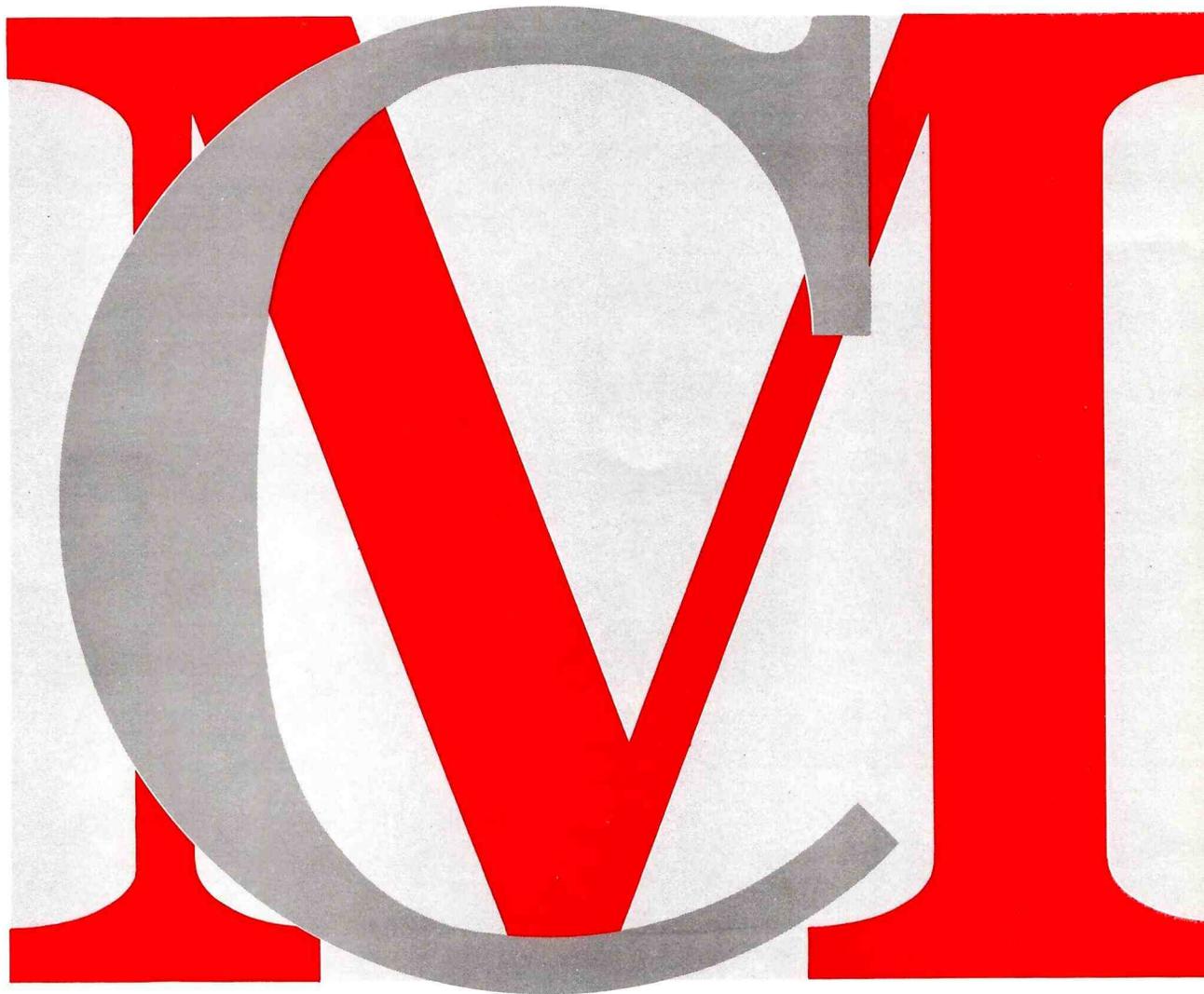


Volume 5

Número 1

Janeiro/Abril 1996



REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP

SUMÁRIO / CONTENTS

Pags./Pages

EDITORIAL / EDITORIAL	5
ARTIGOS / ARTICLES	
Aneurisma do septo atrial	7
<i>Aneurysm of atrial septum</i> Cristina Brandt Friedrich Martin Gurgel, Maria Helena Vidotti Aguiar, Armando Miguel Junior	
DIAGFACE: um banco de conhecimentos e sistema especialista para o diagnóstico de patologias orofaciais	10
<i>DIAGFACE: a knowledge base and expert system for the diagnosis of oral and facial pathologies</i> Cláudio Roberto Palombo, Mário Maccari Filho, Moustafa M. El-Guindy, Renato Marcos Endrize Sabbatini	
O impacto das orientações de alta na aquisição de conhecimento pelas puérperas em alojamento conjunto	15
<i>Guidelines provided at the moment of hospital discharge to women in the puerperal period, housed jointly with their infants: the impact on the acquisition of specific knowledge</i> Luiz Maria Pinto, Márcia Regina Vítolo	
Neuroesquistossomose	21
<i>Central nervous system schistosomiasis</i> Glória Maria de Almeida Tedrus, Maura Aparecida Viana, Lineu Côrrea Fonseca, Carla Andrea Rodrigues Araujo	
ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE	
Fatores de risco e prevenção das cardiopatias isquêmicas: revisão de literatura	24
<i>Risk factors and prevention of ischemic heart disease: literature review</i> Lêda Maria Bocchi de Souza, Maria Alice Amorim Garcia	
Manifestações psiquiátricas da síndrome pré-menstrual: revisão de literatura	30
<i>Psychiatric manifestations of premenstrual syndrome: literature review</i> Monica Sueli Barbosa Vilela, Lêda Maria Bocchi de Souza, Claudemir Benedito Rapelli	
PONTO DE VISTA / POINT OF VIEW	
Um incentivo a má prática da medicina clínica	36
<i>Incentive to bad practice of clinical medicine</i> Silvio Santos Carvalhal	
INSTRUÇÕES AOS AUTORES / INSTRUCTIONS FOR AUTHORS	38

EXPEDIENTE

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

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

Editor
Editor Associado

Conselho Editorial

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

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

Adil Muhid Samara
Alice Reis Rosa
Antônio de Azevedo Barros
Berenice Rosa Francisco
Elda Mathilde Hirose Pastore
Geraldo Gomes de Freitas
Jessé de Paula Neves Jorge
José Alfredo dos Reis Neto
Ligia Maria Juppó 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: Profª Rosa Maria Vivona Bertolini Oliveira

Normalização das referências bibliográficas: Maria Cristina Matoso

Diagramação e Composição: Departamento de Composição Gráfica da PUCCAMP

Impressão: Departamento Gráfico da PUCCAMP

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**

A pesquisa e o ensino, os pilares que sustentam a qualidade dos diversos centros de formação de profissionais da saúde, tem sido cada vez mais os principais temas de debates na comunidade acadêmica. Graças ao interesse sobre estes, que se pode durante muitos anos, caracterizar e compreender os mecanismos das doenças, diagnósticos, tratamentos e prevenções.

Observamos com que rapidez se desenvolvem os instrumentos para o diagnóstico e estratégicas para o tratamento das diversas enfermidades. Este avanço, nem sempre assimilado na sua totalidade por aqueles que atuam na formação destes profissionais, chega até ao aluno de uma forma distorcida e, às vezes, desprovido de uma compreensão crítica do seu valor e aplicabilidade.

De que forma, então, buscar o conhecimento para interpretar criticamente estas informações?

A maior parte dos centros de formação de profissionais da saúde baseia-se no contato do aluno quase que exclusivamente com profissionais que produzem o conhecimento médico sem que estes alunos tenham participado de sua criação. O contato dos estudantes com pesquisadores é muito pequeno. A convivência com o processo de produção de conhecimento científico é fundamental na formação. Discutir desde a importância e a relevância de uma pesquisa; revisão crítica de literatura, criação do projeto, metodologia, coleta e análise dos dados, discussão e as conclusões, seriam atividades extremamente importantes, que não só enriqueceriam a formação deste profissional, como também o prepararia para manter, mesmo após o término do curso, o desejo de continuar produzindo cientificamente com diversas formas de publicações.

Portanto, precisamos intensificar esta integração do docente com o aluno na pesquisa desde o curso básico até a especialização.

JOSÉ ROBERTO PROVENZA
Editor Associado

Aneurisma do septo atrial¹

Cristina Brandt Friedrich Martin Gurgel²

Maria Helena Vidotti Aguiar³

Armando Miguel Junior⁴

RESUMO

Os autores apresentam dois casos de aneurisma do septo interatrial, um associado a pequena comunicação interatrial em criança assintomática e um segundo sem nenhuma patologia associada cujos diagnósticos foram feitos pelo ecodopplercardiograma. Os casos foram comparados com a literatura sobre o assunto. Unitermos: aneurisma, septo atrial, cardiopatia congênita.

INTRODUÇÃO

O aneurisma do septo atrial (ASA) é uma anomalia rara de etiologia congênita ou adquirida, potencialmente trombogênica e susceptível de provocar episódios de acidente vascular cerebral em adultos. Este último o principal motivo do diagnóstico desta doença^{2,3}.

Com o desenvolvimento do estudo ecodopplercardiográfico, o diagnóstico tornou-se relativamente fácil, sobretudo em assintomáticos onde a descoberta ocorre por acaso durante a realização do estudo por outro motivo^{4,5,6}.

O presente trabalho objetiva relatar casos de observação pessoal e revisar a literatura.

RELATO DOS CASOS

ASD, 7 anos, masculino, encaminhado para avaliação de sopro cardíaco. História de amigdalites de repetição. Sem anomalias congênicas na família. Ao exame físico bulhas rítmicas com frequência de 110 bpm, sopro sistólico no 2º espaço intercostal esquerdo, suave, com segunda bulha pulmonar normal. O eletrocardiograma

mostrou presença de aneurisma do septo interatrial com comunicação e fluxo esquerda direita sem repercussão hemodinâmica.

PVS, 12 anos, feminina, com episódios de taquicardia supraventricular não sustentada. Sem nenhuma patologia prévia ou na família. Exame físico sem alteração. Ecodopplercardiograma mostrou presença de extenso aneurisma do septo interatrial, sem shunts ou outras anomalias (Figura 1 e 2).

DISCUSSÃO

A etiologia do ASA ainda não está claramente definida, SILVER & DORSEY¹¹ sugerem como hipótese que a elevação da pressão intra-atrial aliada a defeitos estruturais que diminuem a resistência do septo seriam as causas desta formação aneurismática.

Os casos relatados apresentam formação aneurismática sem nenhum outro defeito estrutural ou hemodinâmico que justifica sua presença, o que obriga a procura de uma outra explicação diferente da hipótese dos autores citados.

LOPES e col.⁷ observaram alta incidência de aneurismas do septo interatrial (1,1%) em 1755 ecocardiogramas fetais, o que leva a supor que esta anomalia é relativamente freqüente e que as mudanças hemodinâmicas que ocorrem após o nascimento fazem com que o septo adquira sua forma normal do adulto. Em alguns casos isto pode não ocorrer de forma adequada persistindo o aneurisma.

- (1) Trabalho realizado na Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.
- (2) Professora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP; Assistente do Ambulatório de Cardiologia do HMCP/PUCCAMP; Pós-graduanda em Clínica Médica da UNICAMP.
- (3) Professora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP; Responsável pela Cardiopediatria do HMCP/PUCCAMP.
- (4) Professor Titular da Disciplina de Cardiologia da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

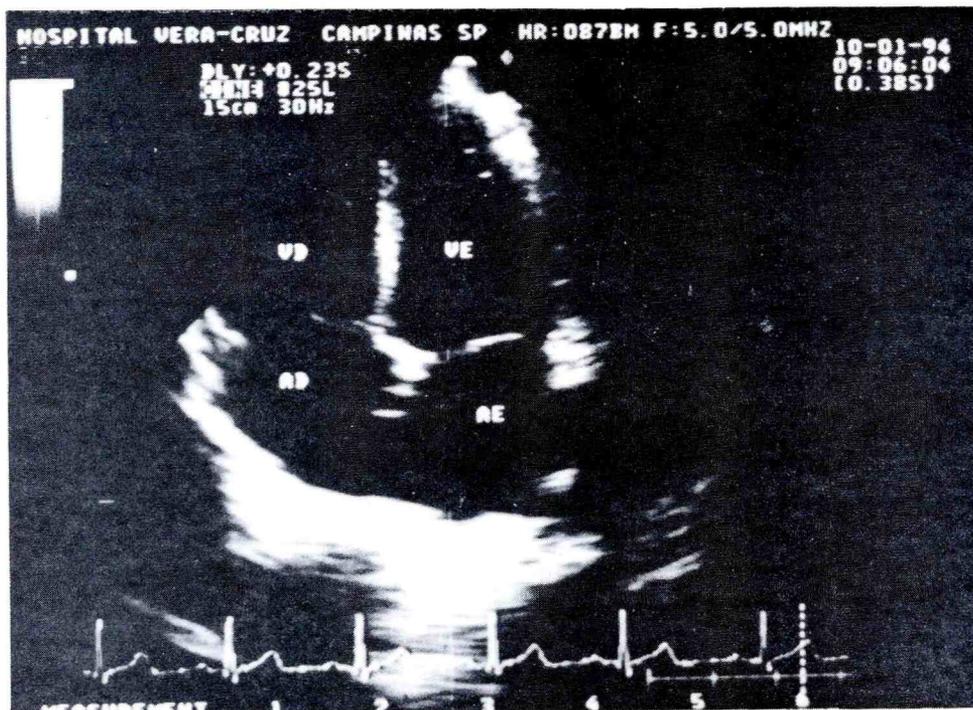


Figura 1. Exame ecodopplercardiográfico em corte 4 câmaras. VD - ventrículo direito, VE - ventrículo esquerdo, AD - átrio direito, AE - átrio esquerdo. Aneurisma do septo interatrial (setas).

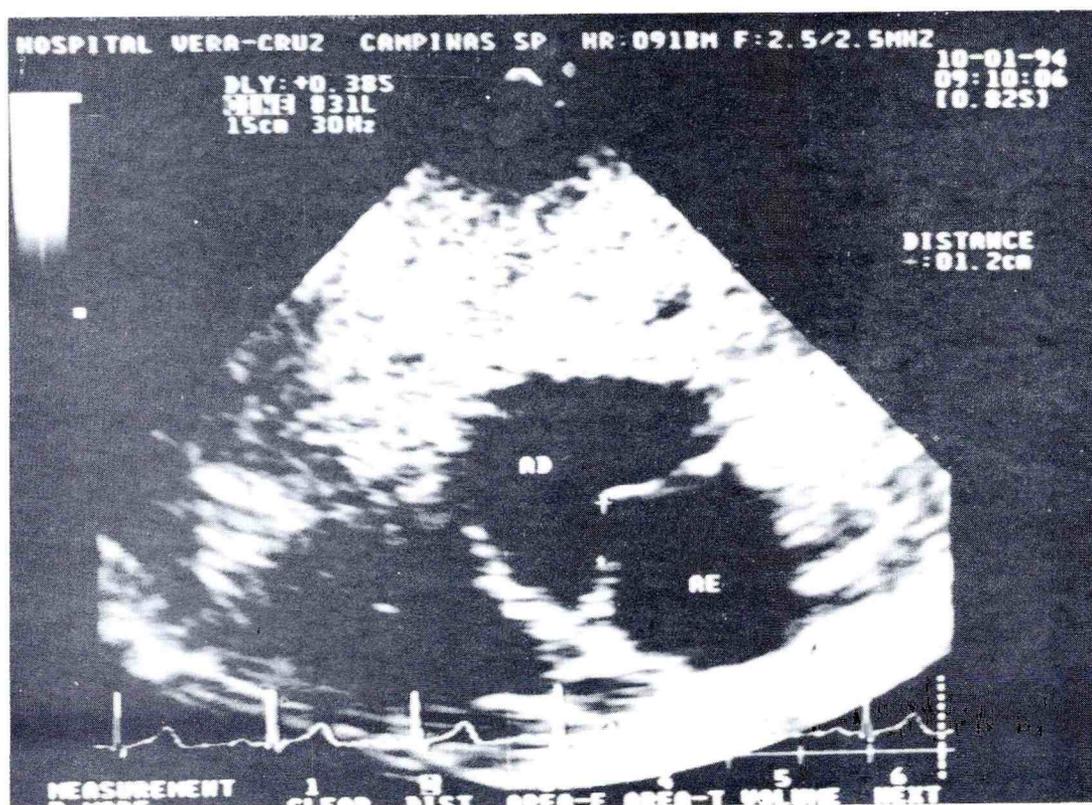


Figura 2. Exame ecodopplercardiográfico em corte nível atrial. AD - átrio direito, AE - átrio esquerdo. Aneurisma do septo interatrial (setas).

O ASA pode ocorrer na forma isolada⁸ ou associada com anomalias congênitas como atresia tricúspide, hipoplasia do ventrículo direito ou transposição completa das grandes artérias^{4,5}, ou ainda de causa secundária como doença reumática, infarto do miocárdio e intervenção cirúrgica, como colocação de próteses valvares^{9,10,11}.

O ASA pode se apresentar assintomático ou simular massa da cavidade atrial direita, como trombos, mixomas, angiossarcomas, cisto hidático, valva de Eustachio redundante ou remanescentes da rede de Chiari. Este fato ocorre porque é comum a presença de massa trombótica no local do aneurisma⁹.

Não tem sido descrito arritmias cardíacas acompanhando o quadro.

A forma mais fácil de diagnóstico é através do ecodopplercardiograma transesofágico.

O tratamento clínico se dá com a utilização de terapia anticoagulante nos casos em que existe a presença de grande aneurisma e ou trombo fixo intracavitário e indica-se a retirada cirúrgica dos trombos móveis ou de grande volume.

SUMMARY

Aneurysm of atrial septum

The authors present two cases of aneurysm of interatrial septum, one associated with atrial septum defect in asymptomatic children and another without associated pathology. The diagnoses were made by echodopplercardiogram. The literature and treatment were reviewed.

Keywords: *aneurysm, atrial septum, congenital heart disease.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALFONSO, F., RODRIGO, J.L., BAÑUELOS. Echocardiographic detection of abdominal attachment of a Björk-Shiley prosthesis to the interatrial septum causing an atrial septal aneurysm. *American Heart Journal*, St. Louis, v.117, p.695-697, 1989.
2. BELKIN, R.N., KISSLO, J. Atrial septal aneurysm: recognition and clinical relevance. *American Heart Journal*, St. Louis, v.120, p.948-957, 1990.
3. GONDI, B., NANDA, N.C. Two dimensional echocardiographic features of the atrial septal aneurysms. *Circulation*, Dallas, v.63, p.453-457, 1981.
4. HAUSER, A.M., TIMIS, G.C., STEWART, J.R., RAMOS, R.G., GANGADHARAN, V., WESTVEER, D.C., GORDON, S. Aneurysm of the atrial septum as diagnosed by echocardiography: analysis of 11 patients. *American Journal of Cardiology*, New York, v.53, p.1401-1402, 1984.
5. KONG, C.W., CHAN, W. The echocardiographic features of an aneurysm of the interatrial septum. *Angiology*, Great Neck, NY, v.1, p.188-194, 1984.
6. LAZAR, A.V., PACHACEK, L.W., MIHALICK, N.J., DeCASTRO, C., HALL, R.J. Aneurysm of the interatrial septum occurring as an isolated anomaly. *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis*, New York, v.9, p.167-173, 1983.
7. LOPES, L.M., CHA, S.C., ZUGAIB, M. Incidence and spectrum of morphologic and functional abnormalities in human fetuses: analysis of 1755 cases from the university of São Paulo. *Heart and Vessels*, Tokyo, v.11, p.32, 1995. (Supplement KL7).
8. LOPES-SENDEN, J., LOPES DE SÁ, E., ROLDAN, I., DE SORIA, R.F., RAMOS, F., JADRAGUE, L.M. Inversion of the normal interatrial septum convexity in acute myocardial infarction: incidence, clinical relevance and prognosis significance. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v.15, p.801-805, 1990.
9. PENA TIZON, F.J., HERTA, E.M., ILLERA, J.P. Aneurysm of atrial septum associated with rheumatic mitral stenosis simulating tumour of right atrium. *International Journal of Cardiology*, Amsterdam, v.23, p.264-267, 1989.
10. SCHNEIDER, B., HANRATH, P., VOGEL, P., MEINERTS, T. Improved morphologic characterization of atrial septal aneurysm by transesophageal echocardiography: relation to cerebrovascular events. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v.16, p.1000-1009, 1990.
11. SILVER, M.D., DORSEY, J.S. Aneurysm of septum primum in adults. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Chicago, v.102, p.62-65, 1978.

Recebido para publicação em 19 de julho de 1995 e aceito em 8 de maio de 1996.

DIAGFACE: um banco de conhecimentos e sistema especialista para o diagnóstico de patologias orofaciais¹

Cláudio Roberto Palombo²

Mário Maccari Filho³

Moustafa M. El-Guindy⁴

Renato Marcos Endrizzi Sabbatini⁵

RESUMO

O presente trabalho relata um sistema de apoio à decisão em Odontologia, denominado DIAGFACE, desenvolvido com a finalidade de auxiliar o dentista no diagnóstico diferencial de cerca de 150 patologias orofaciais mais comumente encontradas na prática clínica em nosso meio. Sua característica fundamental é a estruturação de um flexível diálogo com o usuário, através de menus, palavras-chaves e perguntas em linguagem natural, em torno de um extenso banco de conhecimento, constituído de registros relacionais e de uma coleção de regras de produção, utilizando técnicas de busca linear e de encadeamento direto e reverso. O programa tem quatro módulos que permitem que o usuário faça consultas de quatro maneiras: pelos sintomas; pela região; pela patologia; por um sistema especialista baseado em regras.

Unitermos: sistema especialista, odontologia, informática médica, face, boca.

INTRODUÇÃO

Não são poucas as vezes em que os dentistas se vêem à frente de decisões difíceis de serem tomadas. Felizmente, algumas delas são muito simples, como é o caso dor fugaz, um sinal patognomônico presente nas hiperemias gengivais. Mas, por outro lado, é bem sabido que o mesmo não ocorre quando as hipóteses diagnósticas envolvem a dor reflexa ou as sinalgias. As razões que tornam complexa a tomada de decisão na Odontologia e na Medicina são: a) o diagnóstico depende da análise de fontes de

natureza muito diferentes, tais como os dados pregressos, sintomas, sinais, exames, bem como o bom conhecimento das disciplinas médicas, prévia experiência do profissional, e muitas outras; b) os mecanismos mentais e o processo de raciocínio que levam os clínicos ao diagnóstico ainda não são bem conhecidos; c) há uma falta de padronização quanto aos termos e definições médicas, além de nem sempre existir opiniões consensuais entre os especialistas^{1,7,9}. Também, é importante reconhecer a diferença que existe entre se aprender as informações factuais relativas a um determinado número de doenças e aplicar este conhecimento à situação clínica³.

Embora as aplicações da Inteligência Artificial em outros campos das ciências médicas estejam já na casa dos milhares (principalmente sistemas especialistas), por diversos motivos tal abundância não ocorre na Odontologia e na Medicina Oral⁷. Alguns sistemas já publicados, como o DART³ são suficientemente abrangentes e complexos, porém não encontraram ainda penetração na prática clínica odontológica, principalmente em nosso meio.

-
- (1) Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, V Exposição Técnica de Informática em Saúde, 12 a 15 de outubro de 1994, Porto Alegre - RS.
 - (2) Coordenador da área de Odontologia do Núcleo de Informática Biomédica da UNICAMP.
 - (3) Professor Adjunto de Patologia (ICB) e Propedêutica Odontológica da PUCCAMP.
 - (4) Núcleo de Informática Biomédica e Professor do Departamento de Bioquímica da Faculdade de Odontologia da UNICAMP.
 - (5) Coordenador do Núcleo de Informática Biomédica e Professor do Departamento de Genética Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

No presente trabalho, relatamos o desenvolvimento de um sistema especialista denominado DIAGFACE, que surgiu das motivações expostas acima. Ele visa auxiliar os profissionais da Odontologia no diagnóstico das patologias orofaciais, de uma forma não usualmente encontrada nos meios literários odontológicos. Sua característica fundamental é a estruturação de um flexível diálogo com o usuário, através de menus, palavras-chaves e perguntas em linguagem natural, em torno de um extenso banco de conhecimento, constituído de registros relacionais e de uma coleção de regras de produção, utilizando técnicas de busca linear e de encadeamento direto e reverso.

ESTRUTURA DO SISTEMA

O DIAGFACE contém aproximadamente 150 patologias mais encontradas pelos dentistas na clínica diária, todas ela contendo as partes essenciais das doenças em curtas descrições. O programa tem quatro módulos que permitem que o usuário faça consultas de quatro maneiras: 1. pelos sistemas; 2. pela região; 3. pela patologia; 4. por um sistema especialista baseado em regras. Os três primeiros módulos utilizam uma base de dados relacionais, do tipo DBF, com seus vários índices associados, que contém a descrição das patologias acima referidas.

1. Consulta por sintomas

O Módulo de Consulta pelos Sintomas permite que o profissional supere uma das grandes dificuldades da clínica odontológica, como acontece, por exemplo, com as lesões dos tecidos moles, que é a detecção e o diagnóstico diferencial de doenças com características muito semelhantes, baseado nos sintomas e sinais na fase prodômica. Um sub-sistema que permite a entrada de sinônimos ou sintomas e e sinais semelhantes também foi desenvolvido no programa. Assim, este módulo fornece ao profissional um tipo de índice de consulta por semelhança, não comumente achado em livros. O sistema também foi programado para detectar sinônimos verdadeiros como, por exemplo, dor e algia. Depois que os sintomas são indicados, as patologias são listadas e o profissional pode consultar uma breve descrição de cada: a região, uma descrição geral e a terapêutica sugerida.

2. Consulta por região

Como acontece freqüentemente com alguns sintomas, tais como a dor sinálgica, que indica casos limítrofes, de difícil diagnóstico, o enfoque por região

também foi desenvolvido no programa. O Módulo de Consulta por Região permite indicar onde a algia ou lesão está ocorrendo. As regiões para consulta são: dental, periodontal, alveolar, labial, lingual, bucinatória, palatina, mandibular, maxilar, infra-orbital e oto-temporal.

3. Consulta por patologia

O Módulo de Consulta por Patologia permite a escolha de uma doença específica ou grupos de doenças, por exemplo, cistos. A escolha pode também ser feita pela fase da doença: aguda, sub-aguda ou crônica.

4. Consulta por regras heurísticas

Finalmente, de modo a complementar os três primeiros módulos e aumentar sua eficiência de busca, um sistema heurístico baseado em regras foi programado. Ele permite que os sinais verdadeiramente patognomônicos possam ser detectados, fornecendo ao usuário o diagnóstico baseado em uma árvore de decisão, implementada na forma de uma base de conhecimentos contendo regras de produção. O sistema usa um algoritmo lógico de encadeamento misto direto/reverso e inclui em sua base de conhecimentos aproximadamente 200 regras e 64 variáveis^{1,2,4}. Estas regras e variáveis compõem oito contextos, como segue^{2,8}:

- a. Lesões pulpares e periapicais;
- b. Lesões periodontais;
- c. Estomatites;
- d. Lesões brancas e pigmentadas da cavidade oral;
- e. Patologia regional da cavidade oral;
- f. Tumefações e osteopatias faciais;
- g. Artropatias da articulação temporomandibular;
- h. Glândulas salivares.

Usando mecanismos de inferência dedutiva e poda seletiva¹, este módulo foi programado de forma a compor os sinais patognomônicos na forma de regras de produção, com os sinais como elementos antecedentes e com metas diagnósticas, como elemento(s) consequente(s), usando a sintaxe do sistema EXPERTMD^{5,6}. Por exemplo:

```
SE DOR_LOCAL=S E DOR_FUGAZ=S ENTAO SUSPEITA=HIPEREMIA
SE DOR_PULSA=S E DOR_ALIV_FRIO=S ENTAO SUSPEITA=PULPITE
```

Sistema de Auxílio ao Diagnóstico de Patologias Oro-Faciais Sistemas Especialistas	Versão 1.0
<p>Por favor, escolha a opção:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>< 1 > Pulpopatias e Periapicopatias < 2 > Gengivopatias e Periodontopatias < 3 > Estomatites < 4 > Manchas brancas e pigmentadas bucais < 5 > Patologia regional da cavidade bucal < 6 > Tumefações Faciais e Osteopatias < 7 > Artropatias da ATM < 8 > Glândulas Salivares < M > MENU</p> </div> <p style="text-align: center;">Opção</p>	



Figura 1. Tela inicial de seleção da sub-base de conhecimento no Módulo baseado em Regras

Base de Conhecimento para o Diagnóstico das Patologias Oro-Faciais
Sistema Especialista - Lesões Pulpare e Periapicais

A dor é fugaz e cessa tão logo cessa o estímulo? S
 A dor é fugaz e demora a cessar após o estímulo? N
 Há dor fugaz e exposição da dentina-cemento ao nível do colo? N

Acompanhamento: Dente em fase de hiperemia ativa, arterial, da polpa com dor fugaz ao frio, quente, alimentos ácidos e doces. Lesão reversível. Proceder a forramento com CaOH e restauração do dente.

Hipóteses diagnósticas: HIPEREMIA ATIVA

Figura 2. Exemplo de uma consulta ao sistema baseado em Regras (Lesões Pulpare e Periapicais)

Inicialmente, o usuário é solicitado a selecionar a área de investigação, através de um menu (Figura 1), de modo a possibilitar o acionamento da sub-base de conhecimentos adequada, também chamada de contexto. Após essa seleção, a ativação das regras relevantes é feita através de perguntas dirigidas ao usuário, buscando confirmar a presença ou ausência de indicadores, em linguagem natural (Figura 2). Se não, são inicialmente

detectados sinais patognomônicos, o sistema evolui para níveis mais profundos, até que a melhor hipótese diagnóstica seja achada. O módulo também permite uma análise intermediária de acompanhamento. Após chegar a um nodo-meta da árvore de decisão incorporada nas regras, o sistema propõe o diagnóstico atingido, podendo também listar outros contextos pelo usuário, por serem correlacionados ao diagnóstico exibido.

O sistema DIAGFACE foi programado para microcomputadores compatíveis com a linha IBM-PC utilizando-se as linguagens de banco de dados dBASE III Plus e Clipper, e está disponível por solicitação direta ao primeiro autor (C.R.P.).

DISCUSSÃO

Pesquisas bibliográficas exaustivas sobre a utilização de bases de conhecimentos e sistemas especialistas na área odontológica, revelam a existência de apenas mais um sistema correlato a este: o Diagnostic Aid and Research Tool, DART, sistema desenvolvido no Estados Unidos da América, somente em língua inglesa, pelo professor Dr. Charles Halsted, junto a Universidade de Virgínia. Desta forma, o DIAGFACE deve ser visto como um sistema pioneiro em nosso meio, capaz de proporcionar ao usuário um novo recurso no auxílio ao diagnóstico das patologias buco faciais. De forma bastante simples, seus módulos de consulta por sintomas, por região, por patologia, e por um sistema especialista, permitem que o usuário estabeleça um diagnóstico diferencial seguro, através das hipóteses diagnósticas oferecidas pelo sistema. Poderá ainda ser ampliado toda vez que surja um novo conceito ou uma variação das patologias já existentes no sistema, sob forma de novas versões. Tais versões deverão ser feitas em ambiente Windows, uma vez que é o sistema que está sendo atualmente o mais utilizado no ambiente da informática mundial.

CONCLUSÕES

O DIAGFACE procura implementar uma filosofia de auxílio ao diagnóstico em odontologia e medicina oral: o raciocínio diagnóstico dos clínicos gerais é um processo semiológico semelhante ao raciocínio pelos estudiosos de ciências humanas, quando trabalham com a interpretação de textos. Assim como o diagnóstico é frequentemente definido, o sistema é um esforço em direção a uma avaliação crítica dos sinais médicos, sociais e psicológicos dentro de um contexto local⁵. Os meios da informática que provaram ser efetivos foram, portanto, a base de conhecimentos e a Inteligência Artificial.

O programa aqui desenvolvido, contudo, permanece dentro de seu escopo: sistemas de diagnóstico computadorizados devem ser apoio ao invés de substituir o julgamento do clínico. Sistemas de apoio à decisão podem ser grandes bases de dados sobre problemas, fazer relações, estabelecer vínculos, e comparar e contrastar as informações, mas eles não devem ser projetados para fazer diagnóstico final⁸.

Testado informalmente com um número de dentistas, com variados graus de experiência e especialização, o programa mostrou-se de fácil utilização, não necessitando de treinamento prévio ou conhecimentos especializados de Informática. Como tal, encontrou excelente receptividade e interesse por parte de profissionais. Atualmente, está sendo dada seqüência a uma avaliação formal da acurácia e confiabilidade do sistema, em ambientes de uso prático diário por parte de dentistas.

SUMMARY

DIAGFACE: a knowledge base and expert system for the diagnosis of oral and facial pathologies

This paper reports a support system to decision in Dentistry, called DIAGFACE, developed with the aim of helping dentists in the differential diagnosis of about 150 oral and facial pathologies more commonly found in the clinical practice. Its main characteristic is the structuring of a flexible dialogue with the user, by means of menus, key words and questions in natural language, it is used a large knowledge base, constituted of relational records and a collection of production rules, and techniques of linear search and of forward and backward chaining are applied. The program has four modules which allow the user to make consultations in four ways: 1. by the symptoms; 2. by the region; 3. by the pathology; 4. by an expert system based upon rules.

Keywords: expert systems, dentistry, medical informatics, face, mouth.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FATTU, J.M., PATRICK, E.A. Computer aided-diagnosis and decision making. In: JAVITT, J. (Ed.). *Computers in medicine: applications and possibilities*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1986. p.201-233.
2. GRELLET, M. *Las consultas diarias en estomatologia*. Madrid : Toray-Masson, 1967.
3. HALSTEAD, C.L., SPARKS, S.M., WEATHERS, D.R., SECRET, R.J. A new approach to teaching differential diagnosis of oral soft tissue pathosis. *Journal of Audiovisual Media in Medicine*, Guildford, v.2, p.166-172, 1979.
4. LEVINE, R.J., DRANG, D.E., EDELSON, B. *Inteligência artificial e sistemas especialistas*. São Paulo : McGraw-Hill do Brasil, 1988.
5. SABBATINI, R.M.E. O computador no apoio à decisão médica. *Mednews*, São Paulo, n.20, p.31, dez.1992.

6. _____ . Expertmd: um sistema baseado em regras. UNICAMP : Núcleo de Informática Biomédica, 1993. (manual do usuário)
7. SALLEY, J.J., ZIMMERMAN, J.L., BALL, M.J.(Eds.). Dental informatics: strategic issues for the dental profession. *Medical Informatics*, London, n.39, 1990.
8. SHAFFER, W.G., HINE, M.K., TOMICH, C.E. *Tratado de patologia bucal*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1983. 830p.
9. SZOLOWITZ, P.(ed.). *Artificial intelligence and medicine*. Boulder: Westview Press, 1982. p.21-55.
10. TIMPKA, T, HEDBLUM, P., TIBBLIN, G. A hypermedia document collection for primary care: why, what and how? *Artificial Intelligence*, Amsterdam, v.2, n.4, p.179-192, Oct. 1990.

Recebido para publicação em 26 de janeiro e aceito em 9 de maio de 1996.

O impacto das orientações de alta na aquisição de conhecimento pelas puérperas em alojamento conjunto

Luiz Maria Pinto¹
Márcia Regina Vítolo²

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar o impacto das orientações de alta oferecidas às puérperas do Alojamento Conjunto, por uma equipe interdisciplinar composta por profissionais e estudantes de Medicina, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fisioterapia e Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. O conteúdo das aulas baseou-se em temas como Aleitamento Materno, Desenvolvimento do Recém Nascido (RN) e Dinâmica Familiar e Noções de Puericultura. Para avaliação da eficácia do programa no nível de conhecimento das mães, utilizou-se um questionário contendo os aspectos mais relevantes do conteúdo, que foi aplicado antes (pré-teste) e depois (pós-teste) da participação das mães nas orientações. O pós-teste foi realizado nos domicílios entre 7 e 30 dias pós parto. A partir de uma amostragem de 62 mães, caracterizadas como de baixo nível sócio-econômico e baixa escolaridade, observou-se mudanças significantes no nível de conhecimento das mesmas, na grande maioria dos conceitos transmitidos. As técnicas de amamentação, o cuidado com o coto umbilical, o banho do RN, prevenção de assaduras, a alimentação da nutriz, as prontidões e estimulação do RN foram as questões que apresentaram maior significância estatística entre pré e pós-testes. Concluiu-se portanto que, apesar de ser uma atividade pontual, houve benefícios educacionais para a população, constituindo-se em uma das etapas que são necessárias para a incorporação de práticas desejadas.

Unitermos: aleitamento materno, educação em saúde, alojamento conjunto.

INTRODUÇÃO

Em 1989, a OMS, juntamente com a UNICEF, elaboraram os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno"¹². Um dos passos é mostrar às mães como amamentar, já que este ato não é mais instintivo e deve ser ensinado por profissionais de saúde bem preparados. As orientações devem ser iniciadas no pré-natal, informando as gestantes sobre a fisiologia da lactação, o preparo das mamas, as dificuldades que podem surgir durante a amamentação, e as técnicas adequadas. Nas maternidades, cabem aos administradores a divulgação maciça e a implementação dos Dez Passos; aos profissionais, acreditar nos mesmos e executá-los com convicção⁶. Dados

mostram que certas práticas hospitalares contribuem para o abandono da amamentação^{4,11}: a separação da mãe e da criança depois do parto, administração de produtos pré-lácticos, entre outros.

A avaliação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, realizado no Brasil, revelou que mais da metade das parturientes (58,8%) não receberam nenhum esclarecimento quanto à amamentação na maternidade¹. O alojamento conjunto, o não uso de chupetas para acalmar as crianças e orientações sobre técnicas de amamentação no puerpério podem se constituir em fortes aliados do aleitamento materno. Deve-se considerar, no entanto, que medidas pontuais não apresentam a mesma eficiência, deixando a desejar quando não fazem parte de um programa mais abrangente de Educação em Saúde. Neste contexto, docentes e profissionais da área da saúde da PUCCAMP, dos cursos de Medicina, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fisioterapia e Enfermagem, vinculados a disciplinas e Serviços da área Materno-

(1) Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(2) Professora Titular do Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

Infantil, elaboraram um projeto interdisciplinar para dar orientação às puérperas do Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP, por ocasião da alta hospitalar, abordando conceitos básicos sobre saúde das mães neste período puerperal e a de seus filhos, com ênfase ao aleitamento materno.

Trabalhar conceitos de saúde, pontualmente, por ocasião do puerpério, em especial no momento da alta hospitalar apresenta seus limites, tais como grande quantidade de informações transmitidas às mães e a assimilação do conhecimento pelas mesmas⁷. A proposta deve ser vista como parte de um projeto mais amplo em Educação em Saúde, a ser implantado paulatinamente. Objetivou-se então, nesta primeira etapa, avaliar o impacto do programa no nível de conhecimento das puérperas sobre os temas abordados.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O Programa de Orientação de Alta foi criado para ser aplicado três vezes por semana em uma área própria do Serviço de Neonatologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMPC) da PUCCAMP, apresentando cobertura de 85% das puérperas do Alojamento Conjunto desse Serviço. As orientações são dadas por profissionais e acadêmicos das várias áreas envolvidas como, Medicina, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem. Cada sessão tem duração de 50 minutos aproximadamente, na qual procura-se discutir informações básicas e práticas sobre: Aleitamento Materno, Desenvolvimento do RN e Dinâmica Familiar e Noções de Puericultura. Os aspectos abordados de cada tema podem ser observados abaixo:

- Aleitamento materno(AM)

- vantagens do AM
- uso do AM exclusivo
- técnicas de amamentação
- alimentação da nutriz
- massoterapia
- prevenção de ingurgitamento mamário

- Desenvolvimento do RN e dinâmica familiar

- prontidões do RN
- estimulação do RN
- prevenção de cólicas
- relação familiar

- Noções de puericultura

- curativo do coto umbilical
- o banho do RN
- prevenção de assaduras
- a importância da puericultura no 1º ano de vida
- orientações posturais à mãe
- limpeza da casa

As puérperas foram selecionadas aleatoriamente no alojamento conjunto por um período consecutivo de 4 semanas. Após o consentimento para participar da avaliação do Programa tiveram seus dados individuais e sócio-econômicos anotados em uma ficha específica e foram submetidas a um questionário com vinte e duas perguntas contendo de duas a oito alternativas, as quais abrangiam a maioria das informações transmitidas na orientação de alta. Antes das mães participarem do programa, estudantes de Nutrição aplicaram o questionário (pré-teste). Após uma semana e antes de um mês depois da alta, os mesmos estudantes realizaram visitas domiciliares e aplicaram o mesmo questionário às mães (pós-teste).

O estudo estatístico foi realizado por pergunta, sendo utilizado o teste de Kappa¹⁷ para medir a concordância entre as respostas do pré e pós-teste e complementado pelo teste de Mc Nemar para verificar as discordâncias situadas acima ou abaixo da diagonal de concordância. O teste de Mc Nemar também foi utilizado para medir a significância entre as respostas certas e erradas antes e depois do programa. Em todos os testes fixou-se em 0,05 ou 5% ($< 0,05$) o nível para rejeição da hipótese de nulidade.

Para a apresentação dos resultados em relação a avaliação das respostas do pré e pós-teste, as mesmas foram agrupadas em quatro temas: Aleitamento Materno e Alimentação da Nutriz (5 questões); Técnicas de Amamentação (6 questões); Higiene do RN e do Ambiente (6 questões) e Importância da Puericultura (5 questões). Assim, todas as respostas das questões foram distribuídas dentro desses temas.

RESULTADOS

Foram aplicados os questionários (pré e pós-teste) a 62 puérperas, com as seguintes características: Cinquenta por cento (50%) das mães eram brancas. Com relação a idade, 84,7% tinham entre 18 e 35 anos incompletos, sendo 79% casadas ou com união livre e 67,7% com 1º grau incompleto. Os dados referentes à renda, mostraram que 60% estavam na faixa menor de 1,5 salários mínimos per capita e 75,4% não exerciam atividade remunerada. Avaliando-se os antecedentes obstétricos dessa amostra populacional, constatou-se baixo risco obstétrico. O pré-natal (nº de consultas igual ou maior que 6) foi realizado pela maioria das puérperas (70,9%), predominantemente em Centros de Saúde (79,5%). Das que fizeram o pré-natal, 70,4% informaram não ter recebido qualquer tipo de orientação sobre amamentação por ocasião do mesmo. Quanto aos antecedentes de aleitamento materno, 44,6% das múltiparas apresentaram aleitamento materno exclusivo ou pleno até 3 meses.

Os resultados em relação as respostas dos pré e pós-testes serão apresentados de acordo com os temas propostos:

Aleitamento Materno e Alimentação da Nutriz

As questões sobre conceitos de uso exclusivo de leite materno nos primeiros seis meses e necessidade de água e chá, apesar de apresentarem concordância fraca entre pré e pós-teste ($k_w = 0,30$ e $0,29$), mostraram que 33% e 26,6% das mães, respectivamente, tinham conceito inadequado e responderam corretamente no pós-teste ($p < 0,001$). Apesar da maioria das mães referir não existir “leite fraco” no pré-teste (66,6%), vinte e três por cento (23%) que tinham respondido “sim”, passaram a responder “não” ($p < 0,001$). Quando questionadas sobre qual o melhor leite para o seu filho no pré-teste, 91,6% responderam ser o leite materno; e no pós-teste essa resposta foi dada pela totalidade das mães, conferindo significância estatística a essa questão ($p < 0,05$). Na pergunta complementar a essa, a qual questionava porque aquele leite era melhor, e assim verificar o embasamento técnico da resposta anterior, observou-se que menor percentual das mães pôde responder com a mesma segurança, sendo que 36,6% melhorou sua resposta em relação ao pré-teste ($p < 0,001$). Sobre o que fazer para ter bastante leite, o teste estatístico mostrou não haver concordância entre pré e pós-teste ($k_w = 0,02$), sendo que 58,3% das mães que tinham dado respostas do tipo: comer canjica, tomar cerveja preta ou sem resposta, passaram a responder que deveriam tomar muito líquido e ter uma alimentação normal ($p < 0,001$).

Técnicas de Amamentação

Não houve concordância estatística entre as respostas do pré e pós-teste, sobre como fazer se a mama estiver cheia e endurecida e como interromper a mamada ($k_w = 0,09$ e $0,06$). A frequência de respostas corretas no pós-teste, em que as mães referiram que deveriam massagear a mama, retirando um pouco de leite e utilizar o dedo mínimo para interromper a mamada, foi de 58,3% e 51,6% respectivamente ($p < 0,001$). Com relação ao tempo de amamentação, houve significância estatística na frequência de acertos no pós-teste, sendo que 61,6% das mães passaram a responder que deveriam deixar o bebê mais tempo na primeira mama, enquanto apenas 18,3% deram essa resposta no pré-teste ($p < 0,001$). Número maior de mães no pós-teste (48,3%) respondeu que a melhor posição para amamentar seria sentada recostada e/ou com apoio nos pés ($p < 0,001$). A técnica correta para

umentar a protusão do mamilo foi respondida por 30% das mães no pré-teste e por 60% no pós-teste ($p < 0,001$).

Higiene do RN e do Ambiente

Nos aspectos relacionados com o desenvolvimento do RN verificou-se que poucas mães (23,3%) tinham conhecimento do que os seus filhos tinham capacidade para fazer nos primeiros meses de vida (prontidões), e o que as mesmas poderiam fazer para melhorar o seu desenvolvimento através de estímulos (35%). No entanto, no pós-teste o percentual das mães que passaram responder que seus filhos enxergavam, escutavam, e reconheciam as pessoas foi de 66,6% e que deveriam colocar música, objetos coloridos e conversar com os bebês foi de 80%, sendo estatisticamente significante ($p < 0,001$).

A avaliação do conhecimento dos cuidados com o ambiente e a casa após a chegada do RN, mostrou incorporação relevante de conceitos corretos. A questão que aborda a limpeza da casa, visando a remoção do pó domiciliar, não apresentou concordância entre o pré e pós-teste ($k_w = 0,13$), apresentando maior número de acertos no pós-teste ($p < 0,001$). Apresentada somente à múltiplas, a questão que trata da interação dos irmãos com o RN, apresentou maior frequência de acertos no pós-teste (68,7%), no qual as mães responderam que deveriam valorizar os irmãos e fazê-los participar de alguns cuidados do bebê ($p < 0,001$).

Cuidados básicos com o RN e importância da Puericultura.

O conhecimento das mães com relação à prevenção e tratamento das assaduras e os cuidados com o umbigo, foi significativamente maior no pós-teste, onde 30% e 38% das mães, respectivamente, que desconheciam a orientação correta no pré-teste, responderam adequadamente no pós-teste ($p < 0,001$). Os motivos pelos quais as mães deveriam levar seus filhos ao Serviço de Saúde foram mais detalhados e específicos no pós-teste, mostrando significância positiva em relação aos pré-teste ($p < 0,001$).

Da questão aberta do pós-teste, na qual solicitou-se às mães para citarem três orientações que tinham sido abordadas por ocasião da aula no Alojamento Conjunto, observou-se que a maioria das respostas envolveram as técnicas de amamentação e aleitamento materno, seguidas da forma de dar banho e como cuidar do coto umbilical (Tabela 1).

Embora não objeto do estudo, por ocasião das visitas domiciliares, que ocorreram entre 7 e 30 dias pós parto, observou-se a prática alimentar das crianças, sendo que 56,6% das mães estavam dando leite materno exclusivo, sem adição de água e chá, 33,3% estavam em aleitamento pleno, isto é leite materno mais água e chá e 10,1% já estavam em aleitamento misto, com introdução de outro leite ou fórmulas. Verificou-se, no entanto, que o período pós-parto foi distinto entre os três grupos, correspondendo em média a 12, 16 e 28 dias, respectivamente.

Tabela 1. Respostas das mães (frequência) em relação aos aspectos abordados na orientação de alta, mais citados por elas.

Itens	Frequência
Técnicas de amamentação e Aleitamento materno	68
Curativo do coto umbilical, prevenção de assaduras e como dar banho	40
Cuidados com o RN	17
Alimentação da nutriz	10
Massagens para cólicas	8
Cuidados com a casa	8
Importância da puericultura	5
Outros	5

DISCUSSÃO

Este estudo revelou que é possível aumentar o nível de conhecimento de mães sobre aleitamento materno e cuidados básicos com o recém-nascido, através de uma orientação realizada no puerpério por ocasião da alta hospitalar. Considerando as limitadas condições sócio-econômicas da população em questão, avaliamos que apesar de ser uma prática pontual, ela foi efetiva para a aquisição de novos conceitos, mesmo em grupos com baixo nível de educação e escolaridade.

Segundo CAVALCANTI², a Educação em Saúde cuida de propiciar conhecimentos, instruir e dar informações que permitam às pessoas decidir e proceder racionalmente em relação à sua saúde e daqueles sob sua influência, e ainda aplica o princípio segundo o qual "para fazer é preciso saber". Entretanto, especialistas em Educação reconhecem que somente o conhecimento não conduz, necessariamente, à prática.

Na área do aleitamento materno, vários autores referem que em muitos casos o desmame pode ser evitado simplesmente com orientação e apoio geral, ressaltando que a falta de conhecimento sobre o leite humano e a amamentação, bem como atitudes negativas e práticas desfavoráveis nos Serviços de Saúde, em conjunto, explicam a "síndrome do leite insuficiente"^{3,8,18}.

Estudos mais recentes apresentaram resultados positivos na incidência e duração do aleitamento materno, quando esta temática é abordada no pré-natal^{10,13,15,16}, enquanto outros referem que apesar de maior aquisição de conhecimento, não houve influência na prática da amamentação^{9,14}.

As diferentes metodologias utilizadas nos estudos na literatura dificultam a comparação de nossos resultados, pois a maioria delas utilizou programas no pré-natal e/ou acompanhamento posterior que inclui outras variáveis, além das informações técnicas, a que o nosso estudo se restringiu.

Cursos de Educação em Saúde foram desenvolvidos junto a mães, focalizando nutrição, higiene, desenvolvimento da criança e primeiros socorros, sendo que a proporção de mães que amamentaram foi maior no grupo das que fizeram o curso do que no grupo controle, independente da idade da criança¹⁶.

Apesar do intervalo curto para avaliar a incidência do aleitamento materno, pôde-se observar que nas crianças em aleitamento materno exclusivo e/ou pleno (90%), a média da idade encontrada foi de 15 dias, as que estavam em aleitamento misto (10%), a média da idade encontrada foi de 28 dias, não havendo nenhuma criança em aleitamento artificial. Assim a influência do programa na prática da amamentação deve ser investigada em estudos posteriores.

Para esse estudo não pudemos avaliar o impacto do programa de acordo com as diferentes variáveis maternas, como idade, paridade, escolaridade e renda, pois na maioria das questões, a frequência de acertos no pós-teste englobou a quase totalidade das mães, e o número de casos avaliados foi pequeno para outros cruzamentos estatísticos.

Assim, conclui-se que o esforço dos profissionais de saúde e acadêmicos nessa atividade interdisciplinar, conduz a benefícios educacionais para a população, incentivando portanto a continuidade dessa iniciativa. Acredita-se que as limitações para a incorporação na prática, dos conceitos transmitidos, dependem de fatores emocionais, ambientais e culturais, os quais tornam a prática do aleitamento materno, em nosso meio, um grande desafio.

SUMMARY

Guidelines provided at the moment of hospital discharge to women in the puerperal period, housed jointly with their infants: the impact on the acquisition of specific knowledge

The objective of the present study was to evaluate the impact of the guidelines provided at the moment of hospital discharge to women in the puerperal period, in rooming in care with their infants. The guidelines were given by a interdisciplinary staff composed of professionals and students of Medicine, Occupational Therapy, Nutrition, Physiotherapy and Nursing of the "Pontificia Universidade Católica de Campinas", state of São Paulo, Brazil. The content of the presentations were based on subjects such as Breast-feeding, Infant Development, Family Dynamics and Child Care Notions. A questionnaire containing the most relevant aspects of the contents was utilized to evaluate the effectiveness of the program in regards to the mother's acquired knowledge. The survey was applied before (pre-test) and after (post-test) the orientation of the mothers. The post-test was performed at the mother's place of residence between 7 and 30 days post-delivery. There were significant changes in the level of knowledge in the sampling of 62 mothers studied, all of whom were characterized as belonging to low socioeconomic class and having low level of schooling. Breast-feeding techniques, care of the umbilical stump, infant bathing, prevention of diaper rash, maternal nutrition during the nursing period and infant stimulation were the topics that presented highest statistical significance between pre-test and post-test. Therefore, it was concluded that, guidance program, in spite of being an activity developed only at the time of the mother's discharge, the guidance program brought educational benefits to the population, constituting one of the steps needed for the incorporation of the desired practices.

Keywords: breastfeeding, health education, rooming-in care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno*, Brasília, 1991.
- CAVALCANTI, M.L.F. *Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre o aleitamento materno*. São Paulo : [s.n.], 1982. 391p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1982.
- DECHAMPS, J.P. Comment l'allaitement maternel est-il enseigné ao personnel de santé? *Médecine et Hygiene*, Geneve, v.38, p.577-581, 1980.
- FORMON, M.R. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*, Evanston, v.74, p.667-694, 1984. (Supplement).
- GIELEN, A.C., FADEN, R.R., O'CAMPO, P., PAIGE, D.M. Determinants of breastfeeding in rural WIC population. *Journal of Human Lactation*, v.8, p.11-15, 1992.
- GIUGLIANI, E.R.J. Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.70, n.3, p.138-151, 1994.
- _____, ROCHA, V.L.L., NEVES, J.M., POLANCZYK, C.A., SEFFRIN, C.F., SUSIN, L.O. Conhecimento maternos em amamentação e fatores associados. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.71, n.2, p.77-81, 1995.
- GUSSLER, J.D., BRIESEMEISTER, L.H. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. *Medical Anthropology*, New York, v.4, n.2, p.1-23, 1980.
- HILL, P.D. Effects of education on breastfeeding success. *Maternal Child Nursing Journal*, Pittsburgh, v.16, n.2, p.145-156, 1987.
- LeFEVRE, M., KRUSE, J., ZWEIG, S. Selection of infant feeding method: a population-based study in a rural area. *Journal of Family Practice*, East Norwalk, v.24, p.487-491, 1987.
- NYLANDER, G., LENDERMAN, R., BENDVOLD, E., HELSING, E. Unsupplemented breast-feeding in maternity wards-positive long-term effects. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Stockholm, v.70, p.205-209, 1991.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Protecting, promoting and suporting breastfeeding*. Geneva : WHO, 1989.
- ROBINSON, J., HUAT, A., POPE, J., GARNER, B. Attitudes toward infant feeding among adolescent mothers a WIC population in northern Lousiana. *Journal of American Dietetic Association*, Chicago, v.93, p.1311-1313, 1993.
- ROSS, S.M., LOENING, W., Van MIDDELKOOP, A. Breastfeeding: evaluation of a health education programme. *South African Medical Journal*, Cape Town, v.64, p.361-363, 1983.

15. SCIACCA, J., PHIPPS, B., DUBE, D., RATLIFF, M. Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. *Journal of American Dietetic Association*, Chicago, v.95, n.3, p.323-328, 1995.
16. SHOHAM-YAKIBOVICH, I. Infant feeding practices: an evaluation of the impact of a health education course. *American Journal of Public Health*, Washington, v.80, n.6, p.732-734, 1990.
17. SIEGEL, S. *Estatística no paramétrica*. México : Trillas, 1975. 346p.
18. SJOLIN, S.A. Prospective study on individual courses of breast-feeding. *Acta Paediatrica Scandinavica*, Stockholm, v.68, p.521-529, 1979.

Recebido para publicação em 12 de fevereiro e aceito em 10 de abril de 1996.

Neuroesquistossomose

Glória Maria de Almeida Tedrus¹
Maura Aparecida Viana²
Lineu Corrêa Fonseca³
Carla Andrea Rodrigues Araujo⁴

RESUMO

O comprometimento neurológico é uma complicação não muito freqüente da esquistossomose. O envolvimento das porções inferiores da medula e da cauda equina é o mais comum. São relatados dois casos em que os pacientes apresentaram instalação subaguda de paraparesia com sorologia positiva para esquistossomose no líquido cefalorraqueano. Tratamento foi efetuado com corticosteróides e oxaminiquine. Unitermos: esquistossomose mansônica, sistema nervoso central, paraparesia tropical espástica, corticosteróides, oxaminiquine.

INTRODUÇÃO

São raros os relatados na literatura nacional de formas ectópicas de esquistossomose mansônica, principalmente com envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), embora exista no nosso meio alta incidência da forma intestinal. Cada vez mais se acumulam evidências mostrando que esta neuroparasitose é pouco diagnosticada^{3,5,6,8,9}.

São relatados dois casos de pacientes atendidos no serviço de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP com quadro de esquistossomose medular.

OBSERVAÇÃO

RMS, 29 anos, masculino, RH 31860288.1, natural de Pompéia, SP, procedente de Campinas, lavrador, procurou o serviço de Neurologia Clínica do Hospital e

Maternidade Celso Pierro em 06/07/93 apresentando dificuldade para urinar, retenção fecal e dor lombar há cinco dias, assim como déficit motor e parestesias em membros inferiores há três dias.

Antecedentes pessoais: fez uso de drogas não lícitas endovenosas. Nega etilismo e tabagismo.

Exame físico: tatuagens em vários locais do tórax e membros superiores.

Exame neurológico: força muscular diminuída (grau I/II), com predomínio distal e de modo assimétrica nos membros inferiores; arreflexia patelar bilateral; tônus muscular diminuído em membros inferiores; arreflexia patelar bilateral; reflexos superficiais cutâneo abdominais inferiores ausentes; cutâneo plantar indiferente bilateralmente; hipoestesia tátil e dolorosa simétrica com nível em T12-L1 e palestésica diminuída até o nível do joelho. Perda de controle esfinteriano vesical e anal, com retenção urinária e fecal.

Exames complementares: sorologia para sífilis, HIV, citomegalovírus e toxoplasmose negativas no sangue; ultrassom abdominal mostrando hepatoesplenomegalia. Líquido cefalorraqueano (LCR) com pleocitose elevada, linfomonocitária e hiperproteínoorraquia. Sorologias para cisticercose, toxoplasmose e sífilis negativas no LCR; sorologia para esquistossomose positiva no LCR e no soro.

- (1) Professora Assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.
- (2) Médica Neurologista do Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP.
- (3) Professor Titular do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.
- (4) Médica Residente de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP.

Após diagnóstico foi utilizada Oxaminiquine 1g em dose única e Prednisona 50mg/dia por 20 dias. Houve melhora discreta do quadro neurológico. O paciente compareceu irregularmente aos controles ambulatoriais.

JFC, 42 anos, masculino, solteiro, natural de Cajueiros, Al, procedente de Hortolândia, RH434100234, iniciou tratamento no Serviço de Neurologia Clínica do HMCP queixando-se de que há dois anos apresentou quadro inicialmente de dor na região glútea esquerda, evoluindo progressivamente com perda da força muscular e parestesias em membros inferiores. Houve também comprometimento de esfínteres vesical e anal e impotência sexual.

Antecedentes pessoais: cirurgia para varizes de esôfago e esplenectomia há 15 anos.

Exame físico: fígado palpável a 2cm do rebordo costal, cicatriz de aproximadamente 15cm no hipocôndrio esquerdo.

Exame neurológico: sinal de Romberg positivo, força muscular diminuída (grau IV) em membros inferiores com reflexos profundos exaltados; sensibilidade tátil e dolorosa diminuída em membros inferiores com nível em T10; cinética, postural e vibratória diminuídas em membros inferiores. Perda do controle esfinteriano anal e vesical.

Exames complementares: LCR com hiperproteinorraquia discreta e sorologias para toxoplasmose, cisticercose, citomegalovírus e VDRL negativas. Imunologia para esquistossomose positiva no LCR. Tomografia computadorizada de coluna lombar normal.

Após o diagnóstico de esquistossomose medular foi iniciado o tratamento com Oxaminiquine e Prednisona, havendo melhora parcial da sintomatologia.

DISCUSSÃO

Manifestações neurológicas podem existir nas três espécies de *schistosoma* que parasitam o homem. No Brasil existe somente a *S. mansônica*^{2,3,6,8,9}.

No envolvimento do SNC pelo *S. mansoni* o comprometimento medular parece ser o mais comum. As lesões medulares envolvem preferencialmente as porções mais inferiores da medula como o cone medular e a cauda equina e menos freqüentemente o segmento medular dorso-lombar.

O mecanismo exato de como os ovos do *S. mansoni* atingem o SNC ainda não está bem esclarecido. A dimensão intra-raquiana poderia se fazer através de anastomoses entre os sistemas porta e plexo vertebral de Batson, facilitada pelo aumento da pressão abdominal ou pela hipertensão portal, freqüentemente presente nos pacientes com essa parasitose intestinal⁶.

O quadro neurológico deve-se a ocorrência da reação inflamatória de natureza imunoalérgica, que acomete os vasos medulares levando a fenômenos isquêmicos ou por compressão medular por formações granulomatosas nas meninges ou no próprio tecido nervoso^{1,3,7,9}.

O diagnóstico é clínico, fundamentado nos antecedentes pessoais, exame neurológico e na sorologia no LCR.

O LCR descrito por LIVRAMENTO et al.⁵ apresenta os seguintes elementos principais: aumento discreto da celularidade, eosinofillorraquia, aumento da concentração protéica, com aumento do teor de gama e a presença de anticorpos específicos à *S. mansoni*. A sorologia é fundamental para a confirmação diagnóstica, uma vez que os outros achados são inespecíficos, sendo encontrados em outras infecções do SNC^{3,5,9}.

Os achados de neuroimagem (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética) são inespecíficos.

O tratamento é feito com drogas anti-inflamatórias (Dexametasona) e o tratamento etiológico com Oxaminiquine ou Praziquantel^{3,4,9}.

O grau de recuperação do indivíduo e o prognóstico dependem da precocidade do diagnóstico e da rapidez no início do tratamento⁴.

Há necessidade de estudo sistematizado da sorologia para esquistossomose no LCR, em todos os casos de doenças medulares, em que não haja esclarecimento diagnóstico etiológico.

SUMMARY

Central nervous system schistosomiasis

The neurological complication is not very frequent in schistosomiasis. The involvement of inferior portions of spinal cord and cauda equina is the most common one. Two cases in which patients presented subacute paraparesis with positive sorology to schistosomiasis in cerebrospinal fluid are reported in this paper.

Keywords: *schistosomiasis mansoni, central nervous system, paraparesis.*

Agradecimento

Os autores gostariam de expressar seus agradecimentos aos professores J.A. Livramento e A. Spina-Franca pela realização das sorologias de esquistossomose no LCR e no soro desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEMAN, C.L. Localization ectopica aparentemente asintomática de huevos de schistosoma mansoni en el encefalo. *Archivos del Hospital Vargas*, Caracas, v.8, n.3/4, p.71-84, 1966.
2. ANDRADE, A.S.F., QUEIROZ, A.C. Meningorradiculite esquistossomótica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v.49, n.1, p.80-82, 1991.
3. FERREIRA, M.S., COSTA-CRUZ, J.M., GOMES, M.A. Esquistossomose do Sistema Nervoso Central: relato de um caso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v.48, n.3, p.371-375, 1990.
4. FOSTER, R. A review of clinical experience with oxaminiquine. *Transactions of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, London, v.81, p.55-59, 1987.
5. LIVRAMENTO, J.A., MACHADO, L.R., CAETANO DA SILVA, L., SPINA-FRACA, A. Síndrome do líquido cefalorraqueano na neuroesquistossomose. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v.43, n.4, p.372-377, 1985.
6. MATTOSINHO-FRANCA, L.C, MELARAGNO, R.F., TENUTO, R.A. Comprometimento cerebral na esquistossomose mansônica. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v.67, p.223-230, 1965.
7. PITTELLA, J.E.H. Vascular changes in cerebral schistosomiasis mansoni: a histopathological study of fifteen cases. *American Journal of Medicine and Hygiene*, v.34, n.5, p.898-902, 1985.
8. _____, LANA-PEIXOTO, M.A. Brain involvement in hepatosplenic schistosomiasis mansoni. *Brain*, Oxford, v.104, p.621-632, 1981.
9. SCRIMGEOUR, E.M., GAJDUSEK, D.C. Involvement of central nervous system in schistosoma mansoni and s. haematobium infection: a review. *Brain*, Oxford, v. 108, p.1023-1038, 1985.

Recebido para publicação em 26 de março e aceito em 29 de abril de 1996.

Fatores de risco e prevenção das cardiopatias isquêmicas: revisão de literatura

Lêda Maria Bocchi de Souza¹
Maria Alice Amorim Garcia²

RESUMO

Dada a alta prevalência das cardiopatias isquêmicas e sua condição de primeira causa de morte em vários países, encontram-se publicadas inúmeras investigações que buscam delinear seus fatores de risco e possíveis causas, estabelecendo medidas de controle, prevenção e cura. Tais medidas tem possibilitado a atuação multiprofissional o mais precoce possível na história deste agravo, ampliando o grau de eficácia e resolutividade das ações em saúde, com menor custo social. Esta revisão aborda resultados de alguns destes trabalhos, enfatizando a importância da atuação integral visando o acompanhamento bio-psico-social, individual e coletivo.

Unitermos: cardiopatias, coronariopatias, fatores de risco, história natural das doenças, prevenção e controle, prevalência, mortalidade, morbidade, educação em saúde, literatura de revisão.

INTRODUÇÃO

A Cardiopatia Isquêmica (CI) é na atualidade a principal causa de morte nos países industrializados e também naqueles em desenvolvimento, estimando-se ser responsável por 80% da mortalidade cardíaca¹⁶.

Referida como a epidemia do século, estima-se sua incidência mundial em cinco milhões de casos novos ao ano, que resultam em quinhentos e cinquenta mil mortes, o que ultrapassa o somatório das mortes causadas por câncer¹⁵.

Como a maioria das doenças crônico-degenerativas, apesar da extensão e aprofundamento das investigações fisiopatológicas e etiopatogênicas, ainda não se tem a determinação de causas, mas um emaranhado de fatores com maior ou menor grau de associação. Este fato nos remete a ações preferenciais no período pré-patogênico antecipando-se o cuidado no sentido de minimizar resultados negativos de elevado custo social¹⁶.

Pesquisas feitas no Brasil e no exterior demonstram um decréscimo considerável na prevalência das CI e suas

complicações ao se evitar a exposição aos fatores de risco⁹.

Assim, aos profissionais de saúde cabe importante parcela na prevenção desta doença através da atuação em todos os níveis e principalmente através de ações de caráter educativo de alcance individual e coletivo.

Descrição epidemiológica

A preocupação social com as doenças crônico-degenerativas surge na transição demográfico-epidemiológica ocorrida no período entre-guerras. Em decorrência das mudanças sócio-econômicas trazidas pelo desenvolvimento industrial e urbano, observam-se, principalmente nos países desenvolvidos, modificações no comportamento das variáveis relacionadas a mortalidade e fecundidade. Diminuem proporcionalmente os óbitos decorrentes das epidemias e endemias, a população envelhece e ampliam-se os agravos relacionados às questões urbano-sociais, dentre eles os problemas cardiovasculares¹⁰.

No entanto, a distribuição destas doenças nas comunidades se dá na dependência das estruturas sociais e mesmo das condições locais de vida e de trabalho. Em países em desenvolvimento registra-se grande diversidade de padrões epidemiológicos e a concomitância das doenças

(1) Acadêmica 6º ano de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(2) Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

chamadas da pobreza (as infecto-contagiosas) e as do desenvolvimento (as psico-sociais e crônicas-degenerativas)¹⁶.

As doenças cardiovasculares têm distribuição variada, acometendo todas as idades, classes sociais e raças. Quanto maior a associação de fatores aterogênicos, maior o risco para qualquer indivíduo. Ninguém está isento de conviver com tal morbidade¹⁰.

A partir da década de 40, com a redução das complicações cardíacas da febre reumática e conseqüente queda da mortalidade por esta causa, as doenças isquêmicas do coração passaram a ter destaque⁹.

Seus índices sofreram importante ascensão durante décadas e um certo declínio em alguns países a partir do final da década de 60, como demonstrado em trabalhos descritivos.

De 1968 a 1976, observou-se nos Estados Unidos e Canadá, uma redução de mais de 20% da mortalidade por CI. Buscando explicações para esta tendência, realizou-se em 1978, uma conferência em Bethesda, Maryland, Estados Unidos, promovida pelo "National Heart, Lung and Blood Institute", reunindo clínicos, cardiologistas, epidemiologistas, estatísticos, dentre outros profissionais, chegou-se à conclusão de que este declínio era real e atribuído, provavelmente, em parte, à prevenção primária, atuando por meio de mudanças em alguns fatores de risco e, também, à melhoria da assistência médica específica⁹.

Este declínio foi demonstrado também na Suíça, Itália, Nova Zelândia, Austrália, Bélgica, Canadá e Finlândia, mas não na Suécia, Dinamarca e leste europeu.

No caso do Japão, a diminuição dos óbitos por CI ocorreu entre 1956 e 1968. Após este período, retomou-se o crescimento anterior do número de casos, o que tem sido explicado pelo processo de industrialização altamente competitivo e pela ocidentalização da sociedade japonesa. Conseqüente a estes determinantes observou-se considerável aumento na prevalência de hipercolesterolemia e de hipertensão arterial: de 1970 para 1980, houve um acréscimo de 311 a 373, para 400 a 545 pessoas em tratamento de hipertensão entre 100 000 habitantes. Constatou-se também que japoneses emigrados para os Estados Unidos antes da ocidentalização do país já apresentavam tendência a CI por estarem expostos aos fatores de risco. Assim, a alteração da dieta teve grande importância, tanto para os emigrantes como para os que viveram as mudanças nos hábitos de vida dentro do próprio país^{15,20}.

Em relação ao sexo, dados epidemiológicos de 1991 nos Estados Unidos mostram que os homens são mais freqüentemente afetados pelas CI que as mulheres, numa razão de 4:1. Na faixa etária anterior aos 40 anos esta razão sobe para 8:1 e para os acima de 70 anos a razão cai para 1:1. Nos homens, o pico de incidência para as

manifestações clínicas é na faixa etária entre 50 e 60 anos e nas mulheres entre 60 e 70 anos^{3,17}.

Na Austrália, de 1971 a 1982, época em que o Japão sofria aumento considerado na incidência de CI, a situação era contrária. Entre os homens a porcentagem de infartados diminuiu de 0,9 a 2,5% anualmente e entre as mulheres de 0,7 a 4,1%. Entre as razões para tal declínio apontam-se: a pronta internação, com os primeiros sinais e sintomas do infarto; a diminuição da exposição a um ou vários fatores de risco; e a intensificação do uso de terapias como, por exemplo, a de compensação da hipertensão arterial¹¹.

Ainda com relação aos australianos averigou-se que entre 1968 a 1983, os níveis de colesterol decresceram 8% entre os homens e 10% entre as mulheres, de 40 a 59 anos. Neste mesmo período a pressão sistólica diminuiu 3% nos homens e 7% nas mulheres. Houve também importante desaceleração da prevalência de fumantes com queda de 18% para os homens entre 40 e 49 anos e 30% entre os de 50 e 59 anos e 16% entre as mulheres.

Outro fato constatado nas pesquisas sobre o declínio de infartos na Austrália foi o de que desde a década de 60 tem havido decréscimo substancial no consumo de carne, leite, ovos e manteiga e aumento no consumo de aves, frutos do mar, margarina, queijo, legumes e frutas. Estes dados nos mostram que o consumo de gordura abaixou e a razão entre poli-insaturados e saturados cresceu consideravelmente. O consumo de colesterol diminuiu mais que 18% entre 1936 e 1981.

Mudanças dietárias semelhantes às ocorridas na Austrália foram constatadas também na Nova Zelândia. Lá, o nível de colesterol diminuiu de 3 a 4% entre 1968 e 1980, o que pode explicar o declínio de 30 a 40% na taxa de mortalidade por CI entre homens de 35 a 64 anos¹¹.

Apesar da insuficiência de dados e levantamentos epidemiológicos em nosso país, trabalho coordenado pelo Prof. Ruy Laurenti demonstra também esta tendência decrescente das mortes por CI no município de São Paulo. Registra-se uma tendência crescente destes índices até 1976, para maiores de 20 anos, e um declínio contínuo a partir desta data, principalmente no sexo feminino⁹.

Fatores de risco

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares parecem ter características peculiares em diferentes localidades geográficas, no entanto, ao se aprofundar nos estudos vislumbra-se que tais peculiaridades decorrem de modos distintos de vida, ou seja, das especificidades sócio-culturais daquelas populações, relacionadas a sua inserção no trabalho, hábito, ou o chamado estilo de vida. Analiticamente, estes fatores são divididos entre aqueles

relacionados ao modo de vida propriamente dito, e os de caráter biológico. Entre os relacionados ao modo de vida há: o hábito alimentar, o estresse psicológico, o desgaste físico, o sedentarismo e o hábito de fumar. Entre os relacionados aos aspectos biológicos há: as hiperlipidemias, os antecedentes diabéticos e o próprio *diabetes mellitus*, a obesidade, a hipertensão e os níveis de estrógenos em mulheres. Aponta-se também, entre estes fatores, a predisposição genética e aterosclerose^{2,3,12,16}.

Em investigação realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo acerca dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares na população do município de São Paulo, constatou-se a importância da *obesidade* como risco isolado ou associado em todos os grupos etários pesquisados¹².

Outros trabalhos demonstram a importância da dieta, entre eles, o de TAHIN & MELLO¹⁹ que averiguaram: “*estudo com grupos humanos que ingeriam diária e constantemente ácidos graxos saturados, mostraram que havia uma maior incidência de doenças coronarianas nesses indivíduos do que nos que se alimentavam com menores quantidades de lipídios e de ácidos graxos saturados*”.

A dieta rica em ácidos graxos saturados, substituindo os ácidos linoléico, eicosatrienóide e araquidônico por ácidos oléicos e outros ácidos graxos insaturados, leva a uma hipersensibilidade das plaquetas alterando o tempo de coagulação. Este é um fator facilitador da formação de trombos, causa do mais alto nível de isquemia, o infarto do miocárdio. O risco de doença coronariana decresce em 3% com a redução de 1% do *colesterol plasmático*¹⁹.

As lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e as de muito baixa densidade (VLDL) são aterogênicas e as de alta densidade (HDL) estão associadas a um menor risco de doenças cardiovasculares. O colesterol dietário aumenta a concentração de LDL e modifica a composição de HDL, aparecendo uma HDL anômala denominada HDLc, a qual é rica em colesterol com alta afinidade pela superfície dos problastos. A redução do colesterol dietário diminui o circulante, bem como os níveis de LDL e de HDL⁸.

Portanto a dieta, dependendo da sua composição, pode se constituir num fator de risco destas doenças, como pode, também, ter uma função protetora sobre as mesmas.

A *idade* e *sexo* também aparecem como fatores associados a morbidade por CI. Como exemplificado através da pesquisa feita pela Faculdade de Saúde Pública da USP, entre as mulheres constatou-se aumento brusco de colesterol após os 50 anos de idade. Já para as mulheres entre 30 e 39 anos, o fator de risco mais relevante foi o uso de contraceptivos orais. A literatura tem mostrado que o risco de morte por CI é 4 a 8 vezes maior entre as mulheres

que usam contraceptivos orais. Os contraceptivos, a idade, o sexo, o sedentarismo e o hábito de fumar, comportam-se como fatores associados¹².

Ainda na pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP constatou-se que os *antecedentes diabéticos* em homens entre 50 e 59 anos de idade tiveram paralelismo com altos níveis séricos de triglicérides.

O *tabagismo* aparece como fator de risco isolado ou associado para os homens entre 30 e 39 anos. As médias nos níveis lipêmicos entre obesos fumantes foram maiores do que as encontradas nos casos em que a obesidade era risco isolado. Fumar é um fator de risco que atua diretamente nas coronárias. Sua relação com perfis lipêmicos provavelmente se deve à liberação de catecolaminas no sangue, induzindo ao aumento de lipemias.

Outro fator determinante para as CI está relacionado a *inatividade física*, apontando também como associado a mortalidade prematura por causas correlatas⁷.

Muitos estudos têm mostrado a relação inversa entre a atividade física e a doença coronariana. A atividade física previne este problema por atuar diretamente no sistema coronariano e por dificultar a coagulação precoce do sangue, que aumenta o risco de complicações vasculares¹⁸.

O *fator genético* também deve ser analisado pois mantém um paralelismo com o grau de morbidade que a doença atinge no indivíduo. Pessoas que apresentam muitos fatores influentes para a aterogênese, mas não o fator genético, não desenvolvem aterosclerose. É, portanto, necessário averiguar a recorrência familiar de CI, o que auxiliará no prognóstico e conseqüentemente nas medidas de controle e terapêuticas que deverão ser tomadas².

Menos estudados, buscamos apontar também a importância dos *fatores sócio-econômicos* relacionados a inserção do indivíduo no trabalho.

DANTAS & TEIXEIRA⁵, médicos da Refinaria Gabriel Passos da Petrobrás em Betim (região metropolitana de Belo Horizonte-MG) realizaram estudos sobre os fatores de risco coronarianos e constataram níveis séricos de colesterol significativamente mais elevados em trabalhadores de turnos ininterruptos de revezamento, principalmente naqueles trabalhadores das faixas etárias menores de 40 anos. Segundo eles, este fato se deve ao impacto do trabalho estafante e a associação de hábitos não fisiológicos decorrentes do revezamento de turnos. Neste mesmo estudo ficou demonstrada também melhor aptidão física dos trabalhadores de horários diurnos.

Inúmeros trabalhos apontam o estresse enquanto fator de risco para as doenças cardiovasculares. Nota-se, entretanto, uma certa divergência e mesmo uma dubiedade no sentido dado a este conceito. Ampliando-se os limites

da conceituação fisiológica de estresse, questiona-se: será que o estresse é o mesmo para um metalúrgico da produção, para um auxiliar de escritório, para um gerente de produção, para trabalhadores de uma micro-empresa nacional ou os de uma multinacional?; será o mesmo para um morador de um condomínio de alto luxo da grande São Paulo e para um morador da Baixada Fluminense?

Trata-se de questão complexa que exigiria maior aprofundamento, não comportando neste trabalho.

Buscando delimitar um conceito para este trabalho considerar-se-á o estresse enquanto a perda do equilíbrio físico e mental proveniente do cansaço. Entende-se a mente e o corpo como partes de um todo, havendo cansaço mental, o corpo também sofrerá e vice-versa⁶.

Medidas de controle

Entre as medidas rotineiras de controle dos fatores de risco para as CI destacam-se: a realização de exames periódicos, exercícios físicos adequados, dieta pobre em colesterol, o abandono do cigarro e o controle da obesidade.

Como **exames periódicos** preconiza-se a dosagem de HDL-colesterol (ou alfa-colesterol, HDL-colesterol ou beta-colesterol), dos triglicérides e das lipoproteínas¹⁴.

Quanto aos **exercícios físicos** indica-se, inicialmente, o deambular de 40 a 60 minutos diários, que traz como benefícios básicos: um melhor aporte cárdio-respiratório, o condicionamento muscular com menor fadiga e maior disponibilidade, controle do peso, utilização mais adequada das gorduras e, também, ou principalmente, o planejamento de um momento diário de relaxamento físico e mental¹⁴.

Refere-se ao fato de se dispor de 40 minutos diários para o deambular como importante pois entende-se que a maior dificuldade destes pacientes está em aceitar as limitações de uma doença crônica, fato agravado por se tratar de um problema cardíaco cujas representações psico-sócio-culturais são muito marcantes. Aparentemente, o fato de um paciente ter conseguido dispor de parte de seu tempo para realizar rotineiramente alguns exercícios, pode significar um primeiro passo para esta aceitação, para o rever de seu modo de vida, o que representa a possibilidade de controle de um fator determinante de seu problema de saúde. Trata-se de questão essencial e complexa que exigiria também um outro trabalho.

Ainda em relação aos exercícios físicos aponta-se que contribua positivamente para a revisão do **hábito de fumar** e para o controle da **dieta**.

Segundo o Instituto do Coração (INCOR) de São Paulo recomenda-se uma dieta rica em fibras e pobre em colesterol, composta preferencialmente pelos seguintes

alimentos: clara de ovo, óleos vegetais (milho, soja, girassol, açafrão), carnes magras, leite desnatado, queijo ricota ou tipo minas, margarina dietética, peixes, verduras, legumes, frutas e raízes (batata, mandioca, rabanete, beterraba, lentilha, soja, etc.).

Deve-se evitar alimentos, tais como: carne e derivados; carnes gordas, toucinho, frios e embutidos: salsicha, presunto, salame, copa, mortadela, miúdos, vísceras, camarão, lagosta, frutos do mar, gema de ovo, gordura de côco, leite e derivados: manteiga, queijo, creme de leite, chantilly, sorvete, iogurte integral.

Quanto ao estresse, se uma de suas explicações é a sobrecarga física e mental, para preveni-lo é preciso *poder e saber descansar*. Apregoa-se um descanso diário, de curta duração; um descanso semanal, de média duração; e um de longa duração, anualmente, referente as férias⁶.

Evitando os demais fatores para as doenças cardiovasculares, estamos também evitando o próprio estresse uma vez que a obesidade, o sedentarismo e a dieta inadequada, predispõe o organismo ao cansaço. Pode-se notar que o controle de todos estes fatores exige realmente uma mudança radical do modo de vida: do comer, do descansar, do exercitar, do trabalhar, e mesmo do se relacionar em família ou na sociedade.

Neste sentido, buscando uma certa aproximação desta problemática, aparecem em vários trabalhos propostas de **ações educativas** como o da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo da Professora Nelly Candeias, que resume em quatro letras o tipo de relacionamento que uma pessoa deve ter com os fatores de risco, "**CHAP**": o C refere-se ao conhecimento que se deve ter quanto aos exercícios, o fumo, à dieta, quanto ao colesterol como causador de danos arteriais; a letra **A** refere-se a atitude, ou seja, não basta saber que o cigarro faz mal para a saúde, mas é preciso evitá-lo; a letra **H** refere-se à habilidade para a realização adequada do que foi conhecido; a letra **P** refere-se à prática, pois se faz necessário praticar com regularidade as ações preventivas. A proposta deste trabalho de Medicina Preventiva se inicia em programas educativos e se viabiliza na conscientização e ação individual e coletiva⁴.

Como pode-se notar, o controle das CI não se dá facilmente pois depende da mudança de hábitos culturalmente arraigados e veiculados enfaticamente pelos meios de comunicação. Mocinhos e bandidos fumam em quase todos os filmes. Sentimos água na boca só de lembrar das publicidades dos embutidos da Sadia ou da Perdigão. Será que após 8 a 10 horas de trabalho teremos disposição para realizar exercícios? Comemos a quantidade suficiente de fibras? O brasileiro tem costume e condições de se alimentar adequadamente?

Ter-se-ia mais uma dezena de questões imobilizantes e que nos fariam impotentes perante qualquer doença crônico-degenerativa.

No entanto, tomando-se em consideração parte destas dificuldades, países desenvolvidos elaboram políticas de controle das propagandas veiculadoras de cigarros e medidas de vigilância da produção e consumo dos alimentos. Quanto aos serviços de saúde temos o somatório de funções e ações que passam a buscar uma atuação precoce na história natural destes agravos, ainda em seu período pré-patogênico, através de programas educativos, como o do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, que após 25 anos de campanha de combate ao fumo obteve por resultado a diminuição de 50% dos fumantes. Acredita-se que através destas ações 350 mil mortes por doenças cardiovasculares foram evitadas ou retardadas, ampliando-se a chance de viver (a expectativa de vida) destas pessoas em pelo menos vinte anos⁴.

Buscando soluções

A análise dos fatores de risco demonstra a extrema importância da conscientização individual e social para a prevenção das doenças isquêmicas do coração.

Através de medidas de proteção específica tais como o controle de hábitos, como o de fumar, ingerir dietas hipergordurosas e ter uma vida sedentária, pode-se beneficiar positivamente os indivíduos.

Sabe-se, no entanto, que as más condições de trabalho e de vida, cujas soluções não dependem exclusivamente da vontade individual, interferem consideravelmente ou até de forma determinante na presença dos riscos coronarianos.

Assim, faz-se necessário a busca de soluções mais amplas, de promoção de saúde que se relaciona não só aos hábitos individuais mas às políticas governamentais de controle alimentício e publicitário e, principalmente, as voltadas à saúde e à educação, de caráter resolutivo e universal.

Analisando sob o ponto de vista socio-econômico, o quadro parece de difícil alteração. No entanto, o trabalho médico é parte de um todo na busca de melhores condições de saúde pública. Apenas a vivência do profissional de saúde como cidadão consciente abrir-nos-á caminho para maior valorização da vida.

Sugerimos, assim, o aproveitamento de todos os espaços criados no atendimento à saúde. Partindo do princípio de que o paciente precisa obter conhecimentos acerca de sua doença e das maneiras de evitá-la, podemos organizar momentos em nossos serviços para o trabalho educativo através de palestras, demonstrações, vídeos

educativos, que podem alcançar outros setores da sociedade. Tais ações possibilitariam a melhora dos níveis de saúde da população em geral.

Através das unidades básicas, ou mesmo no ambulatório hospitalar, o profissional da saúde pode individual ou coletivamente através dos grupos, realizar este trabalho de conscientização. Nas unidades básicas poderá estender essa ação às escolas, às fábricas, aos estabelecimentos comerciais de serviços, às comunidades de base, igrejas, associações de bairro, sindicatos, clubes, orfanatos, casas filantrópicas, pensionatos, enfim, a toda à comunidade. Esses profissionais estariam informando, mostrando os resultados da prevenção, abrindo espaços para dúvidas, angústias e questionamentos.

É essencial que os acadêmicos dos vários cursos da área da saúde vivenciem este trabalho e participem de sua organização e execução, contribuindo para a concretização do Sistema Único de Saúde, universalizado, equânime e de qualidade integral e resolutiva.

SUMMARY

Risk factors and prevention of ischemic heart disease: literature review

Due to the high prevalence of ISCHEMIC HEART DISEASE and its condition of first cause of mortality in several countries, there are many inquiries published about it. The works show the risk factors of the ISCHEMIC HEART DISEASE and the causes of its appearance, leading to the establishment of control measures, prevention and cure for it. These measures allow multiprofessional teams to follow the natural history of this disease from the beginning, increasing the level of efficacy and resolvability in health actions, with less social cost. This paper presents the results of some of these works, emphasizing the importance of integral action towards the social psychobiological follow up of the individual and the community at the risk of ischemic heart disease.

Keywords: *risk factors, natural history of diseases, prevention levels, incidence, prevalence, mortality, morbidity, health education.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALROOMI, K.A., AL-ROOMI, K.A., DOBSON, A.J., HALL, E., HELLER, R.F., MAGNUS, P. Declining mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease in Australia. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.129, n.3, p.503-510, 1989.

2. BAUER, R.L., HELLER, R.F., CHALLA, H.S. United Kingdom heart disease prevention project: 12 years follow-up of risk factor. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.121, n.4, p.563-569, 1985.
 3. CALIFANO, J.A. American's health care revolution: health promotion and disease prevention. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v.87, n.4, p.437-440, 1987.
 4. COLESTEROL e dieta. *Folha de São Paulo*, São Paulo, set. 1991. Caderno Saúde da Família, p.3 (Conselho Regional de Medicina/Associação Paulista de Medicina).
 5. DANTAS, J., TEIXEIRA, J.W. Fatores de risco coronariano em trabalhadores de turnos ininterruptos de revezamento. *Revista SOS-Saúde Ocupacional e Segurança*, São Paulo, v.25, n.1, p.6-16, 1990.
 6. ESTRESSE: como evitá-lo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, maio 1992. Caderno Saúde da Família, p.2 (Conselho Regional de Medicina/Associação Paulista de Medicina).
 7. FORD, E.S., DE STEFANO, F. Risk factors for mortality from all causes and from coronary heart disease among persons with diabetes. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.133, n.12, p.1220-1229, 1991.
 8. GONÇALVES-CARVALHO, C.M.R., TAHIN, Q.S., CAVALCANTI, T.C. Alterações provocadas pelo colesterol dietário. *Bioikos*, Campinas, v.4, n.2, p.7-12, 1990.
 9. LAURENTI, R. O declínio das doenças cardiovasculares como causa de morte. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.20, n.5, p.339-340, 1986.
 10. _____. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990 Campinas. Anais... Campinas : Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UNICAMP, 1990. p.143-165.
 11. MARTIN, C.A., HOBBS, M.S.T., ARMSTRONG, B.K., KLERK, N.H. Trends in the incidence of myocardial infarction in western Australia between 1971 and 1982. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.129, n.4, p.655-668, 1989.
 12. MARTINS, I.S., GOMES, A.D., PASINE, U. Níveis lipêmicos e alguns fatores de risco de doenças cardiovasculares em populações do município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.5, p.26-38, 1989.
 13. OLIVEIRA, S.P., TAHIN, Q.S., CAVALCANTI, T.C. Epidemiologia das doenças isquêmicas do coração: papel da dieta. *Revista de Nutrição da PUCCAMP*, Campinas, v.4, n.1/2, p.146-153, 1991.
 14. QUE (o) significa colesterol? *Folha de São Paulo*, out. 1991. Caderno Saúde da Família, p.2 (Conselho Regional de Medicina/Associação Paulista de Medicina).
 15. ROBBINS, S.L. *Patologia estrutural e funcional*. 4.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1991. p.493-507.
 16. ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA, N. Epidemiologia e saúde. 4.ed. São Paulo : Medsi, 1994. 230p.
 17. SCHROEDER, S.A. (Org). *Current medical diagnosis and treatment*. 30.ed. East Norwalk : Appleton & Lange, 1991. p.256-276.
 18. SIDNEY, S., JACOBS JR, D.R., HASKELL, W.L., ARMSTRONG, M.A., DIMICCO, A., OBERMAN, A., SAVAGE, P.J., SIATTERY, M.L., STERNFELD, B., HORN, L.V. Comparison of two methods of assessing physical activity in the coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.133, n.12, p.1231-1245, 1991.
 19. TAHIN, Q.S., MELLO, R.A. Novos conceitos sobre ácidos graxos. *Bioikos*, Campinas, v.1, n.1, p.30-48, 1987.
 20. VESHIMA, H., TATARA, K., ASAKURA, S. Declining mortality from ischemic heart disease and changes in coronary risk factors in Japan, 1956-1980. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.125, n.1, p.62-72, 1987.
- Recebido para publicação em 27 de outubro de 1995 e aceito em 26 de fevereiro de 1996.

Manifestações psiquiátricas da síndrome pré-menstrual: revisão de literatura

Monica Sueli Barbosa Vilela¹
Lêda Maria Bocchi de Souza¹
Claudemir Benedito Rapelli²

RESUMO

O objetivo do trabalho é apurar quais os principais critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico de manifestação psiquiátrica da Síndrome Pré-Menstrual (SPM). Ressaltamos a importância do diagnóstico diferencial entre quadros psiquiátricos que têm magnificação de seus sintomas na fase lútea do ciclo menstrual e manifestações psiquiátricas decorrentes da SPM. Estudos sugerem um score limite em escalas psiquiátricas, para esta diferenciação, sendo as mais utilizadas: Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Rating Scale, Hopkins Symptom Checklist-90. A metodologia empregada foi a análise de publicações sobre o assunto de 1992/95. Conclui-se que existem diversos instrumentos para o diagnóstico em questão, não havendo consenso a respeito do instrumento ideal, porém, com relação à terapêutica considera-se principalmente os agonistas de GnRH, a fluoxetina, o alprazolam e as Beta-endorfinas. Unitermos: fase lútea tardia, síndrome pré-menstrual, ciclo menstrual.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) pode ser definida pela presença de sintomas psicossomáticos, reincidentes nos dias que antecedem a menstruação, melhorando de forma abrupta no início do sangramento menstrual ou com o aparecimento cíclico de uma série de sintomas, em grau suficiente para interferir na qualidade de vida da paciente ou com o seu trabalho, seguidos de períodos assintomáticos⁸.

A SPM engloba grande variedade de sintomas em graus diversos de intensidade, que vão desde o leve desconforto até a incapacidade, quando 20% das mulheres demonstram comprometimento da qualidade de vida, tanto no aspecto profissional, quanto familiar.

Este trabalho tem por objetivo apurar quais os principais critérios e instrumentos utilizados para o diagnóstico de manifestações psiquiátricas da SPM, através

da revisão bibliográfica da literatura recente (1992-1995). Ressaltamos a importância do diagnóstico diferencial entre quadros psiquiátricos que têm magnificação de seus sintomas na fase lútea do ciclo menstrual e manifestações psiquiátricas decorrentes da SPM. Através da leitura e análise de diversos estudos, procurou-se ainda, elaborar uma revisão sobre a abordagem terapêutica mais recente da SPM e de suas manifestações psiquiátricas.

Diante da alta incidência da Síndrome Pré-Menstrual e da morbidade a ela relacionada, como por exemplo, prejuízo significativo na vida social, nas atividades profissionais e no relacionamento com as outras pessoas¹ tornam-se necessárias investigações a respeito do que é a SPM e quais critérios adequados para o seu diagnóstico, que conduzirão a uma escolha terapêutica¹⁴.

Alguns dos sintomas da SPM são inespecíficos, como irritabilidade, ansiedade e alterações de humor; também presentes em transtornos psiquiátricos¹⁵.

Na fase lútea são mais importantes os distúrbios psíquicos^{10,13}. Nela, em comparação com o restante do

(1) Acadêmicas 6º Ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

(2) Médico Psiquiatra contratado pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro.

ciclo menstrual, são muito mais altas as taxas de internação e atendimentos emergenciais em psiquiatria, suicídios (exitosos e tentativas), crimes violentos e acidentes^{1,20}.

Em determinadas pacientes observa-se maior frequência e intensidade de ataques de pânico, de bulimia, de comportamento obsessivo-compulsivo ou de episódios psicóticos^{1,20}.

Mulheres com o diagnóstico de distúrbio da ansiedade generalizada apresentam uma intensificação dos sintomas psíquicos na fase lútea, mensurados com o Hamilton Anxiety Rating Scale² e Hopkins Symptom Checklist-902, num estudo prospectivo realizado por McLEODOR et al¹³, em 1993.

Em função das alterações do humor e de comportamento observadas na SPM, vários transtornos psiquiátricos devem ser considerados para o diagnóstico diferencial, como o distúrbio de ansiedade, depressão maior, distímia, transtorno de ajustamento de personalidade e reações agudas ao stress^{1,6}. Assim, torna-se importante distinguir se o que ocorre no final da fase lútea é uma mera exacerbação dos sintomas existentes ou se estes se encontram superpostos às manifestações da SPM^{7,18}. O DSM-III-R não estabelece critérios para se fazer essa diferenciação.

Em um estudo onde se usou o BECK DEPRESSION INVENTORY, considerou-se a diferença dos scores na fase folicular e na fase lútea. Pacientes com score 10 na fase folicular, com aumento do score na fase lútea foram diagnosticadas como portadoras de SPM e pacientes com score > 10 já na fase folicular foram consideradas como portadoras de intensificação de sintomas psiquiátricos na fase pré-menstrual⁷.

A diferenciação entre sintomas de natureza psíquica decorrentes da SPM e sintomas psiquiátricos exacerbados na fase lútea define a escolha do tratamento.

Vários estudos demonstraram que o uso de agonistas de GnRH melhora sintomas de depressão e ansiedade, quando estes são parte da SPM, sendo observado que, estes mesmos sintomas, quando decorrentes de GnRH^{7,9,16,23}, embora os agonistas do GnRH tenham bom efeito terapêutico para sintomas físicos e psíquicos na SPM, induzem estado menopausal em mulheres jovens, pelo hipo-estrogenismo resultante de seu uso; ressaltando-se assim, a necessidade do uso de estrógeno e progesterona concomitante aos agonistas do GnRH, a fim de prevenir a osteoporose precoce e iatrogênica¹⁶.

O uso da fluoxetina no tratamento dos sintomas psíquicos da SPM foi proposto a partir de estudos que verificaram que na fase lútea, os níveis séricos de serotonina e os níveis de seu metabólico principal (5-hidroxi indol acético) na urina estão diminuídos.

Estudo comparativo da eficácia do uso da fluoxetina com a imipramina revela que a fluoxetina é consideravelmente mais eficaz no tratamento dos sintomas psíquicos da SPM¹⁷. Joseph F. MORTOLA¹⁶, em seu estudo, considera que a diminuição da serotonina está diretamente vinculada à gênese dos sintomas psíquicos na SPM, justificando a eficácia da fluoxetina como opção terapêutica^{7,17}.

Outros estudos revelam que bons resultados terapêuticos têm sido obtidos com o uso do alprazolam^{1,19}. Sua eficácia é baseada em estudos que demonstram uma interação da progesterona com o receptor GABA, justificando a influência dos benzodiazepínicos nos sintomas psíquicos da SPM.

Outros quadros clínicos entram no diagnóstico diferencial da Síndrome Pré-Menstrual. No hipertiroidismo pode-se encontrar nervosismo e instabilidade emocional; no diabetes, polidipsia e polifagia; na hipoglicemia; ansiedade, nervosismo, fraqueza, fadiga, cefaléia, inquietação, dificuldades da fala e pensamento, agitações, hipersonia e "explosões" de raiva¹. São citados também a Síndrome da Fadiga Crônica, a Fibromialgia, a Enxaqueca, a Epilepsia e a Síndrome do Cólon irritável²².

Embora nenhum desses quadros se vincule ao período pré-menstrual, alguns sintomas poderão existir preferencialmente na fase lútea, tornando-se imperativa a realização de exames clínicos e laboratoriais para diferenciação diagnóstica.

A dosagem do FSH e LH, por exemplo, direcionaria o diagnóstico para a Síndrome do Climatério, dentro do qual estão inseridos vários sintomas, também existentes na SPM^{3,11,21}.

CONCLUSÃO

Há diversos critérios para o diagnóstico da SPM. No CID-10⁴, o distúrbio integra o capítulo das doenças psiquiátricas (código F53) e suas diretrizes diagnósticas foram específicas. No DSM III-R⁵ a SPM recebe a denominação de Distúrbio Disfórico da fase lútea tardia.

Há uma concordância entre a maioria dos autores¹ no uso de métodos prospectivos para o diagnóstico da SPM. Entre as escalas utilizadas para estes estudos prospectivos são citadas as seguintes: Daily Rating Form², Calendar of Premenstrual Experience, Daily Assesment Form e o Menstrual Distress Questionaire.

Não há consenso de como deve ser feita a avaliação prospectiva. Os diversos autores utilizam os mais diferentes métodos. Em muitos dos trabalhos utilizou-se em associação às acima citadas, o Beck Depression Inventory e o Hamilton Rating Scale, estas não específicas para SPM¹².

Também não há um consenso sobre a duração da avaliação prospectiva. Esta, dependendo do estudo, pode variar de um ciclo menstrual, dois ciclos, três ciclos, seis semanas, dois meses, três meses ou de 60 a 90 dias¹.

Com relação aos scores diários, também há divergências de como deve ser calculado se houve variação expressiva na intensidade das alterações no período pré-menstrual, em comparação ao restante do ciclo.

A maioria dos trabalhos considera significativo um aumento de no mínimo 30% nos scores da fase lútea em relação aos scores da fase folicular²¹.

Em algumas pesquisas, concomitante ao emprego das escalas são feitas diariamente a mensuração da temperatura corporal e a dosagem dos hormônios sexuais³.

Também são descritas diversas escalas para avaliação retrospectiva dos sintomas pré-menstruais. Entre as mais empregadas estão: Premenstrual Assessment Form (PAF), criada por Halbreich, Endicott⁶ e Schache Menstrual Distress Questionnaire, o Menstrual Assessment Form, o Premenstrual Syndromes Data Base, o Abraham Menstrual Symptomatology Questionnaire, e o Premenstrual Tension Self-Rating Scale.

SUMMARY

Psychiatric manifestations of premenstrual syndrome: literature review

The objective of this paper is to find out which are the main criteria and instruments used for the diagnosis of Psychiatric Manifestations of Premenstrual Syndrome. We emphasize the importance of differential diagnosis between psychiatric problems that have their symptoms increased during the late luteous phase of the menstrual cycle and the psychiatric manifestations due to Premenstrual Syndrome. Several studies suggest a limit score in psychiatric scales to distinguish both. The most used scales are: Beck Depression Inventory, Hamilton Anxiety Rating Scale, Hopkins Symptom Checklist-90. The methodology used was the analysis of publication about this subject from 1992 to 1995. The conclusion is that there are several instruments used to determine the diagnosis in question, but there is no consensus about an ideal one. The GnRH agonists, as well as fluoxetine, alprazolam and Beta-endorphins, are being considered therapeutical.

Keywords: late luteous phase, premenstrual syndrome, menstrual cycle.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHENIAUX JR., E., LAKS, J., CHALUB, M. Síndrome pré-menstrual: possíveis relações com os distúrbios afetivos.

- Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.43, n.5, parte I, p.271-280, 1994.
2. CHRISTENSEN, A.P., BOARD, B.J., OEI, T.P. A psychosocial profile of women with premenstrual dysphoria. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v.25, n.4, p.251-259, 1992.
3. CHUONG, C.J., HSI, B.P., GIBBONS, W.E. Perioovulatory beta-endorphin levels in premenstrual syndrome. *Obstetrics Gynecology*, New York, v.83 (5 pt 1), 1994.
4. CLASSIFICAÇÃO internacional de doenças. 10. ed. Porto Alegre: Sagra, 1994. 104p.
5. DIAGNOSTIC and statistical manual of mental disorders. 3.ed. DSM III-R., Washington, DC : American Psychiatric Association, 1987.
6. ENDICOTT, J. The menstrual cycle and mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v.29, n.2/3, p.193-200, 1993.
7. FREEMAN, E.W., SONDEHEIMER, S.J., RICKELS, K., ALBERT, J. Gonadotropin-releasing hormone agonist in treatment of premenstrual symptoms with and without comorbidity of depression: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, Memphis, v.54, n.5, p.192-195, 1993.
8. HALBE, H. *Tratado de ginecologia*. São Paulo : Roca, 1987. v.2.
9. HELVACIOGLU, A., YEOMAN, R.R., HAZELRON, J.M., AKSEL, S. Premenstrual syndrome and related hormonal changes: long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist treatment. *Journal of Reproductive Medicine*, Chicago, v.38, n.11, p.864-870, 1993.
10. HURT, S.W., SCHNURR, P.P. Late luteal phase dysphoric disorder (letter). *Psychosomatic Medicine*, Baltimore, v.54, n.6, p.723-728, 1992.
11. MARTINEZ-JORDAN, N. Relation between psychological symptoms and gynecological, hormonal and perimenopausal disorders. *Actas Luso Espanhola de Neurologia Psiquiatria e Ciências Afines*, Madrid, v.21, n.4, p.31,42, 1993.
12. McLEOD, D.R., FOSTER, G.V., HOEHN-SARIC, R., SUKIS, S.D., KIPSLEY, P.A. Family history of alcoholism in women with generalized anxiety disorder who have premenstrual syndrome: patient reports of premenstrual alcohol consumption and symptoms of anxiety. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, Baltimore, v.18, n.3, p.664-670, 1994.
13. McLEOD, D.R., HOEHN-SARIC, R., FOSTER, G.V., HIPSLEY, P.A. The influence of premenstrual syndrome on ratings of anxiety in women with generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, v.88, n.4, p.248-251, 1993.
14. MEDEN-URTOUEC, H., VUJIE, D. Bromocriptine (Bromergon, Lek) in the management of premenstrual syndrome. *Clinical and Experimental Obstetric and Gynecology*, Padova, v.19, n.4, p.242-248, 1992.

15. MERIKANGAS, K.R., FOELDEWYI, M., ANGST, J. The Zurich study. XIX. Patterns of menstrual disturbances in the community: results of the Zurich cohort study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, Berlin, v.243, n.1, p.23-32, 1993.
16. MORTOLA, J.F. Applications of gonadotropin-releasing hormone analogues in the treatment of premenstrual syndrome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Philadelphia, v.36, n.3, p.753-763, 1993.
17. PEARLSTEIN, T.B., STONE, A.B. Long-term fluoxetine treatment of late luteal phase dysphoric disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, Memphis, v.55, n.8, p.332-335, 1994.
18. PLOUFFE, L.J.R., STEWART, K., CRAFT, K.S., MADDOX, M.S., RAUSCH, J.L. Diagnostic and treatment results from a southeastern academic center-based premenstrual syndrome clinic: the first year. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, St. Louis, v.169, n.2, parte 1, p.295-303, 1993.
19. SCHIMIDT, P.J., GROVER, G.N., RUBINOW, D.R. Alprazolam in the treatment of premenstrual syndrome: a double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v.50, n.6, p.467-473, 1993.
20. STEIN, D., HANUKOGLU, A., BLANK, S., ELIZUR, A. Cyclic psychosis associated with the menstrual cycle. *British Journal of Psychiatry*, London, n.163, p.824-828, 1993.
21. STEWART, D.E., BOYDELL, K.M. Psychologic distress during menopause: associations across the reproductive life cycle. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Farmingdale, v.23, n.2, p.157-162, 1993.
22. SULLIVAN, S.N. Functional abdominal bloating. *Journal of Clinical Gastroenterology*, New York, v.19, n.1, p.23-27, 1994.
23. WEST, C.P., HILLIER, H. Ovarian suppression with the gonadotrophin-releasing hormone agonist goserelin (Zoladex) in management of the premenstrual tension syndrome. *Human Reproduction*, Oxford, v.9, n.6, p.1058-1063, 1994.

Recebido para publicação em 1 de novembro de 1995 e aceito em 9 de maio de 1996.

Um incentivo a má prática da medicina clínica

Silvio Santos Carvalhal¹

A consulta ao médico é a verdadeira unidade de trabalho para a atenção à saúde. É também a mais importante e freqüente e que mobiliza o maior número de profissionais para levar a cabo a grande tarefa do exercício da medicina.

Ela é, sem dúvida, a maneira de descobrir os males que acometem a humanidade e comprometem a boa saúde, incapacitando temporária ou em definitivo, os pacientes para a vida normal e até interrompendo o seu curso normal, às vezes precocemente.

Bastaria isto para que este ato médico, o atendimento, fosse esmerado, cuidadoso e incentivado na sua execução para que pudesse ser efetuado com competência, atenção e devotamento. Pela sua importância, portanto, a consulta bem feita deveria exigir do médico que ele dedicasse a ela o tempo necessário e a mobilização do máximo de seus recursos e habilidades, consubstanciados nos seus conhecimentos e experiência adquiridos ao longo de uma vida de estudo e verdadeiro devotamento ao trabalho.

Eu não me refiro a qualquer consulta ao médico mas, aquela em que estão ele e o seu paciente frente a frente para que o primeiro o socorra, esclarecendo os males daquele que o elegeu direta ou indiretamente como a pessoa capaz de livrá-lo do infortúnio da doença. Esta situação concretiza a consulta médica principalmente do clínico internista a quem cumpre a responsabilidade de examinar por inteiro o seu paciente para diagnosticar, não só a doença principal mas, avaliar tudo e perscrutar também as alterações com poucas manifestações agora, mas que progressivamente, hão de superar no futuro a importância das mazelas que o podem ter encaminhado à consulta atual.

Estas são elocubrações de um velho médico e professor, formador de médicos, ativo ainda, a despeito de tudo, que lamenta o estado atual em que se encontra a organização dos serviços médicos prestados à massa dos

menos favorecidos, quase sempre sob o patrocínio das organizações previdenciárias (SUS). Ainda que bem intencionadas elas são, com freqüência, inteiramente impotentes frente à subversão de valores e à escassez de recursos malbaratados, usupados ou mal gastos, desperdiçados pela impropriedade das organizações prestadoras de serviços quando não, também pela convivência e tolerância de Instituições que dela dependem. Também os próprios médicos, porque não dizer, embora premiados pelas mais variadas circunstâncias, por vezes pactuam ou são obrigados a se vergarem às exigências do grande padrao, a Previdência, submetendo-se à má prática de um trabalho que, em outras circunstâncias devia envaidece-los e servir de exemplo dignificante à sua família, amigos e à clientela que dele todos necessitam e que nele depositam a sua confiança.

Este panorama triste desta medicina que aí está, leva-me de volta, após 55 anos, à sala de aula do anfiteatro do 1º andar do Hospital São Paulo, em construção à época, ainda na 3ª laje, quando como 6º anista (1940). Íamos ter uma das últimas aulas de clínica médica, proferida pelo Prof. Álvaro Lemos Torres, na EPM quando ele a dirigia como seu diretor. Grande Mestre, culto, credor de ilibada conduta ética e profissional, formador de uma plêiade de renomados clínicos, era sem dúvida uma figura que nós acadêmicos porfiávamos por imitá-lo, seguir os seus ensinamentos e conselhos. A matéria médica ele já a tinha ministrado. Aquele era um encontro, como ele fizera com outras turmas (duas) que nos antecederam, para dar-nos orientação, sobretudo de condutas éticas cultuadas na época, como ele as recomendava.

Categórico até autoritário, ainda ouço as suas palavras ao dizer-nos *“No desempenho de um trabalho consciente, dando consultas a pacientes, o clínico não pode atender decentemente, mais de dez consultas completas por dia!”* e completava enfático: *“se vocês ultrapassarem este limite, estarão enganando os seus pacientes”*.

Naturalmente ele se referia a uma verdadeira consulta médica, para o médico conhecer, de maneira

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

satisfatória o paciente como um todo. “Dez por dia” destas consultas, seria o limite para não enganar.

Eu me lembro que este parâmetro serviu para eu defender o limite do “atendimento decente” para o fichamento dos operários e pacientes quando eu era médico da Cerâmica São Caetano nos idos de 1941 e daí em diante. Eu cumpria uma jornada de trabalho de 6 horas diárias. Declarei à Diretoria da Empresa que se não pudesse ser assim eu me demitiria do emprego. Aceitaram! e eu organizei o ambulatório e trabalhei lá mais de 25 anos, expandindo o atendimento aos 6º anistas e estagiários para aprenderem a prática assistencial como se o ambulatório de clínica da fábrica fosse a extensão da aprendizagem na Escola Paulista de Medicina, onde eu era professor assistente.

Virgem Maria! Como tudo mudou!

Como os conceitos se subverteram e eu estive assistindo a estas adaptações inaceitáveis. E o meu professor Lemos Torres, pobre, deve estar exausto de virar na tumba diante da atual situação na Previdência, na qual os médicos, mal pagos e vilipendiados, tiveram que engolir. Eles correm de emprego a emprego e têm que examinar cada paciente em 5 a 10 minutos para conseguirem sobreviver com padrão condizente com o que deve ter um médico e sua família.

O pior é, muitas vezes, ao que são obrigados a fazer: usar ainda menor tempo do que o exíguo período que lhes é destinado, de 5 a 10 minutos, para sair mais cedo do emprego e chegar no outro e repetir a manobra escusa e por isso constrangedora. Deve ser a contrapartida por ganhar pouco. Afinal quem rouba ladrão, ainda que seja a Previdência, tem cem anos de perdão.

Aqui nesta Instituição, o dilema é terrível e a tentação para prevaricar é muito forte.

Pelos pacientes internados, porque têm indicação pela gravidade do caso, o SUS paga através de um pacote, que deve cobrir todos os custos. Se o trabalho for eficiente e rápido e a recuperação do paciente for pronta, para um

seguimento ambulatorio, o SUS não paga, porque está estipulado que o doente precisa ficar, no mínimo, três dias se for um processo pneumônico! Cinco dias, não menos, se for insuficiência cardíaca! Acontece que o pacote que financia tudo o que for necessário, as vezes não cobre os custos das diárias (leito dia) que “compulsoriamente” o doente precisa ficar internado!

No ambulatório, por razões de outra ordem é ainda pior.

Na enfermaria não se pode pedir os exames complementares necessários porque eles são incluídos no pacote, que mal cobre a parte hoteleira. Lá no ambulatório a consulta a R\$ 2,04 e mais 25% (R\$ 2,51) não paga nem o tempo do médico (mais ou menos 30 minutos por consulta). Em compensação podem ser pedidos quantos exames ele quiser, inclusive os menos indicados e até os supérfluos!

Meu Deus, quanta mandracaria isto pode gerar! Quanta transgressão à boa formação semiológica isto pode sugerir! Que decepção a minha que nunca me esqueci da recomendação do Prof. Lemos Torres! Gente, eu me orgulho justificadamente de proceder de uma das melhores Escolas de Semiologia Clínica do país, a do Prof. Jairo Ramos enriquecida de nomes como José Ramos Jr., Reynaldo Marcondes, Carlos Macedo Ribeiro e outros que os seguiram.

É necessário, diante de tamanho conformismo, reagir contra o atual estado de cousas. É preciso moralizar o que chamamos consulta médica ou estaremos infringindo o mais elementar dos preceitos éticos, o de atender os pacientes com decência para não enganá-los.

Caro Professor Álvaro Lemos Torres, muitos médicos ainda estão tentando salvar a Medicina Previdenciária mas, está difícil.

Recebido para publicação em 22 de janeiro de 1996.

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.

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

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

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

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

- Compreende também: relatos de casos, discussões sobre temas inseridos em eventos científicos promovidos pela Faculdade de Ciências Médicas e Hospital e Maternidade

Celso Pierro/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 ou 5).
- Os trabalhos entregues para publicação devem obedecer às seguintes normas:
 - Devem ser originais, inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista;
 - Devem ser escritos em português, na ortografia oficial, limitando-se a um máximo de dez páginas datilografadas/digitadas, a menos que recebam autorização do Editor Chefe;

- A primeira lauda do original deverá conter: a) título do artigo (em português e em inglês); b) nome completo de todos os autores; c) indicação da Instituição em que cada autor está afiliado, acompanhada do respectivo endereço; d) nome do Departamento e da Instituição no qual foi realizado; e) indicação do autor responsável para troca de correspondência; f) se foi subvencionado, indicar nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e respectivo número do processo; g) se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada; h) se foi apresentado em reunião científica, indicar nome do evento, local e data de realização.

RESUMOS E UNITERMOS

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

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

ESTRUTURA DO TEXTO

- Deverão compreender: título, resumo em português e em inglês, unitermos, introdução, material e método, resultados, discussão e conclusão, agradecimentos e referências bibliográficas.
- Deverão ser entregues ou remetidos em 2 (duas) vias; acompanhados de carta do autor responsável, autorizando a publicação; e, os trabalhos produzidos em computador, deverão ainda ser entregues em disquete de 3 ou 5.
- Nas referências bibliográficas deverão ser citados todos os sobrenomes, seguidos das iniciais do prenome, de todos os co-autores, independente de seu número, em ordem alfabética do último sobrenome do autor (exceto os de língua espanhola) e numeradas com algarismos arábicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trabalhos de Congressos, Simpósios, Encontros, Seminários e outros: sobrenome do autor seguido das iniciais do prenome, título do trabalho, tipo de evento em caixa alta, número, ano, local. Título da publicação em

destaque (negrito, itálico ou sublinhado). Local: entidade responsável ou editora, ano, páginas.

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

- As **citações bibliográficas no texto** deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências bibliográficas.
- Os **desenhos** deverão ser feitos a **nanquim ou fotografados com nitidez**, trazendo no verso o nome do autor e o número correspondente à legenda. As legendas numeradas serão reunidas

em folha à parte, devendo-se assinalar, no texto, onde devem ser intercaladas as ilustrações.

- Os **desenhos, gráficos e fotografias** receberão a denominação de “figuras” e receberão numeração com algarismos arábicos, não ultrapassando 1/4 da extensão do texto.
- Toda **tabela** deve ter título explícito e sintético e conter informações que prescindam de consulta ao texto de que faz parte. As tabelas serão numeradas com algarismos arábicos.
- As **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.

