um fluxo sanguíneo retrógrado, que ocorre também nas artérias de grande, médio e pequeno calibre.

(1) Trabalho realizado junto à disciplina de Medicina Interna e Semiologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

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

(3) Professora Assistente da disciplina de Medicina Interna e Semiologia da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(4) Professor Titular do Departamento de Clínica Médica e de Patologia da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

Através de estudos ultrassonográficos, como o ECODOPPLER, tem sido demonstrado que se processa, nesta fase, um sentido retrógrado do fluxo sanguíneo. Isto explica o duplo sopro femoral quando o tambor do estetoscópio é adequadamente posicionado nas artérias femorais ao se fazer a compressão do vaso. Este é um dos sinais periféricos da IA descrito em 1878 e 1891 por ALVARENGA² e DUROZIER³, respectivamente.

Frente à verificação de uma PAD aumentada, o sinal de *Alvarenga-Durozier* revelaria a regurgitação na valva aórtica, com o conseqüente fluxo retrógrado da corrente sanguínea nos vasos arteriais, durante o período diastólico ventricular.

Esta seria uma contribuição do sinal de *Alvarenga-Durozier* no diagnóstico diferencial entre IA e aterosclerose dos grandes vasos, sobretudo quando a ausculta do coração, nos pacientes idosos, deixa alguma dúvida sobre a existência de um sopro diastólico expressivo no foco aórtico acessório.

Outra contribuição importante do sinal de *Alvarenga-Durozier* é no diagnóstico diferencial entre a IA e a insuficiência pulmonar ou sopro de Graham-Steel. Em casos de estenose mitral reumática, o acometimento da valva aórtica pelo reumatismo é freqüente e assim um sopro diastólico na base do coração é também freqüente, por insuficiência desta valva. Como o coração roda para a esquerda na estenose mitral, por aumento do ventrículo direito, a audibilidade do sopro diastólico aórtico se desloca para a esquerda, tornando-se difícil o diagnóstico diferencial entre IA e insuficiência pulmonar^{1,4}.

Se o sinal de *Alvarenga-Durozier* for constatado, o sopro diastólico à esquerda do externo, deve representar uma IA. Se o sinal estiver ausente, é porque não há regurgitação importante na sigmóide aórtica e por isso não deve ocorrer também o fluxo retrógrado nos grandes vasos arteriais. Portanto, o sinal de *Alvarenga-Durozier*, sendo o único que revela o refluxo retrógrado nas artérias, passa a ter importância fundamental no diagnóstico diferencial dos aumentos da PAD e no aparecimento de sopros diastólicos audíveis nos focos da base do coração.

Em ambas as situações pode estar presente uma IA, como causa do aumento da PAD como também ser essa a responsável pelo sopro diastólico¹.

MATERIAL E MÉTODO

Para efeito de ilustração, foram estudados clínica e ecograficamente, dois exemplos.

A paciente M.M.C., de 90 anos, com sinais de aterosclerose dos grandes vasos com pressão arterial de 180/ 70 mmHg e ausculta pouco definida dos focos da base. O sinal de *Alvarenga-Durozier* foi negativo à ausculta das artérias femorais.

A outra paciente, R.F. de 23 anos, portadora de Cardiopatia Reumática, disfunção mitral completa e sopro diastólico nos focos da base ++ e pressão arterial de 120/ 40. O sinal de *Alvarenga-Durozier* estava presente, como o duplo sopro na artéria femoral esquerda, sendo o diastólico muito breve em relação ao sistólico.

As pacientes foram submetidas ao estudo das artérias femorais comuns e superficiais com instrumento *Toshiba SSA-270A* e transdutor linear de 7.5 Mhz. O transdutor foi colocado na região inguinal e obtidas imagens transversais e longitudinais desses segmentos arteriais, que foram eleitos por serem os descritos no sinal de *Alvarenga-Durozier*.

A seguir foi realizado estudo color doppler e obtida a análise espectral das velocidades com o doppler pulsado.

RESULTADOS

A paciente M.M.C., com aterosclerose e P.A.D. aumentada, apresentou o sinal de *Alvarenga-Durozier* negativo, isto é, não foi audível a fase diastólica do sopro à compressão da artéria femoral, embora a PAD estivesse significativamente aumentada. O traçado da artéria femoral (Figura 1) registra fluxo trifásico, sendo o sistólico amplo. A fase diastólica negativa do traçado é breve, com uma positividade ao final, como em condições de fluxo normal⁵.

O traçado da paciente R.F., também com PAD aumentada mostra (Figura 2) fluxo sistólico amplo e também um fluxo retrógrado durante toda a diástole evidente e nitidamente detectado pelo estudo com doppler pulsado e color doppler. Nesta paciente, o sinal de *Alvarenga-Durozier* foi positivo, embora o sopro diastólico na artéria femoral fosse breve mas distinto.

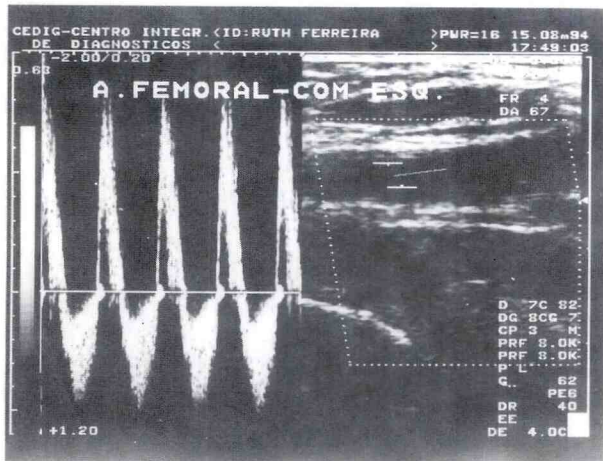


Figura 1. Doppler pulsado de artéria femoral, mostrando positividade ampla na sístole e fase diastólica com breve negatividade com nova positividade no final.

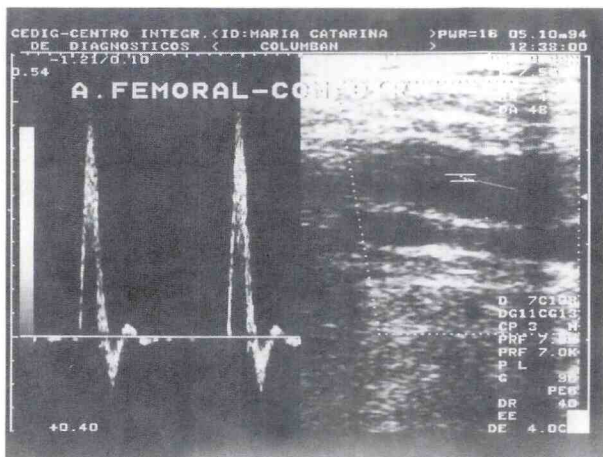


Figura 2. Doppler pulsado de artéria femoral mostrando positividade ampla na sístole e negatividade durante toda a diástole.

CONCLUSÃO

A importância destas verificações entre a equivalência do estudo da determinação do sentido do fluxo sanguíneo pelo ECODOPPLER e pelo sinal de *Alvarenga-Durozier* é principalmente de ordem prática. Além de valorizar o significado de um sinal propedêutico, descrito há mais de um século pelos autores citados, permitiu verificar que o sinal, verdadeiramente parece significar também um fato hemodinâmico que é peculiar a uma situação muito

particular: o fluxo retrógrado nas artérias, durante toda a fase da diástole ventricular nos portadores de insuficiência da valva aórtica.

Vale ainda dizer que sendo muito oneroso o estudo propedêutico completo dos pacientes, de modo geral, o sinal de *Alvarenga-Durozier*, de fácil pesquisa, representa um meio simples de se constatar o fluxo retrógrado da corrente sanguínea nas artérias, em pacientes com IA moderada e grave.

SUMMARY

The contribution of Alvarenga-Durozier sign in the differential diagnosis of aortic regurgitation.

The authors call the attention to a semiological sign of simple verification, which is the Alvarenga-Durozier sign (presence of double murmur in the femoral arteries, detected by a stethoscope, in the differential diagnosis between aortic regurgitation and other diseases which are able to increase the differential arterial pressure, like the arteriosclerosis, especially when the heart auscultation is dubious. This sign can also be used in the differential diagnosis between the aortic regurgitation and the pulmonary regurgitation, when simultaneously with mitral stenosis, there is a diastolic murmur in the heart base focus. To illustrate, it was carried out an ecodoppler study in two patients, demonstrating that there was retrograde blood flow in arteries only in the cases in which the Alvarenga-Durozier sign was present. Therefore, this sign represents an easy and efficient way of proving the retrograde blood flow; which occurs in moderate and severe aortic regurgitation.

Keywords: sign, aortic valve insufficiency, reverse arterial flow, heart murmurs, Alvarenga-Durozier sign.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMS, J. *Essentials of cardiac physical diagnosis*. Rio de Janeiro : Revinter, 1989. p.213-235.
2. ALVARENGA, P.F.C. *Leçons cliniques sur les maladies du coeur*. Lisboa : Imprimaria da Academia Royale des Sciences, 1878. 483p.
3. DUROZIER, P. *Traité clinique des maladies du coeur*. Paris : Q. Steinheil Libraire Editeur, 1891. 509p.
4. HURST, J.W., RICKETTS, H.S., STRANDNESS, D.R.T. *The heart, arteries and veins*. 4.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1981. p.1024-1037.

5. JÄBER, K.A., RICKETTS, H.S., STRANDNESS, D.R.T. *Duplex Scanning for evaluation of lower limb arterial disease: non-invasivediagnostic techniques in vascular disease*. 2.ed. St. Louis : Nosby, 1985. p.619-631.
6. SERRO-AZUL, L.G.C.C., PILEGGI, F.J.C., MAFFA, P.J. *Propedêutica cardiológica: bases fisiopatológicas*. 2.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1988. p.296-302

Recebido para publicação em 11 de outubro e aceito em 24 de novembro de 1994.

ARTIGO DE REVISÃO

O estetoscópio

Erika Cristian Camargo de Souza¹
Alessandra Carvalho Goulart¹
Feres Eduardo Aparecido Chaddad Neto¹
Fernando Mello Porto¹
Heraldo José Vivarelli Curti²
Paulo César Ribeiro Sanches³
Silvio Santos Carvalhal⁴

RESUMO

Apesar da evolução dos métodos diagnósticos, o estetoscópio continua sendo importante ferramenta de trabalho médico. Em vista disso, essa revisão bibliográfica (1941 - 1994) tem por objetivo demonstrar aos estudantes de Medicina e aos profissionais de saúde, aspectos históricos e técnicos sobre o estetoscópio. Desde o século XIV, quando o estetoscópio foi inventado, várias pesquisas vem sendo desenvolvidas na busca de um aparelho de ausculta mais adequado. Basicamente, um estetoscópio ideal, até o momento, deve possuir as seguintes peças, com suas características: olivas - que devem estar bem ajustadas no ouvido e com o seu eixo paralelo ao canal auditivo externo, para evitar escape de ar ou entrada de ruídos externos; hastes - paralelas ao maior eixo do canal auditivo; tubo - comprimento de 25 - 30 cm, diâmetro de 3mm para evitar distorção do som; câmara receptora (campânula + diafragma) - a campânula deve ser usada preferencialmente para sons de baixa frequência e o diafragma para os de alta frequência. Conclui-se que não há até o momento, um estetoscópio que englobe todas as características consideradas como ideais para uma melhor ausculta; contudo existem várias pesquisas em andamento com o intuito de uma performance acústica mais acurada.

Unitermos: estetoscópio, ausculta, coração, literatura de revisão.

INTRODUÇÃO

Apesar de estarmos em plena era da ecocardiografia, do cateterismo e da medicina nuclear, o estetoscópio continua sendo indispensável ao médico na realização de um exame físico cuidadoso, onde a ausculta nos presta importantes informações nos

ajudando a fazer diagnósticos, principalmente no que diz respeito às patologias torácicas.

Infelizmente hoje, os estudantes e novos profissionais não tem a mesma intimidade com o manejo desta importante "ferramenta" de trabalho, quando comparada aos nossos mestres do passado.

Nenhum outro objeto ilustra de maneira tão perfeita a imagem do médico, ou o prestígio de um estudante de medicina do que o estetoscópio. Aparelho que do grego significa "olhar dentro do peito" (derivado do Grego, stethos = peito, skopos = olhar), de maneira que todo paciente aguarda seu uso, como se lhe oferecesse um certo alívio, e

(1) Internos do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
(2) Coordenador do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
(3) Pós-graduando, Incor - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
(4) Livre-Docente do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

influenciando de maneira importante na relação médico-paciente. Novos estetoscópios vem sendo desenvolvidos há mais de um século e meio, por médicos e engenheiros, desde que Laennec em 1816 improvisou o primeiro estetoscópio da história.

HISTÓRICO

Os sons cardíacos provavelmente já eram reconhecidos séculos antes do século XVII, onde Willian Harvey apresentou em 1616 suas “palestras sobre vísceras” (Cardiovascular Sound - Dr. Victor McKusick). No passado, os médicos auscultavam colocando o ouvido diretamente no tórax do paciente, sendo este método descrito por Corvisart em 1818, citado por HURST^{8,9}.

René Laennec, discípulo de Corvisart, tem o mérito de ter sido o inventor do estetoscópio, pois achava inconveniente e às vezes repugnante a técnica de ausculta direta, principalmente em mulheres com seios grandes. Em certa ocasião, em 1816, frente a uma jovem paciente com sintomas de cardiopatia, onde a ausculta direta era inconveniente e a palpação pouco esclarecedora, teve a idéia de enrolar um bloco de papel, colocando uma extremidade no precórdio da paciente e a outra em seu ouvido, onde para sua surpresa ouviu as bulhas cardíacas de forma mais clara. Nascia aí o estetoscópio, ou a técnica de ausculta indireta. O próprio Laennec desenhou um estetoscópio de madeira em 1819^{8,12,15}.

Aproximadamente em 1852, o Dr. George P. Cammam (1804 - 1863) desenhou o estetoscópio biauricular flexível, onde havia um tecido tubular (espirais de fio coberto de seda), olivas de marfim, campânula de madeira, tubos metálicos para os ouvidos e mola para segurar as olivas. Este modelo foi um grande desenvolvimento em relação aos estetoscópios rígidos e monoauriculares (que possuíam apenas uma oliva para se encaixar em um ouvido), sendo considerado semelhante aos usados hoje em dia. Porém, não havia sido inventado ainda a membrana diafragma.

Um aluno de Laennec, Dr. Charles J.B. Williams, de Londres, havia inventado um monoauricular flexível, com tubo de guta-percha⁽¹⁾, em 1829. Os tubos de borracha passaram a ser usados a partir de 1844, com os processos de vulcanização.

Os estetoscópios de funil de ouvido, idealizados por Biony, em 1928, apresentavam olivas que cobriam

todo o ouvido externo, encobrindo o pavilhão da orelha. Com os tubos flexíveis disponíveis, surgiram olivas menores e com encaixe no canal do ouvido, tornando-se mais práticas.

Em 1894, um engenheiro de Massachusetts, R.C.M. Boules, inventou a membrana diafragmática moderna. Após vários estudos e debates, entre o diafragma e a cabeça ressonante, ficou decidido que ambas eram necessárias. Em 1926, Dr. Sprague combinou a cabeça campânula - diafragmática (onde em uma peça havia campânula associada a diafragma), ainda em uso com o nome de Sprague - Bowles. O esfigmomanômetro veio a fazer parte da clínica diária em 1905, onde o russo Nikolai S. Korotkoff, usando o esfigmo de Riva - Rocci, posicionou o estetoscópio sobre a artéria braquial durante o exame.

Muitas controvérsias à respeito do melhor estetoscópio foram levantadas, como por exemplo, o Dr. Willian S. Thayer, aluno de Osler, que defendia a idéia dos tubos curtos (curtoscópios). Em 1940, o Dr. Sprague e Maurice B. Rappaport, da Co. Sanborn, Massachusetts, estudaram princípios físicos e concluíram que a campânula concentra os sons e transmite para os tubos. Vários modelos já foram desenhados pelos princípios de Sprague e Rappaport¹⁴, como por exemplo, o famoso modelo Acústico Rappaport - Sprague de 1960. O Dr. David Littman, em 1961, desenhou um aparelho leve, de um fio (de aço, liga leve ou ouro 24). Em 1958, o cardiologista britânico Aubreg Leathan inventou um estetoscópio pediátrico, que possuía duas campânulas, que colapsava uma para dentro da outra. Devemos nos lembrar também do aparelho desenhado por Harvey, da Georgetown University, em 1962, com três cabeças (uma campânula, um diafragma padrão, e um diafragma ondulado)⁶.

Alguns estetoscópios elétricos, com amplificadores foram idealizados, porém devido as distorções do som pela eletricidade e alto custo, não foram utilizados na prática diária. Porém, podem amplificar o som até 100 vezes, podendo ser útil no ensino, para médicos deficientes e no fonoaudiograma, para localizar a área a ser gravada.

O estetoscópio de Laennec até os modelos que dispomos atualmente apesar da tecnologia existente hoje para se fazer diagnósticos, permanece seu papel como importante instrumento semiológico, para se fazer diagnósticos como símbolo médico e emblema da relação médico - paciente.

(1) guta - percha: substância plástica esponjosa, não elástica, acinzentada obtida da seiva da *Palaquim gutta* (Malásia).

PRINCÍPIOS FÍSICOS DA AUSCULTA

A base científica da ausculta relaciona-se com as vibrações transmitidas através das várias estruturas sobrepostas, como a pele, tecido celular subcutâneo, músculos, estruturas ósseas e tendinosas, parede de grandes vasos, sangue entre outras. As ondas vibratórias colocadas em movimento numa coluna de ar são transmitidas ao cérebro, cuja interpretação subjetiva origina o som.

Existem vários fatores que influenciam o som:

Frequência é o número de ciclos de onda por segundo geradas por um corpo em vibração, que determina a tonalidade. Um maior número de vibrações por segundo caracterizam os sons de alta frequência (agudos) e um menor número os de baixa frequência (graves).

Os sons cardíacos são compostos de frequências mistas, ou seja, uma junção de frequências altas e baixas. Em vista disso a transmissão de um som em particular pode não relatar a transmissão de uma frequência pura ou fundamental (a qual é formada por um corpo que vibra sob uma única frequência).

A *intensidade* é determinada pela amplitude (ou altura) da onda vibratória. A intensidade com que uma estrutura vibra determina grandes amplitudes (ruídos fortes) e baixas amplitudes (ruídos suaves). Na prática, o decibel significa uma unidade de medida da intensidade do som e corresponde a um décimo de bel (um logarítmico único)^{9,11}.

A *amplitude* independe da capacidade auditiva e seus fatores determinantes são a fonte de produção de energia, o meio de transmissão, a frequência das vibrações e a distância entre gerador e receptor.

A sensação subjetiva de "altura" depende da intensidade e da frequência das vibrações e da sensibilidade dos ouvidos⁸.

A *qualidade* está relacionada intimamente com a frequência e a intensidade das vibrações fundamentais como também com as vibrações que se sobrepõem (harmônicos).

A inter-relação entre a frequência fundamental e a frequência dos harmônicos produz uma nuance musical, e quando estas não se relacionam há a produção de ruídos. Os sons produzidos pelo coração apresentam ruídos e músicas, mas principalmente ruídos.

Existem sons de intensidade e frequência iguais mas que possuem origens diferentes, por exemplo as bulhas cardíacas (B1 e B2) e os sons derivados do pulmão.

A *duração* é o tempo de propagação de um ruído, sendo que as bulhas cardíacas se apresentam como uma série de vibrações e uma série longa de vibrações como o sopro.

O *comprimento de onda* é a distância entre dois picos ou depressões sucessivas das ondas vibratórias. Baixas frequências se propagam através de comprimentos menores. $\text{Frequência} \times \text{Comprimento de Onda} = \text{Velocidade de Propagação}$ (que varia conforme o meio por onde irradiam as ondas sonoras)⁹.

A compreensão desses fenômenos físicos mantém íntima relação dinâmica de auscultação, com os seguintes fatores:

- Aparelho auditivo

O limite de audibilidade é bastante variável na espécie humana e se correlaciona com a frequência e a intensidade das ondas vibratórias que constituirão o som. O ouvido humano é melhor detector de mudanças de frequência do que de intensidade¹⁰.

O aparelho auditivo é mais sensível a uma frequência que varia de 1000 a 5000Hz apesar de alguns sons cardíacos situarem-se na faixa de 3000 a 4000Hz, estes não chegam ao ouvido com estas frequências devido a interposição de várias estruturas, as quais vibram diferentemente entre si devido às suas massas e elasticidade.

A faixa de frequência média audível de sons produzidos pelo corpo humano situa-se entre 50-500Hz (baixa frequência: 50-200Hz / alta frequência 200-500Hz). Esta faixa situa-se bem abaixo dos limites ideais do ouvido humano^{5,9,10}.

A percepção auditiva das frequências mais altas diminui com o avanço da idade e com alguns processos como a otosclerose e presbiacusia, mas estes fatos não interferem de maneira significativa na ausculta cardíaca pois os sons cardíacos situam-se numa frequência mais baixa que a capacidade humana costuma detectar. A perda situa acima do espectro útil de alguns estetoscópios^{3,5,9}. Processos gripais (com obstrução nasal) não complicados, não interferem na auscultação.

Com relação à intensidade, para o aparelho auditivo, as frequências mais altas parecem mais fortes que as frequências mais baixas, mesmo ambas sendo iguais de intensidade.

A capacidade do ouvido em perceber sons breves é proporcional a sua duração, quanto menor a duração do som menor a habilidade de percepção. O

ouvido humano é capaz de diferenciar sons de uma duração de até 0,02 segundos⁵.

Diante desses aspectos vistos anteriormente, é essencial a abordagem dos efeitos mascaradores que significam uma redução da habilidade do ouvido em detectar certos sons na presença de outros¹¹. Na ausculta cardíaca percebemos a influência desses fatores, pois as frequências advindas do coração são mistas; e em sons complexos mais intensos, as frequências mais baixas tornam-se mais proeminentes devido ao fato das mais altas serem mascaradas^{7,11}.

Quando um som de intensidade comparativamente maior precede imediatamente um som consideravelmente de menor intensidade, o resultado é o mascaramento do som menos intenso.

- Interferências externas

Um ambiente silencioso é de extrema importância para a realização de uma ausculta adequada. Ruídos externos podem interferir sobremaneira na auscultação, ainda mais se as olivas não estiverem ajustadas de maneira confortável e adequadamente ao canal auditivo externo do examinador.

- Paciente

As características do biotipo, assim como as dos tecidos que constituem o corpo humano possuem grande influência nas vibrações sonoras, desde a sua origem até o ouvido do examinador.

Os sons advindos do coração e tórax atravessam várias camadas do corpo humano até chegarem a superfície. Como resultado deste fato, uma grande porcentagem de energia sonora nunca alcança o ouvido humano por interferência da viscosidade sanguínea, elasticidade, densidade, extensão, reflexão e refração perdidas¹¹.

A ausculta se torna mais nítida em indivíduos de tórax delgado ou de diâmetro AP menor; pois a interposição de tecido celular subcutâneo ou tecido bastante aerado (como ocorre nas DPOCs) dificultam a ausculta por serem a gordura e o ar maus transmissores de ondas sonoras.

A parede ventricular sólida, a aorta (ou vasos de grande calibre) e os ossos são eficientes meios de propagação sonora. A viscosidade sanguínea, por sua vez, é outro fator preponderante na ausculta, pois há um aumento do hematócrito ou proteínas plasmáticas

com uma atenuação significativa na transmissão das vibrações dos sons a partir de sua fonte de origem^{5,6}.

O estetoscópio

Apesar da evolução dos métodos de exames complementares, o estetoscópio continua sendo uma importante ferramenta de trabalho médico na elucidação diagnóstica. Não há até o momento o protótipo do estetoscópio ideal, contudo existem várias pesquisas em andamento com o intuito de uma performance acústica mais acurada.

Basicamente, o estetoscópio é constituído das seguintes peças que descrevemos a seguir:

Olivas: são as peças para os ouvidos, as quais devem ajustar-se firmemente ao canal auditivo, a fim de não permitir escape de ar ou entrada de ruídos externos; as suas pontas devem ser feitas de material plástico para se adequarem perfeitamente ao canal auditivo, sem causar pressão intensa, originando dor e impossibilitando uma ausculta adequada.

Vários estetoscópios, atualmente, apresentam uma grande variedade de tipos de olivas, buscando um maior conforto para o examinador no momento da ausculta. A performance de um estetoscópio está relacionada com o tipo de oliva, a fim de que evite vazamento de ar, pois mesmo que este seja mínimo acarreta um prejuízo na audibilidade das frequências baixas. Além disso, é fundamental que o eixo das olivas seja paralelo ao canal auditivo, para não obstruir a passagem do som³.

Hastes: são os arcos metálicos, os quais devem se ajustar de tal modo que o eixo de cada uma das peças seja paralelo ao maior eixo do canal auditivo externo. O arco da parte metálica que faz conexão entre os dois ouvidos são bem ajustados, a fim de que proporcione o ajuste adequado ao canal auditivo^{4,7}.

Tubo: é uma conexão de material plástico entre as hastes metálicas e a câmara receptora, ou seja, é o responsável pela transmissão sonora dos ruídos corpóreos até o aparelho auditivo.

Vários estudos tem demonstrado que existem fatores que influenciam muito em relação ao tipo de tubo, como por exemplo: seu comprimento, diâmetro, tipo de lúmen (duplo ou único)^{4,5,8}.

O estetoscópio ideal deve ter um comprimento entre 10 - 12 polegadas (25 - 30 cm), pois a distância provoca distorções na sua trajetória, como também um tubo muito curto prejudica a ausculta devido a uma distorção entre a haste e a oliva em relação ao

aparelho auditivo. Verifica-se este fato pois as hastes e as olivas não se posicionam paralelamente ao canal do ouvido, prejudicando a ausculta. No tocante ao diâmetro este deve ter 1/8 de polegada (3 mm); se os diâmetros forem muito pequenos pode ocorrer o fechamento do lúmem quando o tubo ficar ligeiramente encurvado, ou dobrado sobre si. A parede do tubo deve ser grossa para minimizar o ruído do ambiente, diminuindo a influência externa^{4,5}.

Em relação ao tipo de lúmem verifica-se que o tubo único apresenta um padrão irregular de distorção e uma perda considerável de potência nas altas freqüência. Contudo, o estetoscópio de duplo lúmem é considerado melhor devido ao volume interior dos tubos ser menor individualmente (cada tubo), diminuindo as distorções durante a sua trajetória, além de que se considerarmos suas paredes tão rígidas quanto possíveis compatíveis com a maleabilidade, o deslocamento de volume é convertido em flutuação máxima de pressão, proporcionando uma audibilidade maior^{4,5}.

As freqüências são modificadas nos tubos os quais se comportam como um órgão, e ressoam certas freqüências determinadas sobretudo por seu comprimento de onda. Considerando-se a borracha como o material utilizado para a construção dos tubos, estes apresentam uma complacência relativamente baixa, amortecendo os picos ressonantes.

Assim sendo, concluiu-se que o tubo ideal seria o mais curto e rígido possível (que diminui a perda de transmissão, mas flexíveis o suficiente para mover a câmara receptora sem mover as olivas), como também com duplo lúmem para melhor transmissão das altas freqüências^{4,5}.

Câmara receptora

O estetoscópio direciona praticamente toda energia derivada do precórdio através de uma câmara receptora diretamente até o conduto auditivo do examinador.

A maior parte das vibrações sonoras ocorrem neste compartimento, que possui como peças básicas um sistema de campânula e diafragma.

O "sino" ou campânula é a estrutura responsável pela transmissão dos sons de todas as freqüências, mas o seu uso na prática evidencia uma maior utilidade para freqüências baixas. Fator fundamental para que isso ocorra é a colocação da campânula levemente sobre o tórax do paciente. A pele do mesmo circundada

pelo sino torna-se um "diafragma natural" havendo um amortecimento médio facilitando assim a propagação de sons de baixa freqüência^{14,15}. Um sino com um grande diâmetro é o ideal para a transmissão de sons de baixa freqüência e possui perda na resposta de freqüências mais altas.

Além disso, uma campânula grande aumenta a intensidade do som transmitido devido ao maior contato com a pele do paciente, mas possui o inconveniente de não obter um bom encaixe no tórax de indivíduos magros ou crianças, deixando ruídos externos e mesmo o ar interferirem na transmissão dos sons cardíacos. O ideal portanto é possuir duas campânulas (uma grande e outra pequena) para poder optar conforme for necessário.

Ruídos de baixa freqüência que podem ser captados pela campânula ou sino, são terceira e quarta bulhas os sopros de ejeção.

A razão pela qual o sino não deve ser utilizado para a transmissão de freqüências altas, é devido o inconveniente de se apertar muito a pele do paciente. (para que esta se transforme num diafragma mais rígido) e acabar machucando o mesmo.

Devido ao que foi explanado acima, no estetoscópio há o diafragma que é uma membrana rígida e ressona principalmente com os sons de alta freqüência transmitindo-os ao tímpano do examinador. Ele deve ser rígido (aço inoxidável de 0,7mm é o ideal até o momento) e pode limitar uma grande área do tórax.

A membrana do diafragma deve ser apoiada firmemente evitando sua movimentação sobre a pele do paciente, permitindo preferencialmente a ausculta para sons de alta freqüência com mínima interferência possível. Diafragmas frouxos e grandes transmitem sons em volume maior, mas sem tanta eficácia.

Os sons cardíacos que possuem alta freqüência são por exemplo, primeira e segunda bulha, os sopros de regurgitação, os de ejeção da valva pulmonar e aórtica, além do "click" sistólico.

Um estudo recente sobre os estetoscópios populares foi realizado pelo Departamento de Medicina Interna dos Hospitais John, Detroit e Michigan². Este estudo teve por objetivo comparar a acústica de seis diferentes estetoscópios populares, como o Littmann Classic II, Littmann Cardiology II, Littmann Master Cardiology, Hewlett-Packard-Rappaport-Sprague, Tycos Harvey Triple Head e Allen Medical Seris 5A RPS Binaural. Assim, foi analisada a acústica do estetoscópio através do uso de um gerador de freqüência e um ouvido artificial. Desse modo, esses estetoscópios foram comparados

nos seus diversos modelos envolvendo o sino e o diafragma.

A função de frequência foi medida numa faixa de 37,5 a 1000Hz, extensão onde se ausculta todos os sons gerados pelo coração e pulmão. Dessa forma conclui-se que os sons de baixa frequência (37,5-11,2Hz) eram, na maior parte dos casos amplificados pelo sino e atenuados pelo diafragma, mas isto não gerava diferenças significativas. Sendo que somente os diafragmas que produziam ampliações nas baixas frequências foram o Littmann Classic II, Littmann Master Cardiology e o Littmann Cardiology II.

O diafragma e o sino se mostraram pobres transmissores na extensão de frequências altas (125-1000Hz), no entanto houve uma menor atenuação nessa faixa de frequência pelos sinos em relação aos diafragmas. Os Tycos Harvey Triple Head mostrou a maior atenuação do som através de seu diafragma.

Estatisticamente não houve diferenças significativas entre os estetoscópios estudados, sendo que o Littmann Cardiology II tanto na parte do sino quanto na parte do diafragma, foi o que, aparentemente se mostrou o mais próximo de uma performance acústica aceitável.

SUMMARY

The stethoscope

In spite of the development of diagnostic methods, the stethoscope has been an important medical tool. Nevertheless, this literature revision (1941 - 1994) has the purpose of presenting to medical students and health professionals historical and technical aspects concerning auscultation. The authors have done a bibliographic revision from 1941 to 1994 on this subject. Since XIV Century, when stethoscope was discovered, several researches had been done in an attempt to find a more sensitive one. So far, an ideal stethoscope ought to have the following characteristics: ear pieces must be well adjusted to ear with their axles parallel to the external auditive canal in order to avoid air escape and noise from outside; basted must be parallel to the bigger axles of the auditive canal. The dimensions of the tube must be 25-30 cm long and diameter of 3 mm to avoid the distortion of sounds; receiver chamber (Bell+Diaphragma): the use of the bell is more appropriated for auscultation of low frequency sounds and the diaphragma for high frequency ones. The conclusion is that there is no stethoscope which fulfills all

the characteristics considered to be ideal for auscultation. However, there have been several ongoing researches to improve acoustic performance of the stethoscopes.

Keywords: stethoscope, auscultation, heart, review literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

1. ABER, R. *The stethoscope, auscultation of the heart*. 2.ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1967. cap.2, p.19-22.
2. ABELLA, M., FORMOLO, J. Comparison of the acoustic properties of six popular stethoscopes. *Journal of the Acoustical Society of American*, Lancaster, v.91, n.4, p.2223-2228, 1982.
3. BRAUNWALD, E. The physical examination. In: _____. *Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 4.ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992. v.1, p.13-41.
4. CRAWFORD, M.H. *Situações e aparelhos, ruídos cardíacos: guia prático*. San Antonio, Texas: Synchor, 1989. p.65.
5. ERICKSON, B. *Transmisión del ruido: guia prático de los latinos y murmullos del corazón*. Barcelona: JIMS, [19_ _]. v.1, p.9-10.
6. ERTEL, P.Y., LAWRENCE, M., BROWN, R.K., STERN, A.M. Stethoscope acoustics I: the doctor and his stethoscope. *Circulation*, Dallas, v.34, p.889-898, 1966.
7. _____, _____, _____. Stethoscope acoustics II: transmission and filtration patterns. *Circulation*, Dallas, v.34, p.899-908, 1966.
8. HURST, J.W., SCHLANT, R.C. Ausculta cardíaca. In: _____. *O Coração: artérias e veias*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. v.1, p.228-235.
9. _____. Ausculta cardíaca. In: _____. *O Coração*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. v.1, n.18, p.113-117.
10. KINDIG, J.R., BEESON, T.P., CAMPBELL, R.W., ANDRIES, F.A.A., TAVEL, M.E. Acoustic performance of stethoscope: a comparative analysis. *The American Heart Journal*, Boston, v.104, n.2, p.269-275, 1982. Part I.

11. RAPPAPORT, M.B.E., SPRAGUE, H.B. Physiologic and physical laws that govern auscultation and their clinical application. *The American Heart Journal*, Boston, v.21, n.3, p.261-279, 1941.
12. RAPPAPORT, J. Laënnec and the discovery of auscultation. *ISR. J. Sei.*, v.22, p.597-601, 1986.
13. RAVIN, A. *The stethoscope: auscultation of the heart*. 2.ed. Chicago : Year Book Medical Publishers, 1967. p.19-22.
14. ROGERS, F.B. *The development of the modern stethoscope: the theory and practice of auscultation*. Philadelphia : F.A. Davis, 1964. p.43-49 (The Ninth Hahnemann Symposium).
15. SHERIDAN, J.J. The stethoscope: Laennec's misnomer. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, London, v.24, n.4, p.318, 1990.

Recebido para publicação em 26 de setembro e aceito em 18 de dezembro de 1995.

PONTO DE VISTA

Proposta aos alunos e professores: objetivos da escola médica

Silvio Santos Carvalhal¹

Visão panorâmica de toda a medicina com atributos e capacidade de desempenho na área clínica, predominante sobre as outras áreas Departamentais (Cirurgia, Tocoginecologia, Pediatria, Neuro-psiquiatria e Prevenção ou Medicina Preventiva).

Ter competência e receptividade para se aperfeiçoar (na pós-graduação) em qualquer das Áreas Departamentais para se tornar especialista em uma destas áreas.

Na área de **Clínica** ser capaz de:

- Examinar satisfatoriamente todo o organismo humano;
- Ter formação semiológica completa conhecendo o significado diagnóstico de cada manifestação propedêutica das patologias freqüentes que acometem os diversos aparelhos, órgãos e sistemas do organismo;
- Dominar as técnicas da anamnese e do exame físico que permitam executar uma coleta de sintomas e sinais que expressem as patologias morfológicas e funcionais das doenças de ocorrência freqüente;
- Conhecer as indicações, a interpretação dos significados diagnósticos dos exames complementares (laboratório clínico, radiologia e métodos gráficos) rotineiramente indicados para decidir os diagnósticos das doenças da nossa nosografia mais freqüente;
- Ser capaz de elaborar os diagnósticos clínicos, funcionais, anatômicos, etiológicos, patogênicos e fisiopatológicos.
- Ser capaz de indicar, racionalizadamente, os exames complementares que contribuam e decidam os diversos tipos de diagnósticos;

- Ser capaz de recomendar medidas de prevenção para evitar doenças ou o agravamento das patologias;
- Saber reconhecer as suas limitações de competência para resolver problemas, e bem encaminhar os pacientes para o especialista que possa contribuir para a sua solução;
- Ter uma definida e boa postura ética para exercer a profissão de médico no mais amplo sentido;
- Conhecer as principais urgências médicas e saber encaminhar aquelas que, pela sua complexidade, demandem a intervenção de serviços e médicos especializados, e
- Ter uma noção muito clara do que é o conhecimento especializado no vasto campo da medicina para promover uma integração no trabalho docente-assistencial entre o médico "clínico" não especializado e o especialista reconhecido pelo primeiro, pela competência e notoriedade deste último.

A diversificação das grandes áreas Departamentais no 6º ano de Medicina

Como é quase utópica a intenção de que o formando seja capaz de dominar as cinco áreas Departamentais e que seja capaz de resolver mesmo os problemas mais simples de cada uma delas, já se cogitou, no Conselho Federal de Educação, de facultar ao interno a escolha de uma destas áreas de sua preferência para se habilitar ao exercício da profissão, uma vez concluído o 5º ano do curso. O Departamento de sua escolha seria o local de trabalho predominante, sem prejuízo, e com a orientação e sob a sua tutela, pudesse completar ou reforçar conhecimentos em Disciplinas de outros Departamentos, uma vez que tivessem disponibilidades para recebê-los como estagiários encaminhados pelo Departamento sede

(1) Professor Titular do Departamento de Clínica Médica e Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

de sua opção. O programa seria fundamentalmente elaborado e proposto à Disciplina que recebe o interno no Departamento de origem.

No parecer do C.F.E. o relator argumenta que extra oficialmente, o 6º anista já realiza e procura estes caminhos mas, na situação atual, precisa de certo modo, burlar as normas do internato executando mal e se omitindo nas tarefas que não são da sua opção por interesse específico. O último ano de internato teria

como objetivo fundamental preparar o futuro médico para exercer a medicina no âmbito de matéria abrangido pelo Departamento de sua escolha ou também para encaminhá-lo, na pós graduação, à Residência da área Departamental.

A efetiva mudança do sistema atual seria da responsabilidade do interno pela opção, mas com o aval do Departamento e da sua Escola de Graduação em Medicina.

Recebido para publicação em 17 de agosto de 1995.

O corpo enquanto diagnóstico da terapia floral: a morfo análise

Ernandes Bernardineli¹

A morfo análise é a leitura corporal capaz de identificar a verdadeira personalidade e a condição emocional do ser humano. A leitura é feita pela interpretação da gestualidade, da postura, da maneira pela qual ela se expressa verbalmente, através das formas em que estática ou dinamicamente revela suas emoções represadas em couraças musculares, suas enquistadas inseguranças, medos, angústias e sofrimentos.

O corpo, realidade primeira do ser humano, contém todas as possibilidades diagnósticas para o terapeuta capaz de interpretar para além dos tradicionais métodos e exames ortodoxos. Estes, cada vez mais segmentados e sofisticados, em nome de aprofundarem o conhecimento das causas da doença, acabam afastando o terapeuta do ser humano como um todo em sua energia vital e ao analisar carinhosamente a doença, acabam complicando ainda mais o quadro sintomático do paciente.

O diagnóstico feito através da morfo análise encontra seu complemento perfeito na terapia floral que apoia-se na ingestão das essências de flores silvestres catalogadas individualmente ou em grupo, associadas a um conjunto de sintomas que caracterizam o estado emocional do paciente. Subjacente a este estado mórbido estará sempre o suporte da personalidade do paciente identificada também, pela morfo análise, que se constitui no elemento nuclear da terapia com florais.

O floral prescrito a partir do diagnóstico permitido pela morfo análise atua de forma rápida e precisa e atinge no verdadeiro Ser Superior do paciente, resgatando-lhe de pronto a auto-estima, poderosa e aliada de seu processo de equilíbrio das energias vitais que são o sustentáculo de sua saúde.

Entretanto, embora sem o recurso de laboratórios e ambientes sofisticados, tanto a morfo análise como a terapia de florais deverão ser sempre praticadas por profissionais devidamente capacitados, pois o exercício leviano destas práticas pode acarretar danos sérios e já comprovados ao paciente como o são os benefícios de serviços completamente prestados.

(1) Professor do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP, Fisioterapeuta, Terapeuta Floral, Pós-Graduando em Psicologia Educacional-UNICAMP, Membro da Equipe Multidisciplinar do Centro de Saúde Escola "Jardim Campos Elíseos", Campinas - SP.

II JORNADA DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL

O Núcleo de Saúde da PUCCAMP, órgão articulador de extensão em Saúde na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, vem desenvolvendo desde 1988 uma série de atividades, objetivando contribuir com práticas de implementação do Sistema Único de Saúde, em todas as áreas de atuação, levando a Universidade a ampliar sua participação junto às políticas públicas.

Através do Colegiado de Saúde Mental, foi promovido no ano de 1995 a II Jornada de Saúde Mental no Hospital Geral, pretendendo apresentar as diretrizes governamentais para a área, discutir as práticas de Saúde Mental no Hospital Geral, conhecer uma diversidade de experiências neste contexto, pelo relato de diferentes profissionais de saúde e refletir sobre as questões éticas postas em questão.

A realização do evento trouxe importantes contribuições em relação aos objetivos acima citados, pautadas na apresentação das diretrizes para a área do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado da Saúde, na reflexão acerca dos dilemas éticos neste equipamento, nas discussões sobre o atendimento de crise e a interdisciplinariedade no Hospital Geral, bem como, na apresentação de múltiplas experiências em Saúde Mental desenvolvidas no Hospital Geral por diferentes profissionais da saúde.

Este evento desenvolveu-se metodologicamente através de: conferências acerca de temas gerais como as diretrizes governamentais para a saúde mental no Hospital Geral e as questões éticas e das equipes deste equipamento; mesas redondas e relatos de experiências sobre clientela específica do Hospital Geral em relação aos aspectos emocionais dos mesmos e a atenção multiprofissional na resolução dos problemas apresentados.

Maria José Comparini Nogueira de Sá
Coordenadora do Colegiado de Saúde Mental
Núcleo de Saúde - PUCCAMP

Apresentação

Neury J. Botega¹

Na estratégia traçada para a reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil é de fundamental relevância a expansão dos serviços prestados em hospitais gerais. O profissional que atua na área de saúde mental, ao contar com importantes contribuições da psicologia e das ciências sociais, pode atuar de modo operativo em vasta gama de serviços no hospital geral. Além das unidades de internação, a atenção em saúde mental estabeleceu-se nos pronto-socorros, interconsultas, ambulatorios e unidades de atendimento integrado. A provisão de assistência tem se estendido às equipes de saúde e ao paciente que busca o hospital geral apresentando comorbidade psiquiátrica, dificuldades emocionais, hábitos de vida prejudiciais à saúde, ou transtornos de comportamento requerendo atenção específica.

A existência de serviços de saúde mental no hospital geral também tem sido reconhecida como importante recurso na formação de profissionais da saúde, propiciando-lhes conhecimento interdisciplinar e capacitação para lidar com problemas psicossociais em pacientes clínicos e cirúrgicos.

Observa-se em nosso meio a existência de um “processo de aproximação” entre profissionais de saúde mental e o hospital geral. O início desse processo dá-se com a provisão de interconsultas a pacientes internados, geralmente levadas a cabo por um grupo mais entusiasta de profissionais. Em decorrência desse trabalho, maior espaço vai sendo conquistado na instituição, como assessoria ao pronto-socorro, leitos para internação. Mais tardiamente, programas formais de assistência, ensino e pesquisa começam a se estabelecer.

É preciso reconhecer, entretanto, que: 1. o hospital geral deve ser apenas uma estratégia em uma

rede de alternativas assistenciais, intra e extramurais, a serem oferecidas ao doente mental e sua família. Não se trata de simplesmente “trocar” hospitais psiquiátricos por unidades de internação em hospitais gerais; 2. apesar do entusiasmo das idéias, e de algumas experiências frutíferas no Brasil, a extensão de serviços além do âmbito acadêmico ainda é incipiente. Apenas 2% dos leitos psiquiátricos, por exemplo, encontram-se em hospitais gerais; 3. a questão do financiamento é nevrálgica. Embora reconheça-se o esforço do governo, através do SUS, em remunerar de modo diferencial diversos procedimentos no campo de saúde mental, o valor efetivamente pago beira o irrisório. Não atrai os administradores hospitalares. O pagamento da interconsulta, bem como do trabalho junto à equipe assistencial, também não é cotejado.

Nesse contexto, a reestruturação da assistência em saúde mental, garantindo ao hospital geral seu papel estratégico na atenção à saúde, certamente dependerá de esforços conjuntos da universidade (modelo assistencial, capacitação profissional e pesquisa) e dos administradores de saúde. Foi com o intuito de incrementar essa discussão que o Núcleo de Saúde da PUCCAMP promoveu em Campinas - SP, em 7 de outubro de 1995, a II Jornada de Saúde Mental no Hospital Geral.

O tema central desta jornada foi a interdisciplinaridade, o que proporcionou a participação de várias categorias profissionais. As duas conferências ocorridas no evento, bem como alguns relatos de mesas-redondas e de painéis encontram-se aqui reunidos. Esperamos que possam acalantar o debate e o amadurecimento das idéias relativas ao trabalho em saúde mental nos hospitais gerais.

(1) Professor Assistente, Doutor, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiátrica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ALVES BRASIL, M.A. A unidade psiquiátrica em hospital geral. Rio de Janeiro : [s.n.], 1982. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psiquiatria da Universidade do Rio de Janeiro, 1982.
2. BOTEGA, N.J. Consultation-liaison psychiatry in Brasil: psychiatric residency training. *General Hospital Psychiatry*, New York, v.14, n.3, p.186-191, 1992.
3. _____. *Serviços de saúde mental no hospital geral*. Campinas : Papirus, 1995.
4. _____, DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo : Hucitec, 1993.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. *Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental*. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.
6. LIPOWSKI, Z.J. Consultation-liaison psychiatry: the first half-century. *General Hospital Psychiatry*, New York, v.8, p.305-315, 1986.
7. MAYOU, R., HUYSE, F.J. The european consultation-liaison work-group: consultation-liaison psychiatry in Western Europe. *General Hospital Psychiatry*, New York, v.13, p.188-208, 1991.
8. MIGUEL FILHO, E.C., RAMADAM, Z.B.A., MALBEGIER, A., SOUZA, D.G. (ed). *Interconsulta psiquiátrica no Brasil*. São Paulo : Asturias, 1990.
9. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação*. Milão : Instituto Mario Negri/OPAS, 1990.

Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde

Alfredo Schechtman¹
Domingos Sávio do N. Alves¹
Rosane Correia e Silva¹

A assistência em saúde mental no Brasil foi, durante cento e cinquenta anos, praticamente sinônimo de assistência prestada em hospitais psiquiátricos.

Da precariedade dessa assistência temos testemunhos e críticas desde o século passado, bastando lembrar Machado de Assis (“O Alienista”) e Lima Barreto (“Cemitério de Vivos”), bem como autores médicos que apontavam nessa direção, ainda que para ressaltar a premência de receberem maior autonomia de gestão (Teixeira Brandão e Juliano Moreira).

Após a 2ª guerra mundial, no bojo da redemocratização europeia, os hospitais psiquiátricos são alvo de crítica, caracterizados como instituições totais, destacando-se o trabalho institucional de Tosquelles e Oury na França e Jones na Grã-Bretanha, com a introdução das comunidades terapêuticas.

No Brasil, a partir da década de 60, desenvolvem-se as experiências de comunidade terapêutica (fortemente marcada pela influência crescente da psicanálise entre nós), veiculando uma crítica ao modelo hospitalar de cunho asilar, mas sem deixarem de ser projetos-piloto, de limitado alcance na reformulação mais ampla do modelo assistencial.

A partir da década de 70, com a unificação dos diversos institutos previdenciários no então INPS, amplia-se a assistência hospitalar psiquiátrica calcada no modelo de contratação de serviços, propiciando uma enorme expansão da rede hospitalar privada. Assim, para um tratamento de resultados mais do que questionáveis, os gastos em assistência psiquiátrica tornaram-se bastante elevados, constituindo-se nos últimos dez anos em uma das três maiores despesas com internação do sistema de saúde.

Este modelo centrado no hospital tinha e tem um custo social elevado, com todas as decorrências, já

apontadas por diversas críticas, dos efeitos estigmatizadores e cronificadores da internação psiquiátrica.

Na década de 80, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde empreende um movimento de humanização dos hospitais próprios (Pinel, C. Juliano Moreira e CPPII), ao tempo em que o INAMPS, responsável então pelo controle do setor privado contratado, propunha medidas racionalizadoras, através do CONASP, com o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica. Várias secretarias estaduais incorporam-se a estas iniciativas e implantam programas de expansão da rede ambulatorial pública.

No plano internacional, em novembro de 1990, realiza-se a Conferência de Caracas, sob patrocínio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), de que resulta a “Declaração de Caracas”, da qual o Brasil é um dos países signatários, que conclama todos os governos a promover mudanças na atenção aos doentes mentais, reduzindo o peso do hospital psiquiátrico, humanizando o tratamento e realçando os direitos dos pacientes psiquiátricos.

Nesse contexto, embora críticas ao modelo de assistência não fossem novidade, tendo sido encampadas ao nível do discurso oficial a mais de dez anos, o processo de reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, como iniciativa do Ministério da Saúde, inicia-se a partir de 1991.

Tal ação só se torna possível como decorrência dos avanços alcançados pelos movimentos mais amplos e gerais de reforma sanitária, que culminam, no âmbito da legislação, com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde de 1990, e, no plano institucional, com a unificação do INAMPS ao Ministério da Saúde e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

(1) Médicos, Mestres em Medicina Social pelo IMS/UERJ.

Assim, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, publica várias portarias (189/91, 224/92, 407/92, 408/92 e 88/93) alterando o financiamento das ações de saúde mental e, sobretudo, estabelecendo regras para o funcionamento dos serviços psiquiátricos mantidos com recursos públicos.

A título de exemplificação, destacamos duas destas portarias: a primeira, 189/91, mudando as regras de financiamento, colocando nas tabelas dos Sistemas de Internação Hospitalar e Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde a remuneração de procedimentos tais como: hospital-dia, núcleos e centros de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas, atendimento em grupo e visita domiciliar.

A segunda portaria destacada, 407/92, inicia o processo de exigência de humanização dos hospitais psiquiátricos, dimensionando equipe terapêutica mínima, proibindo celas fortes e violação de correspondência dos pacientes internados.

Ao mesmo tempo em que se buscava compatibilizar o valor da remuneração dos procedimentos com a qualidade ofertada, procurava-se ampliar o campo de assistência para o plano extra-hospitalar.

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem procurado atuar em diversos foros coletivos, constituindo um colegiado de coordenadores estaduais de saúde mental e um grupo de trabalho (GT 321) de revisão das Tabelas de Procedimentos.

Todo este processo tem sido pactuado, através do debate mais intenso possível, com os setores sociais interessados. Prova disso foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, reunindo mais de mil pessoas em Brasília, após as etapas municipais e estaduais, e a criação, por indicação desta Conferência, da Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, que se reúne a partir do ano de 1994, na condição de Câmara Técnica do Conselho Nacional de Saúde.

Com a finalidade de avaliar continuamente a assistência hospitalar é constituído um grupo de supervisores, ao nível federal, com o objetivo de acompanhar o processo de acreditação dos hospitais

que se habilitavam a passar para níveis de melhor remuneração, aos quais deveria corresponder uma melhor assistência prestada.

Nessa perspectiva, em abril de 1994, extinguiu-se o procedimento Psiquiatria I, sendo fechados aqueles hospitais sem o mínimo de condições pactuadas para a devida reclassificação, e, em julho de 1995, deverá ser extinto o procedimento Psiquiatria III, atingindo aqueles hospitais que não alcançaram o patamar definido pelas sucessivas portarias ministeriais reguladoras da matéria.

Em decorrência desse processo, o número de hospitais psiquiátricos no Brasil reduziu-se de 313 (1991) para 280 (1995), enquanto o número de leitos especializados caía de 86 para 72 mil no mesmo período.

Paralelo a este processo de controle da assistência hospitalar, e de modo a que de fato tenhamos substituição do modelo e não desassistência, inicia-se o processo de expansão da assistência extra-hospitalar. De 3 NAPS e CAPS em 1991, temos hoje 124 financiados pelo SUS e cerca de 2.000 leitos em hospital geral.

Além desse processo contínuo de acompanhamento da situação da assistência hospitalar, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde encampou proposta da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica de um plano de investimento para instalação de CAPS/NAPS, em análise no Conselho Nacional de Saúde, que propõe a implantação de 400 novos serviços extra-hospitalares no próximo quadriênio em todo o país; implantando-se paralelamente o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que pretende a reinserção social da chamada clientela cativa dos hospitais psiquiátricos (pacientes com longos tempos de internação), propiciando ao mesmo tempo a instituição e/ou consolidação de serviços municipais de saúde mental no país.

Por fim, cabe lembrar que, para que o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica seja bem sucedido, é de fundamental importância a capacitação de pessoal em novos moldes e em larga escala, de modo a que tenhamos uma assistência em saúde mental condigna com a contemporaneidade.

Brasília, abril de 1995

Dilemas éticos na prática médica

Luiz Antonio Nogueira Martins¹

No início da década de 1960, havia, no meio científico, uma tendência a se considerar que, em breve, ocorreria uma revolução biológica que iria produzir efeitos tão significativos quanto os que a revolução nuclear havia provocado na humanidade⁹. Alguns anos mais tarde, os transplantes cardíacos vieram confirmar essas previsões. Desde então, o ritmo de mudanças na Medicina tem sido impressionante. Estima-se que o volume de conhecimentos em Medicina se duplique a cada dez anos. Novos trabalhos de investigação biomédica estão revelando a intimidade da célula humana e os mistérios do câncer e de outras enfermidades. A terapia genética poderá, a médio prazo, acabar com algumas doenças hereditárias. Continuam avançando as técnicas para o transplante de órgãos. Os transplantes de coração, fígado, rim, pâncreas, pele, ossos e córnea são uma realidade do cotidiano. O implante de cérebro para a cura do mal de Parkinson tem sido testado em seres humanos. O *laser* está conseguindo destruir a placa aterosclerótica dentro das artérias coronárias humanas; a ressonância magnética permite examinar o cérebro e o sistema nervoso com uma precisão impressionante de detalhes⁸.

Nos anos 70, um famoso caso judicial nos EUA comoveu o mundo: os pais da jovem Karen Quinlan - que estava há vários anos em estado vegetativo - entraram na justiça com um pedido para que os médicos desligassem os aparelhos que mantinham sua filha viva. Esse caso suscitou um intenso debate sobre o direito de viver e morrer^{3,10}.

O surgimento da AIDS, nos anos 80, com todo o cortejo de profundas repercussões na humanidade, produziu um incremento do debate ético na medida em que há um conjunto de questões éticas que permeiam o trabalho médico com pacientes aidéticos^{1,9,11,12} conforme pode ser observado nos depoimentos de médicos residentes⁷:

*“... é muito estressante, para mim, o risco de contaminação em atos médicos de intervenção, como por exemplo a passagem de **intra-cath** com sangramento intenso de paciente portador de AIDS. Se, por um lado, sabemos que o risco existe e não é pequeno, por outro lado, não podemos deixar de dar toda a assistência necessária no sentido de manter as condições de vida para o paciente.”*

R2, Clínica Médica

“... é difícil atender pacientes que você sabe que são portadores do vírus HIV e que insistem em continuar com comportamentos de risco, podendo contaminar outras pessoas.”

R2, Clínica Médica

Nos anos 90, os importantes progressos associados a novas tecnologias tem provocado grandes dilemas morais. O ritmo acelerado de surgimento de novas técnicas e procedimentos tem gerado situações inusitadas no campo do trabalho médico. Bebês de proveta, úteros de aluguel, mães sexagenárias e a comercialização de órgãos para transplantes, são alguns exemplos decorrentes do desenvolvimento dessas novas técnicas. A engenharia genética, certamente, em breve, acrescentará outros itens a este rol de situações inusitadas.

No campo das tecnologias reprodutivas, vários dilemas se delinham²:

- o direito de conhecer a bagagem genética x anonimato do doador
- possibilidades técnicas x limite psicológico do casal (número de tentativas)
- possibilidades técnicas x limite de idade
- inalienabilidade da pessoa x comercialização de gametas, aluguel de útero.

(1) Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

O fato é que há uma defasagem entre a velocidade do avanço tecnológico e as mudanças que ocorrem no campo da Moral que, por tratar da codificação de costumes, exige um tempo de decantação. Esta diferença de velocidades cria um hiato onde crescem os dilemas éticos.

Na prática médica, certas situações dilemáticas são muito estressantes e tendem a produzir intensas reações emocionais nos médicos diretamente envolvidos na assistência médica. Vale citar alguns exemplos típicos que ilustram este contexto carregado de conflitos éticos e psicológicos:

- recusa de indicação de cirurgia mutiladora;
- pedido da família para não informar ao paciente o diagnóstico de câncer;
- paciente que se recusa a continuar quimioterapia ou diálise;
- decisão sobre continuidade ou interrupção de tratamento;
- família que quer retirar o paciente do hospital, apesar da gravidade do caso;
- prioridade na ocupação de um leito na UTI;
- pedido de aborto formulado por antiga cliente
- paciente que, por razões religiosas, não aceita transfusão de sangue.

Estas e outras tantas situações do cotidiano da vida hospitalar tendem a crescer com os progressos tecnológicos em Medicina, gerando situações difíceis e conflituosas para o médico em sua relação com os pacientes e familiares⁶.

O Serviço de Interconsulta de um hospital constitui valioso recurso a ser utilizado pelos médicos internistas para lidar com os dilemas éticos que se apresentam no cotidiano da vida hospitalar^{4,5}.

A interconsulta médico-psicológica enquanto instrumento metodológico, torna possível, através de uma compreensão psicológica da relação médico-paciente, auxiliar o profissional a manter e/ou restaurar a possibilidade de uma relação assistencial terapêutica.

Considerando-se que os dilemas éticos em Medicina se dramatizam em relação médico-paciente e que a Psicologia Médica se ocupa fundamentalmente do estudo dessa relação, a interconsulta tem se revelado um momento privilegiado para o estudo, pesquisa e ensino de Psicologia Médica e Ética Médica. A análise dos fenômenos psicológicos que se desenrolam na interação médico-paciente quando estão em jogo questões éticas pode contribuir para a difícil tarefa de lidar com os inevitáveis e crescentes dilemas da prática médica.

Muitos dilemas se relacionam com o predomínio de uma forte rigidez na relação médico-paciente. Esta rigidez aparece tanto no médico quanto no paciente. A Psicologia nos ensina que esta rigidez é, na grande maioria das vezes, um mecanismo de defesa para evitar as angústias associadas a vivências de impotência, insegurança, incerteza, dúvidas e dilemas inerentes à condição humana. Nós, humanos, tendemos a ser mais rígidos e autoritários quanto mais inseguros estamos. Evitar o contato com a fragilidade e o desamparo intrínsecos à nossa condição humana é a função básica desse mecanismo psicológico defensivo.

Um aspecto que merece ser ressaltado em relação aos dilemas éticos se refere à mudança de valores e atitudes que os avanços técnicos e o conhecimento médico acarretam. Os progressos tecnológicos, em certos momentos, podem ser comparados a "iscas apetitosas" que estimulam o desejo humano de ter poderes ilimitados. Há uma tendência do indivíduo - tanto médicos quanto pacientes ou familiares - a se identificar com esses novos conhecimentos, de forma a incorporá-los em seus pensamentos e ações, gerando uma adesão emocional. O grau de adesão emocional pode facilmente levar o indivíduo do interesse para o entusiasmo, podendo desaguar na intolerância. A adesão emocional, que tende a ser irracional e incondicional, pode levar à dificuldade de aceitar plenamente a existência de um dilema.

Em nossa experiência, temos observado que a explicitação do dilema traz mudanças significativas no campo internacional, encaminhando, não raro, para uma resolução compartilhada dos problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS. Ethical issues involved in the growing AIDS crisis. *JAMA*, Chicago, v.259, n.9, p.1360-1362, 1988.
2. GRUPO CIENTÍFICO DE LA OMS SOBRE ADELANTOS RECIENTES EN MATERIA DE CONCEPCIÓN CON AYUDA MEDICA. *Adelantos recientes en materia de concepción con ayuda médica: informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra : OMS, 1992. 111p. (Série de informes técnicos, n.820).
3. MORI, M. A vida não é mais sagrada. *Jornal do CFM*, Brasília, n.60, p.8-9, 1995.

4. NOGUEIRA-MARTINS, L.A. A propósito de uma experiência interdisciplinar em um hospital de ensino. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.15, n.2, p.74-80, 1982.
5. _____. Consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do Hospital São Paulo. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v.11, n.4, p.160-164, 1989.
6. _____. et al. Dilemas éticos no hospital geral. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.24, n.1/2, p.28-34, 1991.
7. _____. *Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse*. São Paulo : [s.n.], 1994. Dissertação (Mestre em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, 1994.
8. PEKKANEN, J. *Médicos*. Buenos Aires : Atlantida, 1990. 272p.
9. SHAPIRO, M.F. et al. Residents' experiences in, and attitudes toward, the care of persons with AIDS in Canada, France and the United States. *JAMA*, Chicago, v.268, n.4, p.510-515, 1992.
10. VAUX, K. *El derecho a vivir: medicina moderna y futuro humano*. Buenos Aires : La Aurora, 1972. 278p.
11. WEINBERGER, M. et al. Physicians' attitudes and practices regarding treatment of HIV infected patients. *South Medical Journal*, Birmingham, v.85, n.7, p.683-686, 1992.
12. WINKENWERDER, W. Ethical dilemmas for house staff physicians: the care of critically ill and dying patients. *JAMA*, Chicago, v.254, n.24, p.3454-3457, 1985.
13. ZUGER, A., MILES, S.H. Physicians, AIDS and occupational risk: historic traditions and ethical obligations. *JAMA*, Chicago, v.258, n.14, p.1924-1928, 1987.

A questão da interdisciplinaridade na saúde¹

Maria de Lourdes Feriotti²

A Interdisciplinaridade não é um problema que afeta particular ou exclusivamente o Hospital Geral ou a Saúde. É antes de tudo uma questão a ser enfrentada neste momento histórico pela própria Ciência e pela organização das diferentes formas de produção ou Trabalho.

A Interdisciplinaridade, tão aclamada atualmente, é uma necessidade que o próprio processo histórico científico e social vem nos determinar como tarefa ou desafio. Para sua abordagem se faz portanto necessário buscar na própria história os fatores determinantes e as possibilidades de superação.

A Ciência Moderna, marcada pelo método positivista de investigação da realidade, imprimiu um desenvolvimento fragmentado, setorizado e especializado do conhecimento nas diversas áreas do saber humano, gerando até mesmo uma categorização dos problemas *em científicos e não científicos ou filósofos*¹.

Esta fragmentação foi a forma encontrada pela Ciência para abarcar e controlar o próprio crescimento do saber.

O movimento de especialização gerou portanto a formação de **disciplinas**, com o objetivo de delimitar campos e formas de abordagem de determinados aspectos da realidade.

A **Disciplina** caracteriza-se, portanto, como métodos específicos de abordagem de um determinado aspecto da realidade, ou de um pequena parte do todo.

O movimento de especialização não apenas definiu disciplinas como também imprimiu a lógica da setorização na própria organização social do trabalho. Vide a criação de tantas profissões dentro de uma mesma área, assim como de diferentes

especialidades dentro de uma mesma profissão. À lógica da divisão social do trabalho imprime-se ainda a característica do racionalismo da Ciência Moderna que, além de estabelecer compartimentos fragmentados do saber, estabelece ainda uma cisão entre a Razão [saber] e a ação [fazer]. E é sobre esta lógica que se contrói a organização hierárquica do poder: o domínio da razão sobre a ação na organização das diferentes formas de produção.

Este método vem determinando, na atualidade, uma crescente insatisfação de respostas às novas demandas do conhecimento e da problemática social.

Enquanto processo histórico, tanto a Ciência quanto as diferentes formas de produção, encontram-se hoje frente a um desafio.

A este nosso momento, o mundo contemporâneo, alguns autores (Lyotard, Derrida, Baudrillard) tem atribuído a idéia de “Condição Pós-Moderna”, buscando identificá-lo como um período de contradições a serem vividas e superadas na busca de uma compreensão mais plena e complexa da realidade. Este período ainda está em construção e é caracterizado pelas incertezas, pelas probabilidades e pelo relativismo. É marcado por uma visão **poliocular e descentralizada** na abordagem da realidade e entende a produção do conhecimento não mais como a elaboração de leis universais, invariáveis e infalíveis, mas sim como processual, histórica, coletiva e derivada da praxis humana, buscando eliminar a cisão entre o fazer e o pensar e religar a Ciência e a Filosofia².

Na perspectiva de construção coletiva do conhecimento e vencendo a barreira entre teoria e prática, o trabalho, enquanto praxis, passa a ser valorizado e coloca sobre nós [técnicos] a responsabilidade de integração a este processo de transformação das antigas e bem alicerçadas estruturas de poder.

A Interdisciplinaridade coloca-se como condição para o desenvolvimento deste processo, uma vez que objetiva quebrar as barreiras dos fragmentos das diversas áreas do conhecimento, na

(1) Palestra na Mesa Redonda “Interdisciplinaridade no Hospital Geral” da II Jornada de Saúde Mental no Hospital Geral, Núcleo de Saúde PUCCAMP, 07/10/95.

(2) Terapeuta Ocupacional, Especialista em Filosofia da Educação, Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP

busca da integração ou da unidade, a partir da superação das contradições geradas pela própria relação entre as disciplinas.

Faz-se ainda necessário definir o termo **interdisciplinaridade**, uma vez que diferentes significados tem sido a ele atribuídos.

Utilizei-me de uma proposta apresentada por Hilton JAPIASSU¹ que trabalha com quatro conceitos básicos: Multi, Pluri, Inter e Transdisciplinaridade. Estes conceitos constituem um esquema de aproximação gradual do processo de integração das disciplinas, de acordo com o grau de coordenação, cooperação e intensidade de trocas entre os especialistas.

A **Multidisciplinaridade** define-se pela proposta simultânea de diferentes disciplinas, sem aparecer as relações existentes entre elas, com objetivos múltiplos e nenhuma cooperação.

A **Pluridisciplinaridade** é a justaposição de diversas disciplinas agrupadas de modo a aparecer as relações existentes entre elas, com objetivos múltiplos, alguma cooperação, mas sem coordenação.

A **Interdisciplinaridade** é um grupo de disciplinas conexas, com finalidade e coordenação no nível superior, caracterizado por interações propriamente ditas, reciprocidade nos intercâmbios que gera enriquecimento para cada disciplina, incorporação dos resultados das várias especialidades, empréstimo e troca de instrumentos e técnicas metodológicas entre as disciplinas, com o objetivo de religar as fronteiras entre elas porém assegurando a cada uma a sua especificidade.

A **Transdisciplinaridade** seria a superação das fronteiras e especificidades de cada disciplina. Mais do que interação e reciprocidade entre as especialidades, busca a integração destas no interior de um sistema total, sem fronteiras estabelecidas. A coordenação tem em vista uma finalidade comum dos sistemas.

Esta graduação visa, em última instância a *convergência das disciplinas em direção à unidade*. Sob esta ótica, as duas primeiras [Multi e Pluridisciplinaridade] mantêm a característica de paralelismo e justaposição, enquanto as duas últimas [Inter e Transdisciplinaridade] buscam a efetivação de integrações reais.

O momento atual melhor se caracterizaria pela transição da Pluri para a Interdisciplinaridade, sendo a Transdisciplinaridade considerada ainda como a superação ou a síntese a ser atingida.

Buscando agora focalizar a análise na prática das equipes de Saúde, tentarei apontar algumas das

dificuldades e características do trabalho observadas durante minha prática profissional. A observância destes aspectos deveu-se principalmente à frequência e repetição dos fatos em diferentes instituições e equipes de Saúde Mental:

- o trabalho em equipe tem-se caracterizado como uma tentativa de ajuntamento de disciplinas ou ações fragmentadas de diferentes profissionais, sem a definição ou incorporação de um projeto unitário do Serviço;
- pela própria formação acadêmica, cada profissional desconhece as potencialidades, objetivos e recursos técnicos dos demais, levando assim a uma diminuição do espectro de possibilidades para abordagem do problema;
- linguagem específica de cada profissional diferencia-se das demais provocando dificuldades de comunicação e ausência do confronto ou integração de diferentes abordagens técnicas e ideológicas;
- nem sempre os profissionais se compreendem como apenas parte de um todo complexo da saúde e buscam [a partir de diferentes concepções de Saúde] priorizar e valorizar mais um ou outro enfoque, estabelecendo assim critérios hierárquicos de poder;
- os conflitos da equipe [que poderiam ser vividos de forma fecunda e criativa] normalmente não são afrontados objetivamente e o grupo tenta encontrar seu “ponto de equilíbrio” num “ponto de acomodação” que, de certa forma, protege o grupo e a própria estrutura institucional, que permanece inabalada;
- a busca deste “ponto de acomodação” frente ao conflito eminente da equipe, muitas vezes tende para a definição de papéis e estabelecimento de limites de ação para cada profissional ou disciplina. Este processo nem sempre obedece a lógica de coordenação de projetos mas sim a lógica de uma prática corporativa e competitiva que estabelece cada vez mais fronteiras disciplinares e o jogo do poder e
- o excesso de trabalho, as organizações hierárquicas e burocráticas do poder, as baixas remunerações e as demais determinações institucionais de uma prática fragmentada, contribuem para que cada profissional realize suas tarefas isoladamente e absorva individualmente [ou horizontalmente entre os colegas afins] as impotências e insatisfações, sem que isto seja refletido e contextualizado na

própria estrutura institucional e perdendo assim a possibilidade de identificar o quanto suas próprias relações de e com o trabalho estão, em si mesmas, institucionalizadas.

Estas dificuldades acabam gerando problemas que implicam direta e indiretamente na diminuição da qualidade do serviço prestado, na ausência, fragilidade ou frustração de projetos, na má utilização ou pouca racionalização de recursos humanos e na constante insatisfação profissional.

Não apenas as instituições de Saúde atuam na lógica fragmentar, mas a própria formação acadêmica e cultural dos profissionais e a constituição do Conhecimento se deram e ainda se dão a lógica do Positivismo.

Abordar este problema não é portanto tarefa fácil, pois a transformação destas relações implica na transformação de estruturas institucionais historicamente construídas e, por conseguinte, de hábitos adquiridos pela cultura da Sociedade Moderna.

O empreendimento interdisciplinar, enquanto necessidade histórica, ainda está em construção e todos fazemos parte deste processo. Muitos são os obstáculos desta construção e a receita ainda não está

pronta. No entanto, alguns caminhos já apontam para a busca desta nova praxis. Não se trata de abandonar ou negar o conhecimento adquirido, mas sim de recontextualizá-lo e transformá-lo ao som da "valsa das contradições".

Para dançar esta valsa é necessário, antes de tudo, uma mudança de ATITUDE quer relacional, quer de abordagem da realidade.

Nesta dança, embora tenhamos que enfrentar obstáculos psicológicos, culturais, sociais, pedagógicos, ideológicos, técnicos, etc, parece-me que o ponto de partida encontra-se na transformação da lógica do poder hoje instituída que acaba por definir, manter e promover a ausência de uma praxis efetivamente coletiva e a cisão entre o saber e o fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro : Imago, 1976.
2. PÁDUA, E.M.M. *Filosofia e ciência: a construção de paradigmas*. Campinas, Instituto de Filosofia/PUCCAMP, 1994. (Mimeografado).

Reflexões sobre a intervenção em crise

Paulo Vicente Bloise¹

Intervenção em crise: breve histórico

Dentre as diversas formas de se estudar a evolução das intervenções, escolhemos três momentos que nos pareceram importantes: o militarista, os trabalhos de LINDEMANN¹⁴ e os estudos de CAPLAN⁷.

Um das intervenções breves mais antigas em psiquiatria, visando prevenção de hospitalização e incapacidade crônica, ocorreu com a atuação de psiquiatras russos próximo a linha de fogo na guerra Russo-Japonesa (1904-1905). A experiência de psiquiatras próximos ao fronte, foi repetida na 1^a e 2^a Guerra Mundial¹.

Nos anos 40, houve a importante contribuição de Lindemann que estudou as vítimas de um incêndio. Desde então, inúmeras publicações se ocupam com as reações agudas ao estresse e suas formas de tratamento.

CAPLAN⁷ destaca-se entre outros autores pelo seu modelo de compreensão e intervenção em crise. Seu trabalho agrega aspectos da psicologia do ego dando destaque aos aspectos sociais e familiares. Descreveu a “homeostase emocional” que quando rompida, levaria o indivíduo à crise.

Objetivos da intervenção em crise

Desde os primórdios da intervenção à crise, já se visava minimizar as sequelas no paciente, diminuir o tempo e o custo do tratamento. A criação de vários centros de intervenção em crise na Europa, relacionou-se a ineficiência dos serviços psiquiátricos e a seus altos custos (Cooper citado por CUSTÓDIO, 1994)⁸.

Sabemos que nos anos 60 e 70, o movimento da anti-psiquiatria foi muito influente. Neste período, criou-se vários serviços de intervenção em crise, com objetivo de abolir as hospitalizações psiquiátricas

(Vergouwen, 1990 citado por CUSTÓDIO, 1994)⁸. Pode-se perguntar: “O que aconteceu com os pacientes que eram normalmente internados e que as vezes passavam a vida nesta situação?”.

O interesse por não institucionalizar começou em 1950, mas só se tornou uma política administrativa específica no final dos anos 60 e início dos 70⁵. Como resultado, houve uma redistribuição dos doentes crônicos, das instituições para a comunidade⁶. Desde então, o esvaziamento de hospitais se tornou sinônimo da não institucionalização e graças ao descobrimento dos neuroléticos, tornou-se mais fácil o tratamento dos pacientes que residiam em suas casas⁷. No entanto, esta visão mostrou-se simplista, já que não incluiu um segundo elemento do processo definido por Bertram Brown e Leona Bachrach (citado por GEORGE VOINESKOS)¹¹: a expansão e provisão de tratamentos comunitários e serviços de suporte para os doentes mentais.

Alguns artigos no início dos anos 80 se referiram a um novo tipo de paciente crônico jovem, que vivia na comunidade. Seria a primeira geração de pacientes psiquiatras crônicos que já teria crescido e adoecido na era da não institucionalização².

Como consequência da diminuição de internações de longo prazo, BASSUK⁴ conclui que aumentou a procura aos serviços de emergência e que estes assumiram mais responsabilidades no tratamento dos pacientes crônicos. Os serviços de emergência deixaram de ser meros triadores, e passaram a assumir outras funções, como: seguir o paciente por curtos períodos de tempo, passar informações para outros centros e discutir o manejo e planejamento dos doentes difíceis⁹.

Até onde se pretende chegar com um trabalho em crise?

A teoria da crise se originou estudando-se a relação de indivíduos sadios perturbados pelas ameaças

(1) Psiquiatra, Analista Junguiano e Coordenador do Ambulatório de Crise da Universidade Federal de São Paulo - EPM.

da vida. A sua aplicação, no entanto, se estendeu para pacientes psicóticos, onde se mostrou necessário oferecer-se procedimentos um pouco diversos¹⁹. Além de pacientes psicóticos, mostrou-se útil identificar grupos específicos de pacientes que teriam necessidades especiais de avaliação e tratamento. Entre eles, estariam adolescentes, idosos, vítimas de estupro e violência, os jovens crônicos e aidéticos¹⁰. LAMB¹³ postula a importância de se trabalhar intensivamente com os pacientes jovens, pois neste momento o indivíduo ainda têm objetivos na vida, não regridem muito com a doença e encontram-se motivados para efetuar mudanças.

A intervenção

Segundo MARMOR¹⁵, a intervenção se situaria entre dois pólos: o atendimento de emergência psiquiátrica, que procuraria dar alívio imediato e a psicoterapia breve, que visaria modificar a habilidade do paciente lidar com o estresse.

De uma forma geral, os métodos de intervenção dividem algumas características em comum¹⁹: oferecer a ajuda rapidamente, em um tempo limitado, lidando-se mais ao aqui e agora. Paciente com quadros severos, necessitam geralmente de uma equipe, de tratamento medicamentoso e terapia familiar.

A crise

Adotando-se uma visão clínica⁶, entendemos crise como um momento de ruptura, um corte, ou uma mudança de trajetória à um equilíbrio preestabelecido, ocasionando uma desarticulação psicossocial do indivíduo. Olhamos a crise como um diagnóstico situacional; que pode ocorrer em um indivíduo neurótico, psicótico ou não. A crise é algo móvel, sem contornos fixos, que se “alastra” para a família, ambiente de trabalho, o meio social, e os profissionais que o atendem, incluindo a instituição. É importante a equipe se deixar afetar e envolver, tornando-se um novo referencial na situação crítica.

Custo-benefício

Um assunto que tem despertado muita polêmica na literatura nos últimos anos é o custo e eficácia das

intervenções em crise e sua comparação com as intervenções psiquiátricas. Em linhas gerais, a corrente que defende as alternativas à hospitalização apresenta os seguintes argumentos: há uma economia em se manter o paciente na comunidade^{5,17}; caso haja uma internação para os pacientes tratados na comunidade, esta será mais curta e muito menos freqüente¹⁸; os pacientes se sentem mais satisfeitos não hospitalizados e há uma melhora clínica mais evidente neste grupo¹⁶.

Quanto as críticas a estas idéias, cito: em muitos estudos comparativos, o grupo de pacientes não internados tinha inicialmente menos sintomas que o grupo internado²⁰; alguns estudos mostraram que os custos dos tratamentos experimentais eram mais altos que os convencionais²⁰; mesmo em trabalhos que provam haver economia com a não hospitalização, esquece-se os gastos administrativos e judiciais, o tempo gasto pelos familiares e atendimentos extras²¹.

Para a equipe do ambulatório, parecia-nos que atender um indivíduo por dois ou três meses seria mais econômico que uma internação, uma estadia em hospital dia ou uma psicoterapia de longa duração. Por outro lado, se em uma internação um psiquiatra pode cuidar de 20, 30 pacientes, em nosso ambulatório há, para cada caso, um psiquiatra, um terapeuta ocupacional e terapeuta familiar, que oferecem até cinco horas de atendimentos semanais e recebem três horas de supervisões (para dois ou três casos).

Um outro aspecto, além do econômico, é a qualidade do serviço oferecido aos pacientes. Mesmo conhecendo-se a dificuldade para se avaliar esta qualidade, consideramos que com a precariedade de nossa rede de saúde pública, uma simples escuta com interesse real pelo paciente e uma certa disponibilidade de tempo, já seriam mais eficazes que serviços onde profissionais desmotivados e sobrecarregados prescrevem visando somente combater os sintomas.

Hospital geral

No incio da instalação do serviço de psiquiatria junto às outras especialidades no pronto socorro, houve uma grande dificuldade para sermos aceitos entre os médicos, enfermagem e serviço social. Até hoje é comum recebermos encaminhamento de pacientes que choram na sala de emergência dando-nos a impressão que para alguns colegas os sentimentos, mesmo normais, devem ser tratados pela psiquiatria. Dentre as vantagens em funcionarmos dentro de um hospital geral, citamos os

acompanhamentos concomitantes com a clínica médica e a maior facilidade diagnóstica de certos casos.

Sugestões para os atendimentos

- Construir um centro de crises: integrar sob uma mesma coordenação os serviços de interconsultas, hospital dia, ambulatório de crise e enfermaria para internações curtas. Desta forma o paciente poderia receber a ajuda adequada sem sentir-se abordado por visões diferentes e truncadas;
- Estudar e diferenciar-se os grupos de pacientes a fim de se oferecer ajuda específica e
- Formar um *staff* apropriado para o trabalho em situações de crise. Destacaríamos a enfermagem e assistentes sociais, que nos países de primeiro mundo exercem um papel fundamental nestes atendimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILERA, D.C. *Crisis intervention: theory and methodology*. St. Louis : Mosby, 1994. p.1-12.
2. BACHRACH, L.L. Young adult chronic patients: an analytical review of the literature. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.53, p.189-197, 1981.
3. BARTOLUCCI, G., DRAYER, C.S. An overview of crisis intervention in the emergency rooms of general hospitals. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.130-9, p.953-960, 1973.
4. BASSUK, E.L. The impact of deinstitutionalization on the general hospital psychiatric emergency ward. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.31, p.623-627, 1980.
5. BENGELSDORF, H., CHURCH, J.O., KAYE, R.A., ORLOWSKI, B., ALDEN, D.C. The cost effectiveness of crisis intervention. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Baltimore, v.181, n.12, p.757-762, 1993.
6. BLOISE, P.V. Crise e multidisciplinaridade. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.26, n.1/2, p.23-27, 1993. (Errata: *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.27, n.1, p.28, 1994).
7. CAPLAN, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Petrópolis : Zahar, 1980. p.40-69.
8. CUSTÓDIO, O., JORGE, M.R. Crise e intervenção em crise: considerações básicas. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, v.27, n.2, p.7-12, 1994.
9. ELLISON, J., WARFF, E.A. More than a gateway: the role of the emergency psychiatry service in the community mental health network. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.36, p.180-185, 1985.
10. _____, HUGES, D.H., WHITE, K.A. An emergency psychiatry update. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.40, n.3, p.250-254, 1989.
11. GEORGE VOINESKOS, M.D. New chronic patients in the emergency service. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, Ottawa, v.10, n.2, p.95-100, 1985.
12. GOLDMAN, H.H., ADAMS, N.H., TAUBE, C.A. Deinstitutionalization: the data demythologized. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.34, p.129-134, 1981.
13. LAMB, H.R. Young adult chronic patients: the new drifters. *Hospital and Community Psychiatry*, Washington, v.33, n.6, p.465-468, 1982.
14. LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.101, p.141-148, 1944.
15. MARMOR, J. Short-term dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.136, n.2, p.149-155, 1979.
16. MERSON, S., TYRER, P., ONYETT, S., LACK, S., BIRKETT, P., LYNCH, S., JOHNSON, T. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet*, London, v.339, p.1311-1314, 1992.
17. MOSHER, L.R. Alternatives to psychiatric hospitalization. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v.309, p.1579-1580, 1983.
18. MUIJEN, M., MARKS, I.M., CONNOLLY, J., AUDINI, B., McNAMEE, G. The daily programme. *British Journal of Psychiatry*, London, v.160, p.379-384, 1992.
19. SZMUKLER, G.I. The place of crisis intervention in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, New South Wales, v.21, p.24-37, 1987.

20. TANTAM, T. Alternatives to psychiatric hospitalization. *British Journal of Psychiatry*, London, v.146, p.1-4, 1985.
21. WEICH, S.R. Cost-benefit of the daily living programme. *British Journal of Psychiatry*, London, v.161, p.715-716, 1992.

Avaliação do programa de atendimento a pacientes alcoolistas em um hospital universitário

Maurício Luiz Lopes¹

INTRODUÇÃO

Vários estudos indicam a importância do alcoolismo no Brasil e poucas são as informações relativas à sua prevalência^{2,6}. Conforme estudos epidemiológicos do Ministério da Saúde há uma prevalência de 8% a 10% de abuso e dependência do álcool na população adulta e que 9% a 32% dos leitos em hospitais gerais eram ocupados por pacientes que apresentavam abusivo consumo de bebidas alcoólicas. Apesar desta alta prevalência, o alcoolismo, freqüentemente, não é diagnosticado nas consultas e internações, quer por falta de um sistema de diagnóstico mais preciso quer pela questão da própria definição¹.

Ocorre a dificuldade no município de Campinas de ações integradas dentro de um plano terapêutico e preventivo aos pacientes alcoolistas e às suas famílias. Muitas ações eficazes perdem-se com o tempo, equipes são desfeitas, falta de continuidade e incentivo das instituições e baixa adesão dos pacientes aos programas estabelecidos são algumas das reais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde mental dispostos ao planejamento terapêutico aos alcoolistas.

O Serviço de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro/PUCCAMP vem, desde 1987, prestando assistência a pacientes em uso abusivo de álcool, sofrendo também a diversidade de ações terapêuticas ao longo destes anos.

APRESENTAÇÃO

O atendimento aos pacientes alcoolistas começou ocorrer de forma mais sistematizada com o advento da UPU (Unidade Psiquiátrica de Urgência) a partir de 1987, com a enorme demanda de pacientes de Campinas e dos municípios próximos. A atenção a esses pacientes era internação para desintoxicação num período de até 72 horas. Muitas transferências para hospitais psiquiátricos de longa permanência eram feitas.

O Pronto Socorro Psiquiátrico era um serviço de referência de uma macro região, recebendo pacientes de hospitais municipais e Centros de Saúde de Campinas e cidade vizinhas, do serviço policial, do Centro de Atendimento ao Migrante, por familiares ou mesmo por iniciativa do próprio indivíduo⁵.

Crítérios para internação na UPU e para transferências foram criados e protocolo de internação, exames laboratoriais de rotina e treinamento de equipe foram realizados. Dados de 1990 indicam que 52% dos casos eram internados, ocorrendo diminuição significativa de 21% em 1992. Essas internações relacionavam-se sobretudo com co-morbidade clínica e exigia a atenção em hospital geral. As transferências para hospitais psiquiátricos também reduziram-se acentuadamente⁵.

O ambulatório de alcoolismo foi criado como retaguarda àqueles casos encaminhados do P.S. e para os egressos de internação na UPU, com atividades de grupoterapia e atendimento individual medicamentoso e grupos de família.

O serviço de interconsultoria psiquiátrica também foi criado, com aumento gradual dos pedidos de interconsultas para casos de alcoolismo diagnosticados nos demais leitos do hospital.

A partir do início de 1995 houve uma mudança básica na estrutura do P.S., deixando de existir o P.S.

(1) Coordenador do Serviço de Emergência Psiquiátrica e do Programa de Alcoolismo do Hospital e Maternidade Celso Pierro/PUCCAMP, Médico Assistente da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro/PUCCAMP.

Psiquiátrico, reestruturando-se em Serviço de Emergência Psiquiátrica. Todos os pacientes do P.S. adulto são avaliados pelo clínico e quando necessário é avaliado pelo plantonista de psiquiatria. O serviço social, como integrante da equipe, orienta todos os pacientes de saúde mental antes do atendimento clínico, podendo solicitar avaliação psiquiátrica direta dos pacientes que chegam com encaminhamento de outro serviço, principalmente dos centros de saúde da região sul e oeste de Campinas.

Paralelamente a estas mudanças, os centros de saúde do município de Campinas também apresentam-se em fase de reestruturação, aumentando gradualmente o número de profissionais em saúde mental e com supervisão constante.

A grande demanda de pacientes com algum problema relacionado ao álcool é agora atendida inicialmente pelo clínico e no próprio P.S. é feita a desintoxicação conjuntamente com a avaliação do psiquiatra.

As internações na enfermaria de psiquiatria estão sendo mais restritas aos casos de abstinência moderada e grave, co-morbidade clínica, quadros psicóticos associados, e aos pacientes com graves perturbações sócio-familiares.

Os pacientes atendidos e liberados do P.S. são encaminhados para os centros de saúde de Campinas e dos municípios vizinhos, assim como os pacientes que tiveram alta da enfermaria.

O Ambulatório de Alcoolismo hoje conta com um psiquiatra, uma assistente social e residentes em psiquiatria e não possui estrutura funcional e recursos humanos para atender todos os encaminhamentos de enfermaria e de P.S., porém vem atendendo os pacientes com co-morbidade psiquiátrica e pacientes que apresentem alguma disposição para tratamento.

A equipe também é solicitada frequentemente a apresentar cursos e orientações aos profissionais de saúde, contudo sem apoio adequado da instituição.

DISCUSSÃO

Sempre houve muita dificuldade em manter uma equipe mínima para empreender todas as ações necessárias, e identificamos dentre as várias a falta de incorporação do programa pela instituição, correndo-se o risco de extinção ou resistência apenas enquanto existirem pessoas que se propõem a conduzi-lo. Sendo necessário uma reestruturação técnica objetiva atual que possa adaptar-se às dificuldades enfrentadas pela instituição e pelos centros de saúde dos municípios⁴.

Entendemos hoje que a idealização de um único programa de alcoolismo para uma determinada região, mesmo que este proponha-se a cumprir os objetivos terapêuticos, é fadado ao isolamento, pois não mantém a continuidade de ações empreendidas nos diversos setores da comunidade².

Passamos gradualmente a valorizar e a priorizar as ações conjuntas com a comunidade local, com os Alcoólatras Anônimos, com os centros de saúde, assim como as condições clínicas, familiares e sociais indicativas de alcoolismo, valorizando o diagnóstico precoce e o investimento de ações terapêuticas multiprofissionais³.

Entendemos ainda, que o papel de um programa de alcoolismo no hospital universitário deveria ser o de complementar as ações empreendidas na comunidade e não repetir as mesmas ações, valorizar e tratar os casos de co-morbidade clínica e psiquiátrica encaminhados pelos centros de saúde, supervisionar e assessorar os profissionais de saúde das diversas instituições, propiciar através de interconsultorias a identificação precoce e encaminhamento terapêutico dos pacientes e valorizar a pesquisa no âmbito universitário favorecendo um melhor aprendizado aos alunos, internos e residentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo*. Brasília, 1994.
2. EDWARDS, G. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
3. KERR, F., SMAIRA, S.I., TORRES, A.R., ROSSINI, R. É possível melhorar o diagnóstico de alcoolismo?: avaliação do ensino de psiquiatria através de interconsultas em enfermarias de um hospital universitário. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v.11, n.2, p.81-85, 1989.
4. HETEM, L.A., MOISES, M., ZEVIANE, M. Dificuldades na formação e manutenção de grupo em instituição: o papel do terapeuta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.41, n.7, p.345-349, 1992.
5. MARCHI, R., BLATT, A.M., MOLINA, C.V.M., ALONSO, E.F., SERRANO, S.C. Análise da abordagem bio-psico-social de pacientes alcoolistas em um hospital geral universitário no período de um ano - 1992. *Revista de Ciências Médicas da PUCAMP*, Campinas, v.3, n.1, p.9-11, 1994.

6. REGO, R.A., OLIVEIRA, Z.M.A., BERALDO, F.A.N., OLIVEIRA, M.B., RAMOS, L.R. Epidemiologia do alcoolismo: prevalência de positividade do teste de CAGE em inquérito domiciliar no município de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v.13, n.2, p.75-80, 1991.

Está o hospital-dia indicado para pacientes em crise?

Luiz Fernando Paulin¹

O processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, também denominado de Reforma Psiquiátrica, que começou a ser implantado no início dos anos oitenta, em contraposição ao modelo tradicional, tipicamente hospitalocêntrico, segregador e cronificante, propôs uma rede de serviços em saúde mental, diversificada, descentralizada, integrada à rede de serviços de saúde e a outros recursos sócio-comunitários. Baseado nestes princípios⁵, novos modelos de atendimento foram criados, como pronto-socorro, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, ambulatório de saúde mental, lares abrigados, oficinas terapêuticas e, o denominado Hospital-Dia (HD)².

Segundo BANZATO et al.¹

“o Hospital-Dia é definido enquanto recurso assistencial de internação parcial que contribui para a diminuição da prática de exclusão do doente mental. Ele se constitui enquanto referência para os centros de saúde e ambulatórios de saúde mental, no intuito de evitar a internação integral e lidar com situações que demandam cuidados intensivos. Tem também por objetivo, respaldar os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, buscando reduzir o tempo de internação integral”.

Esta definição chama a atenção quanto ao papel do HD enquanto um serviço controlador de fluxo às internações integrais, bem como elemento alternativo à permanência, muitas vezes longa e desnecessárias no hospital psiquiátrico.

Vale, neste momento refletirmos se HD enquadrar-se-ia no perfil de serviço que se propõe ao atendimento do paciente “em crise”. Alguns autores caracterizam este serviço como específico para pacientes egressos de internações integrais⁴. Outros,

no entanto, entendem o HD como elemento acolhedor de pacientes em crise, sendo que o próprio Ministério da Saúde, através da portaria 224 de 29 de janeiro de 1992, propõe os HD como responsáveis pelo atendimento às apresentações agudas da doença mental, devendo “oferecer um cuidado intensivo por um período máximo de 45 dias, com uma estrutura de apoio que se aproxima do modelo médico”⁸.

Vale, neste momento, refletirmos um pouco daquilo que denominamos “crise”. Sifneos define crise como “uma resposta a acontecimentos perigosos, experimentada como um estado doloroso. É possível que, ao resolver a crise, o paciente possa ficar em melhor estado de espírito, superior ao de antes do início das dificuldades psicológicas se o paciente usar reações inadaptadas, o estado doloroso será intensificado, a crise se aprofundará e ocorrerá uma deteriorização progressiva”. O paciente em crise pede mais acolhimento que estimulação. Para ZUSMAN⁸,

“o papel de um HD é tanto terapêutico como profilático pois pode, a um só tempo, tratar um distúrbio emergente e contribuir para prevenção de futuros distúrbios oriundos de uma primeira ‘crise’ mal cuidada ou mal encaminhada”.

Para DELLÁCQUA & MEZZINA³,

“é seguramente difícil uma definição única de crise em psiquiatria. Qualquer esquema para defini-la deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular”.

Para esses autores, quando a pessoa em crise entra no círculo psiquiátrico, o hospital psiquiátrico representa, via de regra o terminal.

Certamente estamos diante de uma discussão bastante instigante, ou seja, a “crise” se define pela organização psiquiátrica existente?

(1) Professor Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP.

Segundo autores italianos³,

“os centros para a crise, tendem geralmente, a propor instrumentos de intervenção rápidos e precoces que tenham como objetivo a solução rápida do problema fora do circuito psiquiátrico e, em particular, destinam-se a reduzir as internações no hospital psiquiátrico. Tais intervenções terapêuticas são, todavia, de curta duração e não dispõem de instrumentos para oferecer uma tutela global ao paciente em crise; portanto, não podem reelaborar os possíveis fracassos e, de fato, encaminham os pacientes a outras instituições mais adequadas e, finalmente, ao hospital psiquiátrico, confirmando o papel central deste. Ou seja, enquanto não desconstruir o manicômio, não se modifica absolutamente o modelo cultural de referência”.

Esta crítica radical ao modelo psiquiátrico tradicional que permeou a denominada “Psiquiatria Democrática Italiana”, define o papel central dos serviços de saúde mental, através de uma ruptura que extrapola o papel clássico organizacional, buscando um novo paradigma de abordagem que se define como a “tomada de responsabilidade”. Esta é entendida ao assumir a responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção. Assumir a responsabilidade quer dizer, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento. A “tomada de responsabilidade” supera no plano concreto a antinomia internação/ambulatorio típica do modelo médico. Ela não pressupõe um lugar definido no qual se dá.

Mas, na prática, o HD tem demonstrado sua maior eficácia quando comparado à internação integral. Schene e Gersons, citados por RAIMUNDO et al.⁶, revisaram trabalhos comparando a hospitalização parcial com a integral. Em uma pesquisa citada por estes autores, com pacientes graves, em que a mesma equipe tratava dos pacientes do HD e dos internados integralmente, com os mesmos programas, demonstrou que o grupo do HD teve melhora significativamente maior do ponto de vista psicopatológico e de ajustamento social, além de menor permanência em tratamento. Os do grupo de internação integral tiveram índice de reinternação duas vezes maior que o do HD, durante os 15 meses de follow up.

No entanto, alguns parâmetros devem ser levados em consideração, ao indicarmos a internação

do paciente em crise no HD. KERR-CORRÊA et al.⁴ chama a atenção de não restringirmos estas indicações a critérios definidos, como por exemplo o diagnóstico clínico. Em recente trabalho, os autores demonstraram que em um serviço de internação parcial, cerca de 25% dos pacientes que foram diagnosticados como “neuroses” pelo CID 9, mudaram o diagnóstico, independentemente do sistema classificatório usado (CID 9, CID 10 ou DSM-III-R). Ou seja, o diagnóstico não deve necessariamente ser um fator excludente, pois pode ser modificado ao longo da internação, ou mesmo depois. Outros critérios devem ser levados em conta como a viabilidade do acesso, praticamente diário ao serviço e, principalmente, a disponibilidade da família e da equipe em acolher o paciente em crise.

Finalizando, gostaríamos de apresentar alguns dados, pelo menos os mais significativos, do HD da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade São Francisco, que foi inaugurado em janeiro de 1995. Estes dados correspondem ao período inicial de 6 meses⁵.

O HD está situado na cidade de Bragança Paulista, contando com uma população regional de cerca de 300 mil habitantes, distribuídos em 10 municípios de pequeno e médio porte.

O município de Bragança Paulista possui um Ambulatório de Saúde Mental e um Hospital Psiquiátrico de Referência, em Amparo (distante 40 Km).

O HD funciona como serviço de referência do A.S.M. municipal, o Pronto Socorro do Hospital Universitário (que possui plantonista de psiquiatria), das Unidades Básicas de Saúde dos municípios da região e do Hospital Psiquiátrico.

O hospital universitário não possui leitos psiquiátricos, bem como o hospital especializado de referência regional, vive constantemente lotado; logo, não podemos nos dar ao “luxo” de sermos simplesmente um Hospital-Dia, pois na prática cotidiana, funcionamos enquanto uma “unidade síntese”, ou seja, atendemos pacientes em crise, funcionamos como CAPS, internamos pacientes para investigação diagnóstica, enfim, buscamos abarcar o máximo possível às necessidades que são apresentadas ao serviço.

Neste período de 6 meses, foram triados 93 pacientes, sendo que 45,2% foram internados no HD e, um dado significativo, apenas 1 (um) paciente teve indicação de internação imediata em Hospital Psiquiátrico.

Quanto aos pacientes internados, houve predomínio dos quadros afetivos e de linhagem

esquizofrênica (50%), tendo como média de internação 29,36 dias (tempo mínimo de 3 dias e tempo máximo de 73 dias).

Quanto ao motivo da alta, 63,34% receberam alta médica, 10% foram transferidos para hospital geral, 10% para hospital psiquiátrico e 16,7% abandonaram o tratamento, dado significativamente menor que a literatura internacional que está em torno de 27%.

Acreditamos que a busca incessante de práticas e modelos de atenção à saúde mental, pautados na pesquisa, avaliação e comprometimento dos profissionais no aprimoramento pessoal e do serviço, certamente resultarão na verdadeira essência de uma prática libertadora da saúde mental, independente do modelo a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANZATO, C.E.M., RAIMUNDO, A.M.G., MALVEZZI, E., RIBEIRO, C.A.S. Hospital-Dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.42, n.4, p.197-201, 1993.
2. BRASIL. Ministério da Saúde Coordenação de saúde mental. *Plano de trabalho*. Brasília, 1994. 18p. (Mimeografado).
3. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Respostas à crise. In: *A loucura na Sala de jantar de Jaques Delgado*. São Paulo : Resenha, 1991. p.53-79.
4. KERR-CORRÊA, F., LIMA, M.C.P., FORELLI, S.B., TIOZZO, A.M., ROCHA, A.L., FALCÃO, A.L. Estabilidade do diagnóstico de "neurose" em hospital-dia para agudos: da CID 9 para a CID 10. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.44, n.7, p.363-367, 1995.
5. PAULIN, L.F. *Avaliação dos seis meses iniciais do hospital-dia da USF*. Bragança Paulista, [s.n.], 1995 (Mimeografado).
6. RAIMUNDO, A.M.G., BANZATTO, C.E.M., SANTOS, V.A., PALMIERI, T.C. Hospital-Dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos de literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.43, n.4, p.205-211, 1994.
7. ZUSMAN, J.A. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.44, n.2, p.63-66, 1995.

Aspectos da saúde mental de profissionais que lidam com pacientes com AIDS

Rosely Moralez de Figueiredo¹

O desgaste atribuído ao trabalho de enfermagem com pacientes com AIDS não é devido apenas aos cuidados físicos, mas também ao desgaste emocional (*burnout*) decorrente das interações repetidas, do lidar com subgrupos da população e aspectos da sexualidade humana e drogadicção, do envolvimento pessoal, da idade jovem dos indivíduos, da presença da morte e ainda dos mecanismos de identificação^{1,3,6,10}.

O *burnout* é uma das principais preocupações dos profissionais que lidam com AIDS e das instituições que recrutam pessoal para estas áreas. Apesar desta preocupação ser freqüente, poucos trabalhos nesta área existem no Brasil. FIGUEIREDO & TURATO⁹ descreveram esta situação em dois hospitais escolares da cidade de Campinas.

Os principais temores em relação à resistência ao trabalho com AIDS são: receio de picadas de agulhas, exposição de mucosas e pele a fluídos corpóreos, que os pacientes são muito "difíceis" e o trabalho desgastante, tanto física quanto emocionalmente^{8,9}.

O *burnout* é um dos grandes responsáveis pelo absentismo, pela diminuição da produtividade e pela alta rotatividade profissional de enfermagem¹³. EGAN⁷ e VAN-SERVELLEN & LEAKE¹⁵ afirmam que o *burnout* é consequência de aspectos inerentes à própria doença, como idade jovem da população acometida e alto índice de mortalidade e, ainda, problemas organizacionais da instituição, a própria forma como o profissional se vê e vê o mundo, a alta demanda de pacientes e o baixo poder de decisão e influência do profissional, opinião esta corroborada por DRESLER & BOEMER⁶.

Para se lidar com este novo desafio, autores como BOLLE² e COOKE⁴ sugerem grupos de apoio e suporte para os profissionais, rotatividade de especialidades, atividades sociais fora do ambiente de trabalho e atividades espirituais coletivas.

O cuidar de pacientes com AIDS propicia também o surgimento de sentimentos tais como pena, angústia, culpa e raiva, entre outros.

O sentimento de pena por parte dos profissionais está sempre envolvido com a morte do paciente, com seu desfiguramento físico e com as complexas relações deste com seus familiares e amigos, uma vez que o abandono e o preconceito ainda são marcantes^{3,5,6,11,12}.

O comportamento de ajuda que surge nesta relação leva a uma relação puramente pessoal, sem técnica profissional ou conhecimento dos mecanismos envolvidos. Desta forma facilita-se ainda mais o envolvimento emocional entre o profissional e o paciente, com o surgimento de mecanismos de identificação no profissional, o que acaba gerando sentimentos de pena e sofrimento.

CASSORLA³, DRESLER & BOEMER⁶ e SOUZA¹⁴ relatam diferentes níveis de identificação e mobilização dos profissionais com as diferentes formas de contágio da doença. Isto reforça a importância da formação destes profissionais permitindo uma abordagem mais terapêutica com os pacientes, desmitificando-se os preconceitos e tabus existentes.

As mulheres, as crianças e os adolescentes são os responsáveis pela maior identificação dos profissionais.

CASSORLA³ relata razões para se trabalhar com pacientes com AIDS desde sentimentos de culpa primitivos e necessidade de punição, até tentativas sadias de reparação ou sublimação, passando pela identificação e atitudes contrafóbicas em relação à morte.

(1) Enfermeira da Unidade de Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas-UNICAMP, Mestre em Saúde Mental e Doutoranda em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP.

Outros motivos para se querer continuar trabalhando com pacientes com AIDS podem ser identificação com a situação do paciente, trabalhar em um local no qual a relação humana é primordial e um ambiente onde as trocas afetivas são mais intensas.

O tema morte mobiliza sensivelmente a equipe, tanto no que diz respeito à morte, quanto na utilização de equipamentos e manobras que permitam a vida em condições artificiais.

Esse contato íntimo com a morte pode representar uma ruptura com toda a convicção de onipotência e poder, fazendo com que o confronto com a impotência e a consciência destes fatos pela própria equipe resultem em ansiedade e depressão¹⁰.

O preparo do corpo *post mortem* coloca o indivíduo frente à morte consumada e é muito difícil não reconhecer a finitude do homem diante de um cadáver. Os mecanismos encontrados para se lidar com esta situação baseiam-se na superioridade com que o indivíduo se posiciona diante do corpo e em outros casos a crença de vida depois da morte.

Em face dos resultados obtidos, sugere-se medidas preventivas e atenuantes, tais como cursos e treinamentos que abordem aspectos de drogadicção, sexualidade e morte; sejam fornecidas informações técnicas precisas e equipamentos de proteção; atividades de lazer e atendimento psicológico, para pacientes e profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOEMER, M.R. *A morte e o morrer*. São Paulo : Cortez, 1989.
2. BOLLE, J.L. Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *The Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, v.23, n.4, p.843-850, 1988.
3. CASSORLA, R.M.S. Lidando com AIDS: uma experiência multiprofissional. In: _____ . *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas : Papirus, 1991. p.231-241.
4. COOKE, M. Supporting health care workers in the treatment of HIV-infected patients. *Primary Care*, Philadelphia, v.19, n.1, p.245-256, 1992.
5. DESSUNT, E.M. Percepção de discentes e equipe de enfermagem em relação ao paciente com suspeita ou diagnóstico confirmado de AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.10, n.1, p.45-51, 1989.
6. DRESLER, D.E., BOEMER, M.R. O significado do cuidado do paciente com AIDS: uma perspectiva de compreensão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.44, n.1, p.70-81, 1991.
7. EGAN, M. Resilience at the front lines: hospital social work with AIDS patients and burnout. *Social Work Health Care*, v.18, n.2, p.109-125, 1993.
8. FIGUEIREDO, R.M. Opinição dos servidores de um hospital-escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.20, n.76, p.26-33, 1992.
9. FIGUEIREDO, R.M., TURATO, E.R. A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 1995. (no prelo).
10. FLASKERUD, J.H. *AIDS: infecção pelo HIV*. Rio de Janeiro : Medsi, 1992. 366p.
11. GIR, E., MORIYA, T.M. Integração verbal entre a equipe de enfermagem e o paciente com AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.24, n.2, p.301-313, 1990.
12. GROSSMAN, A., SILVERSTEIN, C. Facilitating support groups for professional working with people with AIDS. *Social Work*, New York, v.38, n.2, p.144-151, 1993.
13. LEIDY, L. Enjoyable learning experiences: an aid to retention? *Journal of Continuing Education in Nursing*, New Jersey, v.23, n.5, p.206-208, 1992.
14. SOUZA, A.R.N.D. *A reflexão do saber sobre a impotência SIDA/AIDS: uma experiência em psicologia médica*. Rio de Janeiro : [s.n.], 1988. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1988.
15. VAN-SERVELEN, G., LEAKE, B. Burnout in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurse samples. *Journal of Professional Nursing*, Philadelphia, v.9, n.3, p.169-177, 1993.

O papel do terapeuta ocupacional na unidade de transplante de medula óssea

Margareth Ines Cardamoni Duraes¹

Para se entender o trabalho da Terapia Ocupacional (T.O.) dentro desta unidade, precisamos relevar que o paciente que vem para esta unidade, em sua maioria, traz além da sua história de vida, uma história de sua doença, que envolve uma série de internações, de tratamentos quimioterápicos e conseqüentemente de muito desgaste emocional.

Além desses fatos, o paciente sabe que ao entrar nesta unidade, submeter-se-á a um tratamento onde a morbidade é muito grande, que inclui riscos, alguns até fatais, em nome da provável cura definitiva. Com tudo isso, o paciente ao chegar, vem com uma série de expectativas e esperanças. O processo de T.O. neste momento é de grande valia, já que o paciente fica restrito ao ambiente do quarto por 40 dias.

Inicialmente, colhe-se a anamnese do paciente, onde registra-se o histórico de vida, o perfil da personalidade e caráter, os hábitos ocupacionais, bem como sua expectativa acerca do tratamento.

Normalmente, o paciente mostra-se disposto a participar do processo como uma maneira de demonstrar que sua capacidade produtiva ainda não está comprometida, como também, para aliviar sentimentos relacionados a sua ansiedade e seus temores.

Atividades que necessitem de maior esforço, como martelar, serrar, fazer quebra cabeça, porta chaves, castiçal com cobre, são geralmente utilizadas nesta fase.

A medida em que os procedimentos de um transplante dão prosseguimento, verifica-se uma mudança no nível comportamental e orgânico do paciente: este já não passa tão bem devido as altas doses quimioterápicas, aparecem náuseas, mucosites, vômitos e diarréias. A volição diminui

consideravelmente. Nem sempre o paciente está disposto a fazer atividades.

Habitualmente faz-se relaxamentos e atividades que utilizem materiais inodoros, tais como: bijouterias, origame, rosa em crepon, chaveiros de equípos.

Muitos passam para o quadro de depressão, atividades repetitivas de movimento e que se tornarão automatizadas permitem uma baixa na resistência do paciente ocorrendo uma maior atuação nos processos psíquicos pelo qual vem passando. Passa a ser possível falar sobre a morte tão logo se defina que tipo de depressão vem se apresentando.

A depressão reativa se relaciona às perdas passadas consigo mesmo, tais como: queda de cabelo, incisão de cateter, transformações corpóreas, etc. Nesta fase o T.O. pode e deve encorajá-los, mostrando o lado positivo e, aos poucos, ir inserindo atividades mais elaboradas, de maior complexidade e que possam ou não ser graduadas; ex: atividades como smirna, macrame (porta vasos, abajur, pano), ponto cruz, crochê, trico, arraiolo, tapeçaria, boneca de porcelana, atividades expressivas (lápiz de cor, giz de cera, guache, etc), atividades que aumentem a auto estima.

Na depressão preparatória, fica dialético o T.O. encorajá-lo ser positivista, pois isso significaria que o paciente não deveria contemplar sua morte iminente. Neste momento, é importante que o T.O. deixe o paciente exteriorizar o seu pesar, aliviar suas angústias e seus medos. Normalmente utiliza-se atividades mais expressivas como pintura livre e massa de modelar.

Independente do tipo de depressão, é importante que o T.O. dê carinho, que toque ou que simplesmente sente-se ao seu lado.

Segue-se uma fase de maior aceitação, seja porque começam a progredir em relação a seu prognóstico, melhoram consideravelmente, ou percebem que a morte passa a estar mais próxima de sua realidade.

(1) Terapeuta Ocupacional da Unidade de Transplante Medular do Hospital das Clínicas e Mestranda em Saúde Mental - UNICAMP.

Os que melhoram, aproveitam este momento para utilizar-se de atividades menos dirigidas, tais como jogos, leitura e música.

Os que contemplan sua morte iminente, tem por hábito deixar presentes para seus entes queridos, maneira esta que vejo como um perpetuar-se através da atividade. É comum quererem discutir a própria morte, deixar organizada sua dinâmica familiar e pessoal. Fazem encapamento e caixas de papelão, cartão em papel vegetal, escrevem cartas, etc.

Nem sempre o paciente tem condições físicas para a realização das atividades citadas acima. Solicita-se então o T.O. para fazer relaxamentos que incluam técnicas projetivas.

É importante ressaltar que o T.O. atua junto à família em um processo paralelo, orientações são realizadas para minimizar o estresse, pela qual esta também passa.

Enfim, um paciente que tiver tido tempo necessário e tiver podido externar seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios e sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar sua morte tão cedo, contemplará seu fim próximo ou não, de maneira tranqüila e com um certo grau de expectativa. É um momento de terapia de silêncio.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. FORMAM, S.J. *Hematology clinics: bone marrow transplantation*. [s.l.] : W.B.Souders, v.4, n.3.
2. MELLO FILHO, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. 3.ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1983.
3. ROSS-KUBLER, E. *Sobre a morte e o morrer*. 6.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1994.

Assistência ao paciente submetido a amputação, com equipe multiprofissional

Michael Davitt¹

INTRODUÇÃO

As amputações das extremidades ocorrem como resultado de doenças vasculares periféricas, traumatismos, deformidades congênitas e tumores malignos. Dentre estas, a doença vascular é a responsável pela maioria das amputações.

A perda da extremidade superior pode representar invalidez maior que a da extremidade inferior, pois o membro superior exerce funções altamente especializadas. No entanto, felizmente as amputações mais freqüentes ocorrem na extremidade inferior. De qualquer modo, hoje em dia, é reconhecida a necessidade de equipe multiprofissional de saúde, voltada para a assistência individualizada e hierarquizada dos pacientes submetidos a este tipo de cirurgia. Isto é fundamental para se conseguir a reabilitação e reintegração do paciente à sociedade.

Composição da equipe multiprofissional

Ortopedia e fisioterapia, enfermeira, ortotista, fisioterapeuta, psicólogo psiquiatra, assistente social.

Causas de amputações

A literatura nos demonstra que a amputação é a mais antiga de todas as práticas cirúrgicas^{1,2}.

As causas mais comuns de amputação são:

1. Trauma: é acidental, é quando produz comprometimento importante da irrigação sanguínea do membro.
2. Congênita: ocorre quando existe má formação do membro como um todo ou parte dele que não permita função aceitável.

3. Patologias vasculares e infecções: estas amputações são as causas mais comuns de, e ocorrem em pessoas idosas.

4. Tumores: inclui os pacientes com moléstias ósseas malignas.

Assistência da equipe quanto ao aspecto psicológico

A amputação exige do paciente uma retomada da sua visão de vida, de seu papel social na família, no trabalho e na comunidade.

A aceitação da amputação está condicionada à sua causa, isto é, verificamos que pacientes com patologia vascular, frequentemente desejam a amputação para se livrar de dores intensas constantes. Nestas situações, é possível um preparo para a cirurgia, pois há tempo para profissionais como psicólogos ou psiquiatras e enfermeiras conversarem com o paciente, esclarecendo suas dúvidas.

Por outro lado, quando a causa é traumática, o impacto é maior e não há tempo necessário para o preparo emocional. No período pré-operatório, o profissional deve estar atento às possíveis reações do paciente como: crise de choro, apatia, agressividade, negação ou aceitação aparente, entre outros.

Neste momento, é importante ouvir suas queixas, conhecer seus medos, esclarecer dúvidas e transmitir segurança. A atuação da equipe multiprofissional se inicia a partir do momento em que se decide pela amputação e sua função é auxiliar o processo de reabilitação.

Treinamento da deambulação e postura

Considera-se que a equipe multiprofissional deve preparar o paciente para a amputação, principalmente se for vasculopata. É importante

(1) Doutor, Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Ciências Médicas - Unidade de Órteses e Próteses do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

ensinar ao paciente a marcha com muletas, atividades na cadeira de rodas e estimular sua máxima independência.

Próteses - na indicação de uma prótese, fatores como o nível da amputação, idade, ocupação, condições físicas e psicológicas, presença de outras patologias, atividades e peso do paciente devem ser considerados. A sua prescrição deve ser feita pelo ortopedista fisiatra e acompanhada principalmente pelo ortotista e equipe.

Dor fantasma - a sensação do membro fantasma e a dor fantasma são sentidas por quase todas as pessoas que tiveram membros inferiores amputados, exceto os de origem congênita. A dor fantasma ocorre intermitentemente e varia de uma sensação desagradável a dor intensa nos pés, segundo PALMER & TUMS³.

Aspectos psicológicos - a amputação deixa sequelas físicas e psicológicas profundas no paciente⁴.

O paciente amputado passa pôr quatro fases de ajustamento:

- 1) *Impacto*: que é caracterizado pela desesperança, desencorajamento e aceitação passiva.
- 2) *Isolamento*: onde o paciente apresenta ansiedade, tensão, distúrbio do sono, anorexia, perda de peso, medo, culpa e raiva.
- 3) *Reconhecimento*: onde o paciente já assume certas ações de autocuidado, como a mudança de seu curativo, o enfaixamento do coto e a programação de exercícios.
- 4) *Construção*: onde o paciente tenta desenvolver seu potencial máximo de reabilitação. Ele se aceita como "diferente" e reconhece a mudança permanente em seu corpo.

CONCLUSÃO

A amputação não é o fim do tratamento, mais sim o começo de um processo, lento e doloroso para o paciente e a família. Neste sentido a equipe multiprofissional tem destacado na reabilitação, não só as questões ortopédicas mas sociais e profissionais do paciente amputado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMARO, M.N., CAMARGO, C.A. Pacientes com amputações de membros inferiores: problema de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.27, n.2, p.164-174, 1975.
2. DAVIS, B.C. Amputações. In: DOWNIE, P.A. *Fisioterapia em cirurgia de Cash*. 6.ed. São Paulo : Manole, 1983.
3. PALMER, M.L., TUMS, J.E. *Treinamento funcional dos deficientes físicos*. 2.ed. São Paulo : Manole, 1988.
4. WALTERS, J. Coping with a leg amputation. *American Journal of Nursing*, New York, v.81, n.7, p.1352, 1981.

RESUMOS

I - CLÍNICA CIRÚRGICA

Resultado do tratamento cirúrgico da gastrite alcalina: estudo de 16 casos

MURARO, C.P.M., CARMARGO, J.G.T., FARIA JR, P.C., RAMOS, V.M., SOUZA, M.C., LINTZ, J.E., AQUINO, J.L.B., REIS NETO, J.A.

RESUMO

Estudo de 16 pacientes sintomáticos com gastrite alcalina de refluxo, classificada endoscopicamente de leve a intensa, submetidos a gastrectomia com reconstrução a B I (um caso) ou B II, na Disciplina de M.A.D.I. do Departamento de Cirurgia - PUCCAMP, realizando-se a conversão a Y de Roux. Foram analisadas as complicações no pós-operatório imediato, além da evolução ambulatorial com acompanhamento clínico e endoscópico. Quanto as complicações operatórias, um paciente apresentou lesão iatrogênica de colon esquerdo, necessitando colostomia. No pós-operatório, dois apresentaram infecção da ferida. Receberam alta entre o quarto e décimo segundo pós-operatório (média 6,8). Trinta e cinco por cento dos pacientes necessitaram de bloqueadores ou outros tratamentos sintomáticos no pós-operatório. O exame endoscópico foi indicado em média aos três meses de pós-operatório, resultando alterado em 5 pacientes nos quais encontramos um com gastrite leve e pesquisa para *H. pylori*+, três com gastrite sem classificação e um com gastrite moderada e estase gástrica. Quanto aos sintomas, apenas três pacientes queixaram-se de leve dispepsia e um destes de empachamento associado, dois dos quais com endoscopia normal. Conclui-se ser a conversão à Y de Roux um método eficiente no tratamento da gastrite alcalina de refluxo devido a baixa morbi-mortalidade e rápida melhora clínica.

Neoplasia gástrica precoce: estudo de 17 pacientes

LINTZ, J.E., CAMARGO, J.G.T., AQUINO, J.L.B., MURARO, C.P.M., REIS NETO, J.E.

RESUMO

Os autores visam analisar retrospectivamente 17 pacientes operados por neoplasia gástrica precoce no período de 02/91 a 05/95 na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo I da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP. Foram avaliados os prontuários de 17 pacientes, comparando-se idade, sexo, diagnóstico, estadiamento, cirurgia realizada, complicações pós-operatórias e seguimento. Como resultados, observou-se que a idade média de acometimento foi de 49 anos, com predomínio do sexo masculino (58,8%). O diagnóstico foi feito a partir dos achados endoscópicos em 100% dos pacientes com achados predominantemente caracterizados como IIc + III segundo a Classificação Macroscópica do Carcinoma Gástrico Precoce (Sociedade Japonesa de Endoscopia Digestiva, 1962), com 53% dos casos, seguido de IIc em 29,4% seguido do estudo anátomo patológico confirmatório. Foram realizadas gastrectomias subtotais em todos os pacientes seguidos de reconstrução à Y de Roux em 64,7% dos pacientes. Como complicações pós-operatórias, um paciente apresentou fístula de coto duodenal, seguido de embolia pulmonar e posterior óbito; um paciente apresentou gastrite alcalina no terceiro mês de pós-operatório e um terceiro, pneumonia lobar como complicação geral. Os dezessete pacientes foram seguidos por um prazo de no mínimo 17 dias (óbito) até o período de 5 anos. Os autores concluem que o resultado do tratamento cirúrgico da moléstia neoplasia gástrica precoce depende fundamentalmente da realização do diagnóstico na fase inicial da mesma.

RESUMOS

***Hemorroidectomia semi-fechada:
eletiva x urgência***

FRANCO, V.F., CIQUINI, S.A., ROCHA, M.B.,
QUILICI, F.A., REIS NETO, J.A.

RESUMO

Análise prospectiva da casuística de 290 pacientes portadores de doença hemorroidária, submetidos a tratamento cirúrgico pela técnica semi-fechada à Obando-Reis Neto, no período de 1990 a 1994. O estudo teve como principal objetivo a avaliação comparativa dos resultados do tratamento dessa enfermidade na fase crônica (eletiva) e na fase aguda (urgência). Para tanto, foram separados com grupos distintos e seus resultados analisados. As cirurgias foram realizadas na fase crônica da doença em 203 pacientes (70%) e na fase aguda (trombose) em 87 pacientes (30%). A maioria dos pacientes tiveram de dois a três mamilos hemorroidários tratados em ambos os grupos (75% e 62%). O método anestésico, de escolha do anestesiológico, foi a punção peridural ou subaracnoídea em porcentagem semelhantes nos dois grupos. A técnica cirúrgica utilizada foi a hemorroidectomia semi-fechada à Obando-Reis Neto nos dois grupos, constituindo-se de três ligaduras do componente hemorroidário interno e semi-fechamento da ferida, após ressecção do componente externo. A análise dos resultados mostrou: morbidade cirúrgica de 5,4% na fase crônica e 5,7% na fase aguda; morbidade anestésica de 2,4% na fase crônica e 2,2% na fase aguda e evacuação fisiológica em 48 horas de pós-operatório em 98% na fase crônica e 96% na fase aguda. Os autores concluem que a técnica semi-fechada é opção segura para tratamento da doença hemorroidária pela sua baixa morbidade e rápido restabelecimento do paciente tanto na fase aguda quanto na crônica desta enfermidade.

Hemorroidectomia ambulatorial

FRANCO, V.F., ROCHA, M.B., CIQUINI, S.A.,
QUILICI, F.A., REIS NETO, J.A.

RESUMO

Análise prospectiva de 203 pacientes portadores de doença hemorroidária, submetidos à tratamento cirúrgico pela técnica semi-fechada à Obando-Reis Neto, sob bloqueio anestésico e em regime ambulatorial, no período de 1990 a 1994. As cirurgias foram realizadas pela manhã, seguidas de um período de recuperação anestésica de 4 horas, com o retorno ambulatorial programado após 48 horas. Os cuidados pós-operatórios foram: orientações higiênico-dietéticas, prescrição de mucilagem anti-inflamatórias não hormonal. A idade variou entre 15 e 77 anos, com média de 42 anos. Houve predominância do sexo feminino (58%). A maioria dos pacientes tiveram de 2 (35%) a 3 (40%) mamilos hemorroidários tratados. O método anestésico, de opção do anestesiológico, foi a punção peri-dural (51%) ou a subaracnoídea (49%). A análise dos resultados mostrou: morbidade cirúrgica de 5,4%; morbidade anestésica de 2,4% e evacuação fisiológica em 48 horas de pós-operatório de 98%. Conclui-se que a técnica ambulatorial é opção boa e segura pela baixa morbidade, rápido reestabelecimento e com excelente aceitação pelos enfermos.

RESUMOS

Laparotomia exploradora como meio diagnóstico e terapêutico nos ferimentos abdominais: estudo retrospectivo no HMCP - PUCCAMP

TEIXEIRA, G.G., CAMARGO, A.M.S.R., GUN, P.R., PINTO, O.L., CORDEIRO, F., REIS NETO, J.A.

RESUMO

Avaliar os resultados quanto a ferimentos penetrantes, ou não penetrantes, com ou sem lesões viscerais, tratamento instituídos e análise de morbi-mortalidade. Foram analisados prontuários de 104 pacientes admitidos no PS do HMCP - PUCCAMP, no período de janeiro de 1992 a janeiro de 1995, vítimas de ferimentos abdominais. Os pacientes foram divididos em 3 grupos de acordo com os achados intra-operatórios: grupo A - não penetrantes (23,08%); grupo B - penetrantes com lesão, sem necessidade de tratamento (13,46%) e grupo C - penetrantes com lesão e necessidade de tratamento (63,46%). Todos os pacientes admitidos foram conduzidos seguindo protocolo do ATLS e utilizado o TSR na classificação do prognóstico de sobrevivida. Como resultado obteve-se que os pacientes do grupo A e B apresentam morbi-mortalidade nula, tendo alta hospitalar em média 3 dias. Nestes grupos a incidência por ferimentos abdominais foi de 76,3%. No grupo C, onde as vísceras mais atingidas foram o fígado, intestino delgado e estômago apresentou morbidade de 15,1% e mortalidade de 6,06%. Os autores concluem que pacientes vítimas de ferimentos abdominais, que são submetidos precocemente a laparotomia exploradora, apresentam baixa morbi-mortalidade.

Rafia primária em lesão de cólon esquerdo

RIBEIRO, V.J., FASSINA, F.B., SODRÉ, L.A., PINTO, M.A.

RESUMO

Realizou-se este trabalho a fim de avaliar o comportamento da sutura primária em trauma de cólon esquerdo, sem preparo prévio, levando-se em conta o tempo da lesão. Utilizou-se 36 cobaias Guinéa Pig jovens, do sexo masculino, com realização de lesão única em cólon esquerdo sem preparo prévio, de um centímetro de extensão na borda anti-mesentérica e em sentido longitudinal em relação à luz do cólon. Posteriormente, realizou-se rafia primária, antibioticoterapia intra-operatória e lavagem da cavidade abdominal. As cobaias foram divididas em 3 grupos de doze indivíduos. No grupo A foi realizada rafia no momento do trauma, no grupo B, 3 horas após o trauma e no grupo C, 6 horas após o trauma. Avaliou-se a ocorrência de complicações pós-operatórias por meio de necrópsia após sacrifício no sétimo dia pós-operatório ou antes deste tempo naqueles que apresentaram óbito. No grupo A, a sobrevivida foi de 100% durante os 7 dias. No grupo B a sobrevivida foi de 50%, sendo que 83% sobreviveu mais de 3 dias e no grupo C a sobrevivida foi de 41,6%. Ocorreu deiscência em apenas um caso do grupo C. A peritonite foi mais intensa no grupo C, com 58,3% dos achados de necrópsias. No grupo A com aderência relacionada à obstrução intestinal 25% no grupo B e 33,4% no grupo C, sendo esta a causa mortis. Foi observado ganho de peso em 33,4% dos animais no grupo A, 25% no grupo B e em nenhum animal no grupo C. Perda de peso foi observada em 58,3% no grupo B e 16,6% mantiveram-se no peso inicial. Verificou-se que em lesão única pequena em cólon sem preparo prévio e com pouca perda tecidual, o tempo entre o trauma e a rafia primária estão diretamente relacionados com o número e a proporção das complicações pós-operatórias assim como a sobrevivida.

RESUMOS

Trauma pós-acidente ciclístico: estudo na cidade de Rio Claro

ELKADRE, L., PINTO, O.L., CORDEIRO, F., REIS NETO, J.A.

RESUMO

Analisou-se o perfil da população envolvida e a gravidade das lesões provocadas por acidentes ciclísticos na Cidade de Rio Claro-SP. Foram analisados retrospectivamente as fichas admissionais propostas pelo Serviço de Cirurgia de Urgência e do Trauma (SCUT) FCM-PUCCAMP, dos pacientes envolvidos em acidentes ciclísticos, atendidos pelo PSI-SCM Rio Claro-SP, no período compreendido entre agosto de 1994 a junho de 1995, totalizando 259 acidentados, com intuito de traçar o perfil do indivíduo, o tipo e condições do acidente e gravidade das lesões encontradas (TSR). Além disso, os autores estudaram o atendimento no local e especializado, a frequência de acidentes similares anteriores, bem como o uso de proteção adequada. Como resultados, a maioria dos acidentados apresenta-se na faixa compreendida entre 10 e 20 anos, com predomínio do sexo masculino (2:1). Os acidentes foram localizados em cruzamentos e os envolvidos encontravam-se principalmente em atividade de lazer. No tocante à gravidade das lesões observou-se uma predominância absoluta de traumas leves (segmento cefálico e membros) porém não indenes de mortalidade (0,64%), 4). Os autores observaram que parte significativa dos acidentados eram reincidentes (30%) e que a maioria (99%, 257) não utilizavam qualquer tipo de proteção. Os dados analisados permitem aos autores concluir que campanhas educativas devam ser direcionadas à população escolar de 1º e 2º graus em Rio Claro reforçando a necessidade de proteção dos segmentos cefálico e membros, além da observância dos sinais e Leis de Trânsito.

Valor da lavagem peritoneal diagnóstica no trauma abdominal fechado

PEREIRA, L.P.O., CAMARGO, J.G.T., CORDEIRO, F., PINTO, O.L., REIS NETO, J.A.

RESUMO

Avaliar o real valor da Lavagem Peritoneal Diagnóstica (LPD) positiva no paciente com trauma abdominal fechado. Foram avaliados 27 pacientes com LPD positiva, vítimas de trauma abdomi-fechado, em um grupo de 100 pacientes, atendidos pelo Serviço de Cirurgia de Urgência e Trauma (SCUT) da FCM-PUCCAMP. Os pacientes foram agrupados de acordo com idade, sexo, tipo de trauma e o Trauma Score Revisado, confrontando-se os dados com a existência de lesões encontradas no intra-operatório. Observou-se nesta série nítida predominância masculina (21:6) e idade variando entre 13 e 68 anos (média de 28,2). O tipo de trauma mais frequente foi com veículos automotores (12 pacientes), seguido de atropelamento (9 pacientes). Quanto aos órgãos lesados, houve predomínio de fígado e baço, nos mais variados graus de lesão. Encontrou-se falso positivo em 3 pacientes (portadores de hematoma retroperitoneal, sem outras lesões evidentes retroperitoneais), e 1 falso negativo. Das complicações encontradas, relacionadas ao procedimento, observou-se uma lesão de delgado rafiada sem maiores complicações. Os dados observados, permitem concluir a importância da LPD como método de grande valor na observação do trauma abdominal fechado, devido a precisão, baixa morbidade e nula mortalidade.

RESUMOS

II - CLÍNICA MÉDICA

A massa ventricular esquerda normal do brasileiro

MARINI, A.G., SANTO, P.R.Q.E., BASTOS, A.F.,
PALHARES, F.B., FERREIRA, M.C.F., CURTI,
H.J.V.

RESUMO

A detecção de amostras de massa ventricular esquerda reflete-se, cada vez mais, de importância clínica e epidemiológica tendo em vista a constatação da alta mortalidade de paciente com hipertrofia ventricular esquerda. O presente trabalho pretende apresentar a massa ventricular esquerda normal de indivíduos sadios falecidos subitamente por causa violenta. Trata-se de trabalho sem paralelo na literatura brasileira, visto a frequente utilização destes parâmetros colhidos em trabalhos estrangeiros e pela utilização da ecocardiografia. Foram retirados os átrios e o V.D. sendo preservado o septo interventricular, pois este foi incluído como parte do V.E. Após a detecção do peso do V.E., correlacionou-se o mesmo com o

índice de área corporal do indivíduo para determinação da quantidade (em gramas) de massa muscular cardíaca que deve existir por m² de superfície corporal. Os resultados obtidos demonstram: pacientes do sexo masculino, com idade de 17 a 20 anos (n = 14), 112,45g/m²; 21 a 25 anos (n = 16), 109,3g/m²; 26 a 30 anos (n = 17), 104,31 g/m²; 31 a 40 anos (n = 12), 108,81g/m²; 41 a 50 anos (n = 11), 115,13g/m² e pacientes com idade de 51 a 65 anos (n = 10), 107,61g/m². Conclui-se que a determinação da massa do V.E. é importante para avaliar o grau de hipertrofia muscular cardíaca, o que, sabidamente, está correlacionada com maior índice de mortalidade.

RESUMOS

III - PEDIATRIA***Mortes violentas em Campinas nos anos 1993/1994***

OLIVEIRA, G.D.L., SIQUEIRA, L.F., GHIRARDELLO, R.A., CARDOSO, R.N., SANTOS, H.O.

RESUMO

As mortes violentas (homicídio, acidente de trânsito, atropelamento e suicídio) correspondem ao 2º lugar em "Causa Mortis", em nosso meio, perdendo só para os acidentes cardio-vasculares. Os autores tem como objetivo verificar o índice de mortes violentas em Campinas, com intuito de direcionar campanhas preventivas neste sentido. Foram analisados 1137 laudos de necropsia (IML) que constituíram o total de mortes violentas nos anos de 1993-1994, sendo analisados: data, hora, local e circunstância do fato, identificação, idade, sexo, endereço, ocupação e alcoolemia da vítima. Esses dados foram analisados conforme sua distribuição percentual. Os resultados obtidos foram: Homicídio - 44% (263) em 93 e 40% (220) em 94; acometendo 88,5% (214) dos homens. A faixa etária mais atingida 16-35 anos; ocorrendo mais durante manhã e tarde 74,8% (89) em 93 e em 94 mais à tarde 36,5% (19). Cerca de 71% (172) dos homicídios foram praticados por arma de fogo. Já

acidente de trânsito - 28,6% (171) em 93 e 28,2% em 94; acomete 80% (130) dos homens, com faixa etária dos 16-40 anos; ocorrendo mais pela manhã 43,5% (37) em 93 e em 94 se distribuiu de maneira semelhante em todos os períodos. Atropelamento - 23,2% (139) em 93 e 26,3% (142) em 94 acometendo 75% (55) dos homens, com prevalência maior em crianças e idosos; em 93 a maior parte deles se deu de manhã e à tarde 64,8% (46) e em 94 mais durante à noite 38% (16). Suicídio: 4,2% (25) em 93 e 4,6% (25) em 94, acometendo 80% dos homens. A faixa etária mais acometida é dos 16-40 anos. Concluí-se que as mortes violentas atingem mais indivíduos do sexo masculino; numa faixa etária entre 16 e 35; os acidentes de trânsito somados aos atropelamentos superam em número os homicídios. Porém, os dados encontrados nos registros são incompletos havendo necessidade de uma ficha padrão para um melhor acompanhamento da violência urbana.

ÍNDICE DE AUTORES

v.4

- ABDALLA FILHO, Roberto p.108
AGUIAR, Maria Helena Vidoti p.76
ALVES, Domingos Sávio do N. p.125
BACARELLI, João Carlos p.21,66
BERNARDINELLI, Ernandes p.121
BLOISE, Paulo Vicente p.133
BOTEGA, Neury J. p.123
BURMEISTER, Guilherme Becker p.35
CARVALHAL, Silvio Santos p.7,80,108,112,119
CASSILHA JUNIOR, Oswaldo p.15
CHADAD NETO, Feres Eduardo Aparecido p.112
CHOHFI, Milton p.55
CINTRA, Isa de Pádua p.71
CURTI, Heraldo José Vivarelli p.112
DAVITT, Michael p.147
DURAES, Margareth Ines Cardamoni p.145
FERIOTTI, Maria de Lourdes p.130
FERNANDES, Ricardo Braga p.99
FERREIRA NETO, Abel Luiz p.15
FERREIRA, Gustavo Affonso p.35
FIGUEIREDO, Rosely Moralez p.143
FISBERG, Mauro p.71
FONSECA, Lineu Corrêa p.62
GONÇALVES, Carlos Fernando M.B. p.15
GOULART, Alessandra Carvalho p.112
GUGLIOTA, Antonio p.35
GUM, Paulo Roberto p.11
LAOS, Ana Silvia Castro p.15
LOPES, Maurício Luiz p.137
MAGALHÃES, Lilian Vieira p.38
MALEK, Denise Barbosa p.15
MARTINS, Luiz Antônio Nogueira p.127
MARTINS, Mário Paulo Monteiro p.76
MARTINS, Sérgio Luiz Azevedo p.76
MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo de p.55
MELLO, Airton Rodrigues de p.99
MELLO, Maria Silvia Bortolotti de p.99
MIGUEL JÚNIOR, Armando p.31,76
MORAES, Sandra Pedrosa de p.11
MOTTA FILHO, José Carlos Ribeiro da p.35
NASCIMENTO, Norma Marques p.35
NOGUEIRA JÚNIOR, Elizardo p.62
PAULIN, Luiz Fernando p.140
PELLICIONI, Daniela Antoniazzi p.99
PINHEIRO, Flávia Pimenta p.15
PORTO, Fernando Mello p.112
RAFFI, Maria Cristina Oliveira Russo p.15
REIS NETO, José Alfredo p.11
REIS, Fernando Baldy dos p.55
ROSA, José Windsor Angelo p.35
SANCHES, Paulo César Ribeiro p.112
SCHECHTMAN, Alfredo p.125
SIERRA, Carlos José p.35
SILVA, Rosane Correia p.125
SILVEIRA, Sandra Aparecida Ferreira p.108
SOUZA, Erika Cristian Camargo de p.112
TEDRUS, Glória Maria Almeida p.62
TELLA, Lucinda Maria Garcia p.62
VIANA, Maura Aparecida p.62

ÍNDICE DE ASSUNTO

v.4

- adolescência p.99
 - gravidez na, p.99
 -- trabalho de parto p.99
 AIDS ver *síndrome de imunodeficiência adquirida*
 alcoolismo p.137, 140
 - saúde mental p.137
 -- hospital psiquiátrico p.123, 137, 140
 --- hospitais dia p.137, 140
 ---- intervenção na crise p.137
 - síndrome de imunodeficiência adquirida p.55, 143
 amicacina p.11
 - antibióticos p.11
 -- metilprednisolona p.11
 - anastomose cirúrgica p.11
 -- íleo p.11
 -- intestinos p.11
 --- ratos de cepas endogâmicas p.11
 anastomose cirúrgica p.11
 - corticóides p.11
 - antibióticos p.11
 -- amicacina p.11
 -- metilprednisolona p.11
 - íleo p.11
 - intestinos p.11
 - ratos de cepas endogâmicas p.11
 angina pectoris p.76
 - isquemia miocárdica p.76
 -- fístula arteriovenosa p.76
 --- relato de caso p.76
 antibióticos p.11
 - amicacina p.11
 - metilprednisolona p.11
 - anastomose cirúrgica p.11
 -- íleo p.11
 -- intestinos p.11
 --- ratos de cepas endogâmicas p.11
 antígenos p.66
 - patologia bucal p.66
 -- imunohistoquímica p.66
 arritmia p.31
 - ecocardiografia p.31
 -- ventrículo cardíaco p.31
 --- fibrilação atrial p.31
 ---- idoso p.31
 ausculta p.112
 - coração p.112
 -- estetoscópio p.112
 boca p.21
 - grânulos de Fordyce p.21
 - glândulas sebáceas p.21
 -- gengiva p.21
 -- lábio p.21
 -- mucosa bucal p.21
 -- palato p.21
 carboidratos na dieta p.71
 - lipídios na dieta p.71
 - peso corporal p.71
 -- obesidade p.71
 coração p.112
 - ausculta p.112
 -- estetoscópio p.112
 corticóides p.11
 - anastomose cirúrgica p.11
 -- íleo p.11
 -- intestinos p.11
 - antibióticos p.11
 -- amicacina p.11
 -- metilprednisolona p.11
 --- ratos de cepas endogâmicas p.11
 diabetes mellitus p.62
 - hiperglicemia p.62
 - epilepsia focal p.62
 -- estado epiléptico p.62
 --- relato de caso p.62
 diagnóstico clínico p.7
 dieta p.71
 - carboidratos na p.71
 - lipídios na, p.71
 - peso corporal p.71
 -- obesidade p.71
 doença de Chagas ver *trypansomose sul-americana*
 ecocardiografia p.31
 - ventrículo cardíaco p.31
 -- arritmia p.31
 -- fibrilação atrial p.31
 --- idoso p.31
 epilepsia p.62
 - epilepsia focal p.62
 - estado epiléptico p.62
 -- diabetes mellitus p.62
 -- hiperglicemia p.62
 --- relato de caso p.62
 epilepsia focal p.62
 - estado epiléptico p.62
 -- diabetes mellitus p.62
 -- hiperglicemia p.62
 --- relato de caso p.62
 estado epiléptico p.62

- epilepsia focal p.62
- diabetes mellitus p.62
- hiperglicemia p.62
- relato de caso p.62
- estudos de casos e controle p.35
- rim policístico p.35
- transplante renal p.35
- nefrectomia p.35
- hipertensão p.35
- estetoscópio p.112
- coração p.112
- ausculta p.112
- literatura de revisão p.112
- ética na medicina p.127
- fibrilação atrial p.31
- ecocardiografia p.31
- arritmia p.31
- ventrículo cardíaco p.31
- idoso p.31
- fístula arteriovenosa p.76
- angina pectoris p.76
- isquemia miocárdica p.76
- relato de caso p.76
- gengiva p.21
- grânulos de Fordyce p.21
- glândulas sebáceas p.21
- boca p.21
- lábio p.21
- mucosa bucal p.21
- palato p.21
- glândulas sebáceas p.21
- grânulos de Fordyce p.21
- palato p.21
- mucosa bucal p.21
- lábio p.21
- boca p.21
- gengiva p.21
- grânulos de Fordyce p.21
- glândulas sebáceas p.21
- boca p.21
- gengiva p.21
- lábio p.21
- mucosa bucal p.21
- palato p.21
- gravidez na adolescência p.99
- trabalho de parto p.99
- hiperglicemia p.62
- diabetes mellitus p.62
- epilepsia focal p.62
- estado epiléptico p.62
- relato de caso p.62
- hipertensão p.35
- rim policístico p.35
- transplante renal p.35
- nefrectomia p.35
- estudos de casos e controle p.35
- hospitais dia p.137, 140
- saúde mental p.125, 133, 137, 140, 143
- hospital psiquiátrico p.123, 137, 140
- intervenção na crise p.140
- síndrome de imunodeficiência adquirida p.143
- alcoolismo p.137
- hospital psiquiátrico p.123, 137, 140
- saúde mental p.125, 140
- hospital dia p.137, 140
- intervenção na crise p.140
- síndrome da imunodeficiência adquirida p.143
- alcoolismo p.137
- idoso p.31
- ecocardiografia p.31
- ventrículo cardíaco p.31
- arritmia p.31
- fibrilação atrial p.31
- íleo p.11
- intestinos p.11
- anastomose cirúrgica p.11
- corticóides p.11
- antibióticos p.11
- ampicilina p.11
- metilprednisolona p.11
- ratos de cepas endogâmicas p.11
- imunohistoquímica p.66
- patologia bucal p.66
- antígenos p.66
- insuficiência da valva aórtica p.108
- sinais p.108
- sinal de Alvarenga-Durozier p.108
- sopros cardíacos p.108
- diagnóstico p.108
- interdisciplinaridade p.130
- saúde p.130
- intervenção na crise p.140
- saúde mental p.125, 133, 137, 140
- hospital psiquiátrico p.123, 137, 140
- hospitais dia p.137, 140
- síndrome da imunodeficiência adquirida p.143
- alcoolismo p.140
- intestinos p.11
- íleo p.11
- anastomose cirúrgica p.11
- corticóides p.11
- antibióticos p.11
- ampicilina p.11
- metilprednisolona p.11
- ratos de cepas endogâmicas p.11
- isquemia miocárdica p.76
- angina pectoris p.76
- fístula miocárdica p.76
- relato de caso p.76
- lábio p.21
- grânulos de Fordyce p.21
- glândulas sebáceas p.21
- boca p.21
- gengiva p.21

-
- mucosa bucal p.21
 - palato p.21
 - lipídios na dieta p.71
 - carboidratos na dieta p.71
 - peso corporal p.71
 - obesidade p.71
 - médicos clínicos gerais p.7
 - metilprednisolona p.11
 - antibióticos p.11
 - amicacina p.11
 - corticóides p.11
 - anastomose cirúrgica p.11
 - íleo p.11
 - intestinos p.11
 - ratos de cepas endogâmicas p.11
 - miocardiopatia chagásica p.80
 - tripanossomose sul-americana p.80
 - mucosa bucal p.21
 - grânulos de Fordyce p.21
 - glândulas sebáceas p.21
 - boca p.21
 - gengiva p.21
 - lábio p.21
 - palato p.21
 - nefrectomia p.35
 - rim policístico p.35
 - transplante renal p.35
 - hipertensão p.35
 - estudos de casos e controle p.35
 - obesidade p.71
 - dieta p.71
 - carboidratos na dieta p.71
 - lipídios na dieta p.71
 - peso corporal p.71
 - palato p.21
 - grânulos de Fordyce p.21
 - glândulas sebáceas p.21
 - boca p.21
 - gengiva p.21
 - lábio p.21
 - mucosa bucal p.21
 - patologia bucal p.66
 - imunohistoquímica p.66
 - antígenos p.66
 - peso corporal p.71
 - dieta p.71
 - carboidratos na dieta p.71
 - lipídios na dieta p.71
 - obesidade p.71
 - política de saúde p.125
 - ratos de cepas endogâmicas p.11
 - anastomose cirúrgica p.11
 - íleo p.11
 - intestinos p.11
 - corticóides p.11
 - antibióticos p.11
 - amicacina p.11
 - metilprednisolona p.11
 - relato de caso p.35, 76
 - angina pectoris p.76
 - isquemia miocárdica p.76
 - fístula arteriovenosa p.76
 - rim policístico p.35
 - nefrectomia p.35
 - transplante renal p.35
 - hipertensão p.35
 - estudos de casos e controle p.35
 - saúde p.130
 - interdisciplinaridade p.130
 - saúde mental p.125, 127
 - hospital psiquiátrico p.140
 - hospitais dia p.140
 - intervenção na crise p.133, 140
 - síndrome de imunodeficiência adquirida p.143
 - alcoolismo p.137
 - serviço hospitalar de administração de pacientes p.7
 - sinal de Alvarenga-Durozier p.108
 - insuficiência da valva aórtica p.108
 - sopros cardíacos p.108
 - diagnóstico p.108
 - sinais p.108
 - sinal de Alvarenga-Durozier p.108
 - insuficiência da valva aórtica p.108
 - sopros cardíacos p.108
 - síndrome de imunodeficiência adquirida p.55, 143
 - risco p.55
 - cirurgia p.55
 - controle de doenças transmissíveis p.55
 - vírus da hepatite B p.55
 - sopros cardíacos p.108
 - sinais p.108
 - sinal de Alvarenga-Durozier p.108
 - insuficiência da valva aórtica p.108
 - terapia ocupacional p.145
 - transplante de medula óssea p.145
 - trabalho de parto p.99
 - gravidez na adolescência p.99
 - transplante de medula óssea p.145
 - terapia ocupacional p.145
 - transplante renal p.35
 - nefrectomia p.35
 - rim policístico p.35
 - hipertensão p.35
 - estudos de casos e controle p.35
 - tripanossomose sul-americana p.80
 - miocardiopatia chagásica p.80
 - ventrículo cardíaco p.31
 - ecocardiografia p.31
 - arritmia p.31
 - fibrilação p.31
 - idoso p.31
-

REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

OBJETIVOS

A *Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP*, 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 PUCCAMP 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.

Nota Prévia: nota relatando resultados prévios ou preliminares de pesquisas em andamento.

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

Resumo: 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 cientí-

ficos promovidos pela Faculdade de Ciências Médicas e Hospital e Maternidade Celso Pierro/PUCCAMP 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 (3^{1/2} ou 5^{1/4}).
- 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^{1/2} ou 5^{1/4}.

- 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:

Livro: 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 Livro: 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.

Dissertação e Tese: 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 PUCCAMP:** análise de opinião de seus usuários. Campinas: [s.n.], 1994. 131p. Dissertação (Mestrado em Biblioteconomia) - Faculdade de Biblioteconomia, PUCCAMP, 1994.

Artigo de periódico: 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.

Trabalho de Congresso, Simpósio, Encontro, Seminário 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 *nomenclaturas* 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.

POUPANÇA REAL

DISQUE REAL

REAL VISA

Atrações
em cartaz só no
Banco Real.

REALMASTER

P O U P A N Ç A R E A L

O investimento de maior sucesso no Brasil.
Você poupa hoje no Banco Real e se realiza amanhã.

D I S Q U E R E A L

O seu banco por telefone. Com um dedinho de prosa,
você coloca suas finanças em dia.

R E A L V I S A

O cartão múltiplo internacional que já vem
com o Realmaster.
O jeito mais seguro e econômico de fazer compras.

R E A L M A S T E R

O único cheque especial do mercado que dá
7 dias por mês sem juros, há mais de 20 anos.

BANCO REAL

Para quem precisa de qualidade.

REALPAC é muito mais
tranqüilidade porque é
muito mais seguro.

REAL Seguros

REALPAC
SEGUROS