

Médica

REVISTA

Hospital São Vicente de Paulo — Passo Fundo — RS

ISSN 0030-1030

BIBLIOTECA

H. S. V. P.



**Diretoria****Presidente**

Dionísio Tedesco

Vice-Presidente

Euclides Weber

1º Secretário

Montecir Jesus Dutra

2º Secretário

José Bertoglio

1º Tesoureiro

Plínio Grazziotin

Diretor Médico

Dr. Rudah Jorge

Administrador

Bel. Ilário Jandir de David

Chefe de Enfermagem

Ir. Carmelina Pelegrini

Médica

ISSN 0103-4162

Indexada na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no Index Medicus (IMLA), em 06/12/1991, pelo Centro Latino-Americano e do Caribe em Ciências de Saúde (BIREME).

ISSN - Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas atribuído, em 23.12.1991, pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciências e Tecnologia.

Editoria Científica

Dr. Claudio A. Seibert

CREMERS 6192

Dr. Diógenes L. Basegio

CREMERS 11.695

Dr. Cesar A. Pires

CREMERS 14.929

Dr. Glênio Spinato

CREMERS 15.627

Dr. Sérgio R. Fuentefria

CRF-RS 2060

Dr. José O. Calvete

CREMERS 7601

Jornalista Responsável

Bel. Paulo Cesar Rigon

Reg. MTB/6071

Assessoria Jurídica

Dr. Marco Antônio de Matos

OAB/RS 19041

Tradução

Dr. Juarez Tarasconi

Endereço

Rua Teixeira Soares, nº 808

99010-080 - Passo Fundo - RS

Composição :

Assessoria de Comunicação

Social HSVP

Impressão:

Gráfica e Editora Pe. Berthier

Tragem 2.000 exemplares, com circulação dirigida e distribuição gratuita.

Editorial



Acompanhando os avanços tecnológicos a Revista Médica acessa a era da informática. Permitimo-nos, então, de maneira prática e objetiva, otimizar e aprimorar a produção editorial. O crescente número de artigos científicos e de autores em busca de auxílio para conclusão de outros artigos configura a posição sólida de centro de referência cultural, ocupada pelo periódico, em nosso meio. A despeito das naturais dificuldades e dissabores, continuamos evoluindo e amadurecendo, convictos de nossas responsabilidades, ao mesmo tempo que agradecemos o privilégio de conviver e compartilhar essas experiências. O inestimável apoio da Direção Médica e Administrativa do Hospital Universitário São Vicente de Paulo merece citação, nesse momento importante.

Os Editores

Índice

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de indicador de alcoolismo em pacientes internados em enfermarias de medicina interna de um hospital escola.....	06
Planejamento da gravidez e estado civil da primigesta	11
Hemorragia digestiva por úlcera péptica.....	15
Avaliação nutricional de crianças e gestantes no município de Passo Fundo... 18	
Avaliação do Conhecimento das Equipes que prestam Primeiros Socorros em Passo Fundo -RS	24

ARTIGO DE REVISÃO

Tetralogia de Fallot	28
Toxoplasmose Congênita	32

RELATO DE CASO

Tratamento Cirúrgico da Hipertensão.....	36
Adenoma Microcístico de Pâncreas.....	39
Distrofia Muscular Miotônica	42
Displasia Ectodérmica Hipo-hidrótica, descrição de caso com manifestação completa	45

Artigo Original

Prevalência de indicador de alcoolismo em pacientes internados em enfermarias de medicina interna de um hospital-escola *

Roger Weingärtner
César Van Der Sand
Rogério Tumelero
Emerson Ceratti

RESUMO

Pesquisou-se a prevalência de indicador de alcoolismo em 169 pacientes (80 mulheres e 89 homens) internados em enfermarias de medicina interna da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS, durante os meses de junho e julho de 1993, usando o questionário CAGE. Dezesete mulheres (21,25%) e quarenta e oito homens (53,93%) foram considerados positivos para o teste CAGE. Conclui-se que o alcoolismo é freqüente neste grupo de pacientes, mas que estes resultados não podem ser extrapolados para a população geral e nem para outros grupos de pacientes tanto ambulatoriais quanto internados.

UNITERMOS

- Alcoolismo
- Enfermaria de Medicina Interna
- Questionário CAGE

KEYWORDS

- Alcoholism
- Infirmery of Internal Medicine
- Questionnaire CAGE

INTRODUÇÃO

O álcool é obtido com facilidade e é uma das substâncias mais disponíveis que causam efeitos no estado do ânimo, na percepção e no comportamento, sendo aproveitado para fins recreativos e sociais. O álcool é uma droga psicoativa que admite - dependendo da dose, da freqüência e das circunstâncias - um uso sem problemas; contudo o uso inadequado pode trazer graves

conseqüências tanto a nível orgânico, como psicológico e social, caracterizando a condição conhecida como alcoolismo.

O objetivo do presente estudo é verificar a prevalência de indicador de alcoolismo em pacientes internados em enfermarias de medicina interna da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS (ISCOMPA-RS).

MATERIAIS E MÉTODOS

Investigou-se 200 pacientes (110 homens e 90 mulheres) que estavam internados no Serviço de Medicina Interna (enfermarias 29 e 37) da ISCOMPA, durante os meses de junho e julho de 1993. Trinta e um pacientes não tiveram condições clínicas de responderem ao questionário, sendo excluídos do estudo, restando 89 homens e 80 mulheres.

Realizou-se entrevistas individuais usando o questionário CAGE (Figura 1) na forma validada no Brasil, que mistura às questões do instrumento, questões de identificação, nível educacional, estado civil, preferência por

alimentos e outras. O critério estabelecido para se considerar o CAGE positivo foi de obter duas questões com respostas afirmativas, o que seria o ponto de maior sensibilidade e especificidade (8, 16,17,18).

As entrevistas foram realizadas sem que os entrevistadores tivessem conhecimento da patologia do paciente. A duração média de cada entrevista foi de 6 minutos. As entrevistas foram realizadas com os pacientes nos leitos, sendo os quartos coletivos.

RESULTADOS

Do total da amostra, 90 pacientes (45%) eram do sexo feminino e 110 pacientes (55%) do sexo masculino. A média de idade dos 200 pacientes foi de 54,56 anos (12-90), sendo de 55, 69 anos (14-89) entre as mulheres e 53,57 anos (12-90) entre os homens.

Dez mulheres e 21 homens, totalizando 18,34% da amostra, não apresentavam condições clínicas de responderem às perguntas: a média de

* Trabalho realizado no Serviço de Medicina Interna da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre-RS.

idade deste grupo foi de 63,38 anos (21-88) para as mulheres e 68,50 anos (28-90) para os homens. Portanto, 169 pacientes completaram o estudo, sendo 80 mulheres (47,35%) e 89 homens (52,66%).

Considerando-se como teste positivo respostas afirmativas a pelo menos duas das quatro questões do CAGE, 38,46% dos pacientes

estudo, pois sabe-se que essa doença é mais freqüente nestes grupos, apesar de ocorrer em todas as classes (3, 10, 14, 22, 25,27). Outro item é o local onde o estudo foi feito, isto é, enfermarias de medicina interna, que é para onde drenam a maioria dos pacientes com complicações decorrentes do uso do álcool. Para reforçar esse último ponto, deve-se citar uma pesquisa realizada em 3 serviços de

continuam mostrando a maior freqüência no sexo masculino.

Alguns aspectos são relacionados para explicar tal fato. Certos autores defendem uma orientação biológica para a maior dependência do álcool nos homens, como uma determinação metabólica, fisiopatológica ou genética (11,26). Um outro item é o de que o álcool teria um papel virilizante e a sua utilização estaria ligado a demonstrações de força, o que afastaria o sexo feminino (6). Além disso, haveria embutida entre as normas que regulam a prática do consumo do álcool uma "dupla moral" que contemplaria as mulheres com padrões mais rígidos (4,5).

Sugeriu-se que a tendência temporal de aumento do consumo moderado de álcool pelas mulheres estaria ligada a questões de natureza social, tais como a crescente ampliação do mercado de trabalho feminino para ocupações não tradicionais. Além disso, as alterações nas normas de comportamento social estariam

Tabela 1
Questionário CAGE

1. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
2. As pessoas o(a) aborrecem ou criticam o seu modo de beber?
3. O (a) Sr.(a) se sente culpado(a) (chateado) pela maneira com que costuma beber?
4. O(a) Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

entrevistados foram considerados como possíveis casos de alcoolismo. Entre as 80 mulheres pesquisadas, encontrou-se um índice de 21,25% (17 pacientes) CAGE positivo e entre os 89 homens esse valor foi de 53,93% (48 pacientes) (Figura 2). A média de idade desses diferentes grupos foi de 54,63 anos (21-85) para as mulheres CAGE positivo e de 54,60 anos (14-89) para as CAGE negativo; entre os homens CAGE positivo foi de 52,68 anos (16-79) e de 48,58 anos (12-84) para aqueles CAGE negativo.

Quanto ao nível de escolaridade dos pacientes pesquisados pode-se observar que é muito baixo, pois a maioria destes eram analfabetos ou tinham o primeiro grau incompleto (Tabela 3). Deve-se destacar também que todos os pacientes internados nessas enfermarias são previdenciários.

DISCUSSÃO

Encontrou-se uma prevalência de indicador de alcoolismo de 38,46% nos pacientes entrevistados, sendo de 21,25% para as mulheres e de 53,93% para os homens. Esses valores são relativamente altos quando comparados a outros estudos, como mostra a Tabela 4.

Devem ser considerados alguns aspectos na interpretação destes dados. O baixo nível sócio-econômico (todos os pacientes eram previdenciários) e de escolaridade da amostra podem ter contribuído para o alto índice de prováveis casos de alcoolismo encontrado neste

medicina interna na cidade de Santiago (Chile), que usando o questionário CAGE, entrevistaram 110 pacientes (todos homens) e obtiveram 60% de possíveis

Tabela 2 - Prevalência de indicador de alcoolismo em 169 pacientes internados em enfermaria de medicina interna de um hospital-escola.

Resposta ao CAGE	Homens (n = 89)	Mulheres (n = 80)	Total (n = 169)
CAGE positivo	48 (53,93%)	17 (21,25%)	65 (38,46%)
CAGE negativo	41 (46,06%)	63 (78,75%)	104 (61,54%)

casos de alcoolismo (23), resultado este superior ao encontrado em nosso estudo.

A relação homem/mulher para prováveis casos de alcoolismo encontrada neste trabalho foi de 2,54:1. Nota-se um aumento do consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres nos últimos anos como mostram a maioria dos estudos recentes: Mincis e cols (20) encontraram valores de 3,68:1; Leite & Puel (13) 6,2:1; Almeida & Coutinho (1) 2,57:1; Moreira e cols (21) 6,4:1 e 6,75:1; Viero e cols (28) 1,5:1 e Weingärtner e cols (29) 1,26:1. Esses números discordam daqueles encontrados em trabalhos mais antigos como de Azoubel Neto e cols (2) e Manfredini (15) que obtiveram uma proporção homem/mulher de 12:1 e 10,5:1, respectivamente. Apesar da relação encontrada na maioria dos estudos não ser mais tão elevada, os trabalhos

propiciando maior permissividade e tolerância para o uso de bebidas alcoólicas por parte do sexo feminino (6,7, 19).

Trinta e um (18,35%) dos 200 pacientes inicialmente alvos do estudo, não tiveram condições clínicas de responderem ao questionário. Isto deve ser destacado para se observar a gravidade das doenças dos pacientes internados nestas enfermarias e que essa grande quantidade de pacientes que não completou o estudo poderia alterar os resultados obtidos.

Com relação ao questionário CAGE deve-se fazer a observação de que há a possibilidade de casos falso-positivos e falso-negativos. A probabilidade de que os pacientes CAGE positivos sejam realmente alcoolistas (sensibilidade) é de 88% e, de que não-alcoolistas tenham CAGE negativo (especificidade) é de 83%

(17). Entretanto, outros questionários usados para esta finalidade também apresentam problemas semelhantes.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o alcoolismo é freqüente em pacientes internados em enfermarias de medicina interna, porém esses resultados não podem ser extrapolados para a população geral e nem para outros grupos de pacientes internados ou ambulatoriais devido ao local onde foi realizado. Além disso, o CAGE, como foi observado anteriormente, não dá o diagnóstico definitivo de alcoolismo, necessitando de outras investigações para a certeza absoluta.

Nível de escolaridade	Homens (m=89)			Mulheres (m=80)		Total	Total (n=169)
	Cage(-)	Cage(+)	Total	Cage(-)	Cage(+)		
Analfabetos	15 (16,86%)	16 (17,98%)	31 (34,84%)	16 (20,00%)	10 (12,50%)	26 (32,50%)	57 (33,73%)
1º Grau Incompleto	13 (14,61%)	17 (19,10%)	30 (33,71%)	38 (47,50%)	06 (07,50%)	44 (55,00%)	74 (43,79%)
1º Grau Completo	09 (10,11%)	08 (08,99%)	17 (19,10%)	05 (06,25%)	01 (01,25%)	06 (07,50%)	23 (13,61%)
2º Grau Incompleto	02 (02,25%)	04 (04,49%)	06 (06,74%)	02 (02,50%)	-	02 (02,50%)	08 (04,74%)
2º Grau Completo	03 (03,37%)	01 (01,12%)	04 (04,49%)	-	-	-	04 (02,26%)
Superior Incompleto	01 (01,12%)	-	01 (01,12%)	01 (01,25%)	-	01 (01,25%)	02 (01,18%)
Superior completo	-	-	-	01 (01,25%)	-	01 (01,25%)	01 (00,59%)

Tabela 3 - Nível de escolaridade em 169 pacientes internados em enfermaria de medicina interna de um hospital-escola, divididos quanto à presença ou não de indicadores de alcoolismo.

Autor	Ano	Método	Local	Amostra		Resultado	
				Masc	Fem	Masc	Fem
Moreira e cols (21)	1980	ingestão de 80g ou mais de etanol por dia	Natal/RN ambulatorio/hospital-geral Santo Antônio/RN ambulatorio/hospital-geral	Masc	Fem	Masc	Fem
				100	100	32,00%	05,00%
Leite & Suel (13)	1985	questionário MAST	Florianópolis/SC enfermaria de hospital geral (pacientes em tratamento para tuberculose pulmonar)	053	112	27,00%	04,00%
				040	010	62,50%	10,00%
Kerr-Corrêa e Cols (12)	1985	questionário CAGE	Botucatu/SP enfermaria/hospital-escola	064	056	17,20%	01,80%
Lima e cols (14)	1986	questionário CAGE	João Pessoa/PB ambulatorio/hospital-escola	120	120	27,50%	07,50%
Fleck & Soares (09)	1989	questionário CAGE	Porto Alegre/RS enfermaria/hospital de emergência	029	010	47,00%	10,00%
Vieiro e cols (28)	1990	questionário CAGE	Passo Fundo/RS enfermaria/hospital-escola	100	100	21,00%	14,00%
Mincis e cols (20)	1990	ingestão de 80 g ou mais de etanol por dia	Santos/SP ambulatorio gastroenterologia hospital-escola	098	107	37,80%	10,27%
Almeida & Coutinho (01)	1990	questionário CAGE	Rio de Janeiro/RJ ambulatorio/hospital-escola	254	306	12,60%	04,90%
Weingartner e cols (29)	1992	revisão de prontuários	Porto Alegre/RS UTI/hospital-escola	046	029	26,09%	20,69%
Soofeed e Alvares Silva (24)	1993	ingestão de 40g ou mais de etanol por dia	Triunfo/RS ambulatorio/posto de saúde	098	202	18,36%	00,49%

Tabela 4 - Prevalência de indicadores de alcoolismo em serviços de saúde no Brasil

SUMMARY

It has been researched the prevalence of indicator of alcoholism in 169 patients (80 women, 89 men) interned in the infirmary of Internal Medicine of the Santa Casa de Misericórdia (Porto Alegre-RS/Brazil) during the months of June and July of 1993, using the CAGE Questionnaire. Seventeen women (21,25%) and forty eight men (53,93%) were considered positives to CAGE Test. It has been concluded that alcoholism is recurrent in this group of patients, but these results can not be extended to the general population neither can it be extended to ambulatorial or interned patients.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L.M. & Coutinho, E.S.F. O Alcoolismo e o hospital geral. Estudo de prevalência junto à demanda ambulatorial. *J. Bras. Psiq.* 1990, Jan/Fev. 39(1): 27-31.
- Azoubel. Neto, D; Brasil, IN; Herowitz, J; Marconi, J. & Castro, Ga. Epidemiologia del Alcoolismo en América Latina. *Acta.* 1967; 72-6.
- Borini, P. & Silva, C.O. Aspectos demográficos, epidemiológicos e sociais do alcoolismo: uma análise de alcoolistas internados em hospital psiquiátrico. *Rev. ABP-APAL.* 1989; 11(3): 89-96.
- Cabernite, L. O alcoolismo no Brasil e as dificuldades na área. *Epidemiologia e prevenção. J. Bras. Psiq.* 1982; 31(2): 89-112.
- Caetano, R. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en América Latina. Revisión Bibliográfica. *Bol Of Sanit Panam.* 1984; 97(6): 497-524.
- Clark, W. Contetual and situational variables in drinking behavior. Social Research Group, School of Public Health University of California, Berkeley, California.
- Day, NL; Cottreau, CM & Richardson, GA. The epidemiology of alcohol, marijuana, and cocaine use among women of childbearing age and pregnant women. *Clin Obstet Gynecol.* 1993, Jun; 36(2): 232-45.
- Ewing, JA & Rouse, BA. Identifying the hidden alcoholic. Apresentado na 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Sydney, Austrália, 2-6 fev, 1970.
- Fleck, MPA & Soares, HM. Estudo preliminar da Prevalência de Alcoolismo em pacientes internados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. *Rev. HPS.* 1989, Jul-Dez; 31(1): 23-26.
- Hagnell, O. & Tunving, K. Prevalence and nature of alcoholismo in total population. *Soc. Psychiatr.* 1972; 7:190-201.
- Keller, M. Concepções sobre o alcoolismo. *Rev. Assoc. Bras. Psiq.* 1980; 2(2): 93-100.
- Kerr-Corrêa, F.; Rossini, R.; Malheiros, F.A.; Valença, EB; Sousa, LCB; Paulim, LFRS & Wassertein, S. Importância do estudo de prevalência de ingestão alcoólica excessiva para diagnóstico de alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas. *Rev. Assoc. Bras. Psiq.* 1985, 7 (27): 159-162.
- Leite, W.L. & Puel, E. Prevalência de Alcoolismo entre pacientes internados em hospital para tratamento de tuberculose pulmonar. *Arq. Cat. Med.* 1985, Jun; 14(2): 97-100.
- Lima, MDC; Formiga, TC & Medeiros, JGM. Prevalência de enfermidade alcoólica detectada pelo questionário CAGE no Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba. *CCS,* 1986, Abr-Jun; 8 (2): 17-20.
- Manfredini, JCA. Incidência do Alcoolismo psicopático no Brasil no Lustrro, 1950-1954. *J. Bras. Psiq.* 1956; 5(2): 141-51.
- Masur, J.; Capriglione, MJ; Monteiro, MG & Jorge, MR. Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário "CAGE": utilidade e limitações. *J. Bras. Psiq.* 1985; 34:31-34.
- Masur, J & Monteiro, MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in Brazilian psychiatric inpatients hospital setting. *Brazilian J. Med. Biol. Res.* 1983; 16:215-8.
- Mayfield, D; Mcleod, G & Hall, P. The CAGE questionnaire validation of new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry.* 1974; 131:1121-3.
- Menendez, E. El proceso de alcoholización. Revisión crítica de lá producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. *Rev. Centroam. de Ciências de La Salud.* 1982; 8 (22):61-94.
- Mincis, M.; Pereira, A.A.; Steinwurz, F. & Mincis, R. Prevalência de "bebedores excessivos", motivos de suas consultas e dados clínicos relacionados com doença hepática. Estudo prospectivo em pacientes do ambulatório da Disciplina de Gastroenterologia da Faculdade de Ciências Médicas de Santos. *Rev. Brasi. Med.* 1990, Set; 47(9): 406-411.
- Moreira, L.F.S.; Capriglione, M.J. & Masur, J. Consumo de álcool em pacientes ambulatoriais de hospital geral na capital e interior do Estado do Rio Grande do Norte. *Rev. Assoc. Bras. Psiq.* 1980, Jul-Set; 2(3):183-189.
- Ojesjo, L. The relationship to alcoholism of occupation, class and employment. *J Occup Med.* 1980; 22:657-666.
- Pemjean, A.; Florenzano, R.; Manzi, J; Orpinas, P.; Urbina, I; Dominguez,AM & Valdes, M. Prevalencia del Beber - Problema en tres servicios de Medicina Interna de Santiago de Chile. *Rev. Med. Chile.* 1987; 115:731-36.

Artigo Original

Planejamento da gravidez e estado civil da primigesta *

Eleonor Moretti

RESUMO

Este trabalho é um estudo retrospectivo analítico e apresenta os aspectos relacionados com o planejamento da gravidez e do estado civil da primigesta. Pretendeu-se verificar se existe associação significativa entre o planejamento e o não planejamento da gravidez e os indicadores sociais: nível sócio-econômico, grau de instrução, idade, estado civil, local de ocupação, com quem reside, e ainda estado civil com os indicadores sociais: nível sócio-econômico, grau de instrução, idade e local de ocupação.

UNITERMOS

- Planejamento familiar
- Conhecimentos, atitudes e prática
- Problemas sociais
- Composição familiar

KEYWORDS

- Family Planning
- Knowlegment, attitude and practice
- Social problems
- Family composition

INTRODUÇÃO

A mulher necessita de assistência integral por parte da equipe de saúde. Para prestar assistência integral à mulher, deve-se orientá-la sobre o planejamento da gravidez e dos métodos contraceptivos mais seguros e adequados

em cada caso.

Verifica-se, na literatura, que vários aspectos relacionados com o planejamento da gravidez ainda não estão suficientemente estudados, principalmente em nosso meio.

Apesar de, na prática profissional, encontrarmos mulheres que solicitam informações sobre o planejamento da gravidez e sobre os métodos contraceptivos, grande ainda é o número que não solicita porque a mulher ignora o problema, ou por vergonha ou por não saber comunicar-se. Observa-se, ainda, durante as atividades profissionais, que a gravidez está incidindo cada vez mais precocemente entre as adolescentes solteiras. A literatura consultada apresenta relatos e pesquisas sobre este aspecto da saúde bem como suas implicações para o futuro da jovem mãe.

Tendo por base a prática profissional, observa-se que o planejamento da gravidez está relacionado com o nível sócio-econômico da gestante, pois as mulheres de categoria sócio-econômica

baixa apresentam o maior índice de situações conjugais não legalizadas o que pode dificultar o planejamento da gravidez. Diz-se que não seria a situação não-legalizada em si, mas as relações sexuais esporádicas e inesperadas que levam a uma gravidez não planejada. Estas gestantes apresentam baixo nível cultural, o que vem a dificultar ainda mais a mulher no planejamento de uma gravidez, devido ao desconhecimento dos métodos anti-conceptivos e de seu emprego adequado.

Encontra-se, na literatura, autores (7,8,16) que citam a gravidez não-planejada e os estados conjugais não-legalizados como motivo de agravamento e de desencadeamento de casos de desequilíbrios físicos e mentais durante a gravidez.

POPULATION REPORTS (15), relaciona o uso de anticoncepcionais com as variáveis: casamento, idade, local de residência, grau de instrução e ocupação. No entanto, não se encontrou na literatura revisada autores que relacionam as variáveis dependentes, ou seja: plane-

* Trabalho realizado na Faculdade de Enfermagem e Obstetria da Universidade de Passo Fundo - RS

jamento da gravidez e o estado civil da gestante com as variáveis independentes: nível sócio-econômico, grau de instrução, idade, local de ocupação e com quem a gestante reside.

Portanto, considerando a revisão de literatura e a experiência profissional, formula-se o seguinte problema: o planejamento ou o não planejamento da gravidez está associado aos aspectos:

- . Nível sócio-econômico
- . Grau de instrução
- . Idade
- . Estado civil
- . Local de ocupação
- . Com quem a primigesta reside

O estado civil da primigesta está associado aos seguintes aspectos:

- . Nível sócio-econômico
- . Grau de instrução
- . Idade
- . Local de ocupação

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em Passo Fundo, cidade universitária com população de 121.141 habitantes, segundo estimativa de 1979.

Em 1970, a população de Passo Fundo era de 93.580 habitantes. Destes, 11.993 eram menores de 5 anos. A população urbana era de 60.781, e a rural, de 3.965. Sabiam ler e escrever 65.743. A população de estudantes era de 26.994 pessoas.

No ano de 1977, a cidade possuía os seguintes profissionais da área da saúde:

. Médicos: 111; Dentistas: 82; Farmacêuticos: 30; Auxiliares de Enfermagem: 94; Enfermeiros: 16. **Aspectos Culturais:** Ensino de 1º Grau; Unidades Escolares: 127; Docentes em exercício: (em 30 de abril) 1.429; Alunos matriculados no início do ano: (em 30 de abril) 23.085; Ensino de 2º Grau; Cursos ou habilitações profissionais: 18; Docentes em exercício: 433; Alunos matriculados: (em 30 de abril) 5.752; Ensino superior: Universidades: 1; Cursos: 25; Docentes em exercício: 359; Alunos matriculados: 4.634.

Atualmente, a Universidade possui 28 cursos, com mais ou menos 6.200 alunos.

A população é descendente das seguintes nacionalidades: iniciou-se com ban-

deirantes portugueses e brasileiros que faziam a ligação, por terra, da Província de São Paulo com a Província de São Pedro do Rio Grande do Sul. Predominam, porém, os descendentes de italianos, seguidos por alemães, espanhóis, poloneses, canadenses e alguns franceses.

Os primeiros imigrantes italianos chegaram na região por volta de 1851.

No período da Guerra do Paraguai (1865-1870), a corrente estrangeira diminuiu, para elevar-se no decênio de 1880 a 1890, superando a mais alta proporcionalidade anual, dando ao elemento italiano predominância numérica na classificação por nacionalidade.

Em 1834, o primeiro imigrante alemão chega a Passo Fundo, que era, então uma aldeia com poucas casas (ranchos), algumas de tábuas simplesmente lascadas, outras de estuques de barro, cobertas de bicas de pino e capim (Dados extraídos de GEHM (1978) e resultantes de consulta particular com a mesma autora).

POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada foi constituída por primigesta que frequentam um dos serviços de Pré-Natal relacionados, conforme localização:

Na zona central da cidade:

Consultórios médicos e ambulatórios de um hospital geral; Na zona periférica da cidade: Casas Residenciais, Unidade Sanitária, Casa Lar (Casa da Mãe Desamparada e Serviços de Assistência Social às Comunidades das Vilas de Passo Fundo.

Como estes serviços não adotam sistematicamente registros estatísticos, não podemos afirmar, dentre as gestantes atendidas, a percentagem das que entrevistamos; porém, através de dados não oficiais que, no período correspondente à coleta de dados, praticamente incluiu-se a totalidade das primigestas que procuram os serviços, pois tivemos a preocupação de abranger todas estas gestantes como amostra de nosso trabalho, desde que apresentassem os requisitos propostos.

Em relação a Casa Lar, podemos afirmar que entrevistamos 100% das primigestas que nela residiram durante o período da coleta de dados.

Nos Serviços de Assistência So-

cial às Comunidades das Vilas, foram entrevistadas apenas três gestantes, que constituem 1% do total da nossa amostra.

A escolha destes serviços deu-se pelo fato de serem responsáveis pelo atendimento de gestantes de todos os níveis sócio-econômicos dessa sociedade, o que forneceu a coleta de dados necessários para este trabalho.

AMOSTRA

A amostra fez um total de 272 gestantes. No processo de amostragem foram controlados os seguintes aspectos:

. As gestantes deveriam ser brasileiras natas e residentes no Brasil, para se afastarem influências de outras culturas na percepção de sua imagem corporal;

. As gestantes deveriam ser naturais de Passo Fundo residentes no município, na zona rural ou urbana;

. Foram entrevistadas apenas primigestas, pois esta é uma variável de controle.

Além disso, foram entrevistadas apenas gestantes que, durante o "rapport", se dispuseram livremente responder ao formulário.

Embora os locais para as entrevistas fossem intencionalmente escolhidos a fim de que pudéssemos entrevistar gestantes de todos os níveis sócio-econômicos, os dias para a coleta de dados foram aleatórios, e eram entrevistadas as gestantes que procuravam atendimento num dos serviços descritos anteriormente, conforme comparecessem para a consulta naquele dia.

O instrumento para a coleta de dados consiste num formulário que foi elaborado com base na literatura consultada, e em opiniões emitidas por especialistas na área de Obstetria através de um outro formulário.

A fim de se obterem estas informações, foram entrevistados profissionais que trabalham com gestantes de diferentes níveis sócio-econômicos. Os profissionais entrevistados foram: um médico obstetra e diretor de um hospital da comunidade, uma médica obstetra que atende gestantes beneficiárias do INAMPS, uma enfermeira obstetra, Chefe de Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Professora Colaboradora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do

Rio Grande do Sul, uma enfermeira supervisora que desenvolve atividades educacionais junto às gestantes, num ambulatório do INAMPS.

O formulário que constitui o instrumento da pesquisa é composto pelas seguintes áreas:

- a) Dados de identificação da gestante;
- b) Dados adicionais para o cálculo do nível sócio-econômico;
- c) Escala de nível sócio-econômico.

Foi utilizada a escala de nível sócio-econômico elaborada por ALVARENGA et alii (1973). Este instrumento foi construído através da combinação de diferentes sistemas de classificação.

PROCEDIMENTOS

Os dados do presente trabalho foram obtidos através da aplicação do formulário que foi previamente elaborado para este fim.

Foi preenchido em entrevista individual com as primigestas, durante o período em que aguardavam a consulta de Pré-Natal, nos serviços selecionados para a coleta de dados ou em seu domicílios.

As entrevistas foram realizadas pelas entrevistadoras e pela autora do trabalho. Foi mantido sigilo sobre a identidade das gestantes entrevistadas.

Procurou-se dar privacidade ao ambiente da entrevista, para que a presença de outras pessoas não viesse a influenciar a gestante em suas respostas.

Esclareceu-se a gestante a respeito da importância do trabalho que

estávamos realizando, da sua seriedade e da necessidade de maior exatidão possível nas respostas.

A triagem inicial das gestantes a serem entrevistadas foi feita pelas fichas das mesmas, pela conversa com os funcionários dos serviços selecionados para a coleta de dados e, na falta destes, pela conversa com a própria gestante.

Foram entrevistadas as gestantes que estavam dispostas a colaborar livremente com o trabalho.

O tempo médio da aplicação do formulário foi de 20 minutos. Houve grande receptividade por parte das gestantes, pois apenas 20 delas não quiseram preencher o formulário. Os médicos e o pessoal auxiliar dos serviços de Pré-Natal onde foram coletados os dados colaboraram com muita boa vontade, não ocorrendo nenhuma dificuldade por parte de qualquer um destes profissionais.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

O tratamento estatístico e a análise dos dados foram efetuados a partir das hipóteses estatísticas e teste de significância "Qui-Quadrado" ao nível de 0,05 e cálculo de porcentagem entre as variáveis independentes e dependentes.

Observa-se que as hipóteses 1, 2, 3, 4, 6, 7 e 8 foram confirmadas. Portanto, aceita-se que:

Existe associação significativa, ao nível de 0,05 entre o planejamento e o não planejamento da gravidez entre as primigestas:

- dos diversos graus de instrução;
- dos diversos níveis sócio-econômicos;

- nas diversas faixas etárias;
- casadas e não casadas;
- levando-os em conta com quem ela reside.

Existe associação significativa ao nível de 0,05 entre o estado civil das primigestas:

- nos diversos níveis sócio-econômicos;
- nos diversos graus de instrução.

Não se confirmaram as hipóteses: 5, 9 e 10. Portanto, não se podem rejeitar as hipóteses nulas de que:

Não existe associação significativa ao nível de 0,05 entre o planejamento e o não planejamento da gravidez entre as primigestas que se ocupam no lar e as que possuem ocupação extra-domiciliar;

Não existe associação significativa ao nível de 0,05 entre o estado civil das primigestas:

- nas diversas faixas etárias;
- que se ocupam no lar e as que possuem ocupação extra-domiciliar.

RECOMENDAÇÕES

Baseando-se nos resultados obtidos neste estudo, recomenda-se:

1 - Oferecer programas de orientações e assistência em planejamento familiar em nossa comunidade.

2 - Introduzir ou ampliar e aprofundar os conteúdos de ensino de planejamento familiar nos cursos de Enfermagem, em nível de Graduação e Pós-Graduação.

3 - Utilizar, ampliar e aprofundar as pesquisas de assistência de enfermagem em planejamento familiar.

SUMMARY

PREGNANCY PLANNING AND CIVIL STATUS

This paper reports a retrospective analytical study on certain aspects related to family planning and marital status of women having their first pregnancy.

The main intention of this study was to verify whether there exists significant association between family planning and the variables such as social and economical standards, extent of education, age, marital status, and place of work of both the patient and her partner.

BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, M.M.S. O enfermeiro no planejamento familiar. *Rev. Bras. Enf.*, 1975; 38 (3/4): 215-230.
2. Bastos, A.C. et alii. Inquérito sobre o uso de métodos anticoncepcionais. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 1985; 95 (7): 293-296.
3. Benson, R.C. Manual de Obstetrícia e Ginecologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1970; p. 665.
4. Bethea, D.C. Enfermagem Obstétrica básica. 3.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982, p. 236.
5. Bossemeyer, R. Profilaxia do abortamento induzido. Curitiba, Congr. Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 1972.
6. Henthshel, F.B.L. Aspectos Relacionados com o aleitamento natural de crianças na idade de zero a nove meses, que frequentam um posto de assistência médica em Porto Alegre. Porto Alegre, 1979. Dissertação de Mestrado.
7. Iffrig, M.C. Body image in pregnancy: its relatkon to nursing functions. *Nursing Clinics of North America*, Dec.1972; 7(4): 631-9.
8. Maldonado, M.T.P. Psicologia da gravidez: Parto e Puerpério. 2. ed., Petrópolis, Vozes, 1977.
9. Mejia, M.O.G. Mujer, participacion y planificacion familiar. Trabajo presentado en el Seminario Regional para los Países del Hemisfério Occidental sobre la Condicion de la Mujer y la Planificacion Familiar, Naciones Unides, Santo Domingo, República Dominicana, mayo de 1973.
10. Mendes, S.M.A. et alii. Gravidez na adolescência, *Rev. Bras. Enf.* 1983; 36.3-12.
11. Niswander, K.R. Manual de Obstetrícia, 2. ed., São Paulo: MEDSI, 1984. p.3.
12. Novak, E.R. et alii. Tratado de ginecologia, 9.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. p. 716.
13. Organização Muncial de Saúde. El Embarazo y el aborto en la adolescência. Série Informes Técnicos, nº 583, Genebra, 1975, p. 20-21.
14. Pelá, N.T.R. & Santos, C.A.F. Maternidade e Mãe Desamparada. *Rev. Bras. Enf.*, DF, 31:517-524, 1978.
15. Population Reports, nº 5, out., 1981.
16. Population Reports, nº 9, fev., 1987.
17. Reeder, S.R. et alii. Enfermeira materno infantil. OPAS, 1978, p. 117-118.
18. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Atualização Obstétrica e ginecológica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p. 229.
19. Ziegel, E.E. & Cranley, M.S. Enfermagem Obstétrica, 7.ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1980, p. 463.

Artigo Original



Hemorragia digestiva por Úlcera Péptica*

Rubens H. Fernandes
Sergio R. Pioner
Alberto Grossi
Roger Weingartner

RESUMO

Quarenta e sete pacientes com sangramento do trato digestivo alto por úlcera péptica foram revisados. A relação homem/mulher foi 3:2 com uma idade média de 38 a 55 anos, respectivamente. Vinte pacientes apresentavam úlceras gástricas, vinte e cinco duodenais e dois casos de úlceras combinadas. Houve recidiva da hemorragia em 26 pacientes, 15 com úlceras gástricas e 11 duodenais. Em 17 casos de úlceras com 2 cm ou mais de diâmetro apenas uma não sangrou. A mortalidade foi de 6,3%. Os achados endoscópicos sugerem evolução do paciente, e poderiam ser usados como critérios objetivos na decisão de operar ou não estes pacientes.

UNITERMOS

- Hemorragia gastro-intestinal
- Hematêmese
- Melena
- Úlcera péptica hemorrágica

KEYWORDS

- Gastrointestinal hemorrhage
- Hematemesis
- Melena
- Hemorrhagic peptic ulcer

INTRODUÇÃO

A úlcera péptica é responsável por 35 a 50% das hemorragias do trato gastrointestinal alto (7, 16, 18). Após a introdução dos bloqueadores H₂ houve importante decréscimo na cirurgia eletiva

para úlcera péptica, mas não houve mudanças nas indicações da urgência como hemorragia digestiva e perfuração (3,4,11,13,17).

Os atuais critérios que utilizamos para levar o paciente a cirurgia precocemente são úteis na minoria dos casos já que são baseados no risco iminente de morte. Há superindicação da cirurgia em situações eletiva (9).

O tratamento ideal seria evitar a cirurgia em todos os pacientes que respondem ao controle clínico e operar todos os casos que, se tratados clinicamente, teriam novo sangramento com conseqüências graves.

Neste artigo, objetivamos avaliar se os achados endoscópicos podem prever a evolução dos pacientes com úlcera péptica sangrante.

alta por úlcera péptica num período de 1 ano na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Os dados referentes a clínica, relatório endoscópico e evolução dos pacientes foram colhidos, assim como o tratamento usado e detalhes da sua indicação. Prontuários sem descrição endoscópica detalhada ou com falta de dados importantes foram excluídos, restando 47 casos para avaliação.

Destes, 41 vieram à emergência com queixas de hematêmese e/ou melena e os outros 6 estavam internados para tratamento de outra patologia.

O tamanho, localização, a presença de vaso visível ou sangramento ativo da úlcera no momento da endoscopia foram comparados com a evolução clínica de cada paciente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram revisados os prontuários de pacientes com hemorragia digestiva

RESULTADOS

As características clínicas dos pacientes são expostas na Tabela I.

*Trabalho realizado nos Serviços de Cirurgia e Medicina Interna da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

	Homens	Mulheres
Número	36	11
Relação Homem/Mulher	3,2	1
Idade	17 - 81	25 - 85
Idade Média	38	55
Hemetêmese	30	10
Melena	24	07
Diagnóstico Prévio	13	01
Tratamento Prévio	16	01
Uso de AINES*	05	0
Sintomas Crônicos	23	02
Internados durante 1 episódio	02	04
Mortalidade	2(5,5%)	1(9,0%)

* Antiinflamatórios não esteroides.

Tabela 1 - Características clínicas

As endoscopias foram realizadas após o 1º episódio de hemorragia digestiva, ainda na emergência do Hospital ou após a internação do paciente. Vários endoscopistas realizaram os exames.

Foram encontradas 20 úlceras gástricas, 25 duodenais e 2 casos de úlceras combinadas. A presença de vaso visível, ocorreu em dois exames. Em cinco casos, haviam erosões gástricas acompanhando as úlceras e 1 paciente apresentou Síndrome de Mallory-Weiss associada.

Não houve relato de sangramento ativo durante a endoscopia, apenas estigmas de sangramento recente. Em 17 casos, às úlceras eram maiores que 2 cm de diâmetro.

Houve recidiva da hemorragia em 26 casos, 15 por úlcera gástrica e 11 duodenais. Vinte pacientes foram submetidos à cirurgia. Entre estes, 16 apresentavam úlceras maiores que 2cm. Apenas um paciente com esta característica evoluiu bem com o tratamento clínico e tinha uma úlcera duodenal anterior. Dos outros pacientes operados dois tinham internações prévias por hematemese e dois tiveram nova hemorragia durante a internação.

Os dois casos com vaso visível no nicho ulceroso, ressangraram e um deles foi à óbito por choque hipovolêmico.

Os pacientes que apresentavam erosões gástricas associadas tiveram evolução favorável com o tratamento clínico, exceto um que ressangrou. O paciente com Síndrome de Mallory-Weiss, ressangrou e foi operado: houve dúvida se novo sangramento ocorreu a

partir da laceração esofágica ou da úlcera.

A localização mais comum das úlceras que ressangraram foi em parede posterior do antro gástrico. Alguns laudos não relataram a posição precisa do nicho ulceroso.

Ocorreram três mortes, sendo que dois pacientes, um politraumatizado e outro com sepse abdominal estavam internados na UTI. O outro paciente teve hemorragia maciça no terceiro episódio de sangramento e não tinha patologias concomitantes. Todos apresentavam úlceras gigantes.

Entre os seis pacientes que tiveram novos episódios de sangramento e não foram levados à cirurgia, a mortalidade foi de 33%.

DISCUSSÃO

A realização da endoscopia nas primeiras 24 horas nos pacientes com hematemese e/ou melena é fundamental para uma abordagem terapêutica adequada (9).

Vários autores tem citado condições clínicas e achados endoscópicos como importantes na decisão de operar ou não o paciente ulceroso, após o episódio de sangramento digestivo. Johnston e Foster encontraram como prognosticador endoscópico mais importante para o sangramento persistente e recidivante a presença de hemorragia durante a endoscopia (6,10). De 80 a 90% dos pacientes com sangramento ativo, continuarão sangrando e voltarão a sangrar. Este autor também encontrou um alto índice de recidiva hemorrágica em

pacientes com vaso visível ou coágulo sentinela na cratera da úlcera (10).

Outros autores referem a presença de vaso visível como fator de maior importância na predição de novo sangramento (14,15,19). Em estudo com a utilização de sondas doppler endoscópicas, um vaso visível com um sinal doppler positivo, sangrava novamente em 73%, enquanto uma lesão doppler negativa, voltava a sangrar em somente 13% dos casos (2). Na presente análise os dois casos com vaso visível, ressangraram.

O sangramento comporta maior probabilidade de ser grave e difícil de controlar quando a úlcera fica localizada na parede infero-posterior do bulbo duodenal ou na parte posterior alta da pequena curvatura gástrica (14, 19). O local preciso não foi descrito em todos os relatórios revisados, entretanto a recidiva foi maior nas úlceras gástricas que duodenais, (75 e 44%, respectivamente).

Encontramos uma forte relação entre o tamanho das úlceras, (maior que 2 cm) e alto índice de recorrência do sangramento. Este detalhe, foi descrito em 17 exames, sendo que 16, tiveram 1 ou mais novos episódios de sangramento. A associação entre úlceras grandes e recidiva da hemorragia é citada por outro autor (12), mas sem precisar o tamanho da úlcera de maior risco.

Em nosso estudo, o alto índice de ressangramento (55%) difere da literatura (30%), talvez por serem excluídos vários prontuários com dados insuficientes. Os casos mais graves tendem a ser melhor acompanhados.

A mortalidade em nosso estudo assemelha-se à dos vários autores (1, 5, 8), sendo mais acentuada nos pacientes com outras enfermidades graves (5,9).

CONCLUSÃO

Como a terapia medicamentosa tem pouca influência na evolução dos pacientes com úlcera péptica sangrante, a cirurgia, em nosso meio, é uma importante arma no combate do sangramento recidivante.

Os achados endoscópicos podem sugerir a recidiva; portanto, a análise desses fatores através de estudos prospectivos, poderá estabelecer critérios objetivos de quando operar um paciente com hemorragia do trato gastrointestinal por úlcera péptica.

SUMMARY

DIGESTIVE BLEEDING FOR PEPTIC ULCER

The results of diagnostic procedures and treatment of forty seven patients presenting upper digestive tract bleeding due to peptic ulcer are reported in the present study. The man/woman rate was 3/2; mean age was 38 and 55 respectively. Twenty patients had a previous history of gastric ulcer, twenty of them of duodenal ulcer and two of them of gastric and duodenal ulcers. Twenty six patients rebleed after the inicial treatment, fifteen of them having gastric ulcers and eleven of them having duodenal ulcers. In seventeen cases of patients having ulcers whose diameter was 2,0 cm or more, just one of them didn't rebleed. The mortality rate was 6,3%. The Authors conclude that the Endoscopic findings could be used as objective criteria for deciding about Clinical or Surgical therapy.

BIBLIOGRAFIA

1. Barber, D et alii. Cimetidine and Tranexamic acid in tratament of upper-gastrointestinal-tract bleeding, N Eng. J. Med, 1983; 308:1571-75.
2. Beckly, D.E. Prediction of rebleeding form Peptic Ulcer: Experience with endoscopic Doppler device. Gut, 1986; 27:96-99.
3. Christensen, A. et. alii. Incidence of perforated and blending peptic ulcers before and after the introduction of H₂ - Receptor antagonists. Ann. Surg. 1988; 207: 4-6.
4. Collier, D.S.T.I. E PAIN. Non-Steroidal anti-inflammatory drugs and peptic Ulcer perforation - Gut. 1985; 26: 359-363.
5. Editorial, Bleeding, ulcers: Scope for improvement? Lancet, 1984; 324:715-717.
6. Foster, D.N. et alii. Stigmata of recent haemorrhage in dianosis and prognosis of upper gastrointestinal bleeding. Br. Med. 1978; J.1:1173-1177.
7. Freeman, M.L. The current endoscopic diagnosis and intensive care management of seve ulcer and other nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage. In. SIVAK M.V. Gastrointestinal Endoscopy - Clinics of North America, Philadelphia, W.B. Saunders, 1991, I, pp. 209-240.
8. Hunt, P.S. et alii. Reduction im mortality from upper gastrointestinal haemorrhage, Med. J. Aust.1983; 32:552-55.
9. Johnston, D. Duodenal and Gastric Ulcer. In SCHWARCZ, S.I. E ELLIS, Maingot's Abdominal Operations, 9th ed Connecticut, Prentice Hall, 1989, cp. 27 pp. 618-622.
10. Johnston, I.H. Endoscopic risk tactors for bleeding peptic ulcer. Gastrointest. Encosc. 1990; 36:516-510.
11. Negre, I. Perforated ulcer in elderly people. Lancet, 1985; 26:1118-1119.
12. Peterson, W.L. Gastrointestinal bleeding. In. Sleisenger, M.E Fortran, I.S., Gastrointestinal Disease, 4 ed, Philadelphia, WBSC, 1989, Cap.1 25, pp. 397-427.
13. Price, C e Elder, I.B. Effect of cimetidine ar petic ulcer surgery in the worht-west of England. Gut, 1981; 22: 879-881.
14. Storey, D.E. et alii. Endoscopic prediction fo recurrent bleeding in peptic ulcers. N. Engl. J Med. 1981; 305:315-6.
15. Swain, C.P. et. alii. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. Gastroenterology 1986; 90: 595-608.
16. Utley, R J e CARTER D.C. Gastric and duodenal emergencies, In: Imrie, C.W. e Mossa, A.R., Gastrointestinal emergencies. London, Churchill Livingstone, 1987, cap. 3, pp. 46-61.
17. Valerio, D. et alii. Gastroduodenal perforation in North-East-Scotland, 1972-81, a rise in incidence. Gut. 1982; 23:438-439.
18. Villar, H.V. et alii. Emergency diagnosis of upper gastrointestinal bleeding by fiberoptic endoscopy. Ann Surg. 1977; 185: 367-9.
19. Wara, P. Endoscopic prediction of major bleeding. A prospective study of stimata of haemorrhage on bleeding ulcer. Gastroenterology 1985; 89: 532-7.

Artigo Original

Avaliação nutricional de crianças e gestantes no município de Passo Fundo*

Zenóbio P.T. de Magalhães
Alba V.C.D. Stein
Rejane R. Mocinho
Lorena T.C. Geib
Maristela Cuchi

RESUMO

O Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA) e o Movimento pela Ética na Política preocupados com os índices de prevalência da desnutrição infantil no país desencadearam a ação "Criança - contra a fome e pela vida" visando identificar as crianças desnutridas de 0 a 60 meses. Passo Fundo, incorporando-se à proposta realizou a avaliação nutricional de crianças e gestantes, utilizando o cartão da criança e cartão da gestante e procedimentos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em 27 ambulatórios municipais, atingindo 1.949 crianças e 3 301 gestantes, que apresentaram prevalência de desnutrição de 31,45% e 25%, respectivamente. A faixa etária com maior número de casos foi de 24 a 59 meses e os ambulatórios de maior prevalência foram da Vila Vera Cruz, São Cristóvão e J.A. Zachia.

UNITERMOS

- Nutrição da Criança
- Nutrição Infantil
- Necessidades Nutricionais
- Programas Nacionais de Saúde
- Estado Nutricional
- Desnutrição Protéico-Calórica
- Inquéritos Nutricionais

KEYWORDS

- Child's Nutrition
- Infantile Nutrition
- Nutritional Necessity
- National Health Programs
- Nutritional Status
- Proteic-Caloric Desnutrition
- Nutritional Inquiryment

INTRODUÇÃO

Fome e desnutrição são desafios à Saúde Pública Brasileira na atualidade, especialmente quando crianças e gestantes são os alvos preferidos desta tragédia social.

Atendendo a essa preocupação, o Ministério da Saúde em seu Programa de Atendimento aos Desnutridos e as Gestantes de Risco Nutricional (2) propõe para o Município entre outras atribuições a de "reorientar a prestação de assistência nos serviços de saúde, incorporando o elenco de ações básicas, com vistas à recuperação nutricional e a prevenção da desnutrição nos grupos considerados de risco".

Em 1979, a FAO, segundo informações de VASCONCELLOS (8) "instituiu entre outras metas, que nenhuma criança fosse dormir com fome e nenhum

ser humano tivesse sua capacidade física e mental avariada pela subnutrição. Infelizmente, dados da própria FAO indicam que em 1980 havia cerca de 500 milhões de pessoas (quase 1/4 da população mundial) gravemente desnutridas ou passando fome, cifra que pode atingir 600 milhões no ano 2000. Este estado de desnutrição é responsável pela morte de 50 milhões de pessoas anualmente. Entre elas há 17 milhões de crianças".

No Brasil, segundo o Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA) as projeções baseadas nos dados da Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989, permitem estimar "a existência de 1.200.000 a 1.500.000 crianças menores de 60 meses apresentando quadro moderado ou grave de desnutrição e 4.800.000 com quadro de desnutrição leve" (1).

* Trabalho realizado na Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente de Passo Fundo - RS.

Sensibilizados por esta realidade, em 1993 o Movimento pela Ética na Política e o próprio CONSEA elegeram como ação prioritária "dar condições de pleno desenvolvimento a todas as crianças brasileiras dentro do mais breve espaço de tempo possível". Para tanto, propuseram a ação "Criança - contra a fome e pela vida", visando:

a) identificar cada criança desnutrida de 0 a 60 meses, em cada município, dando-lhe nome, rosto e endereço;

b) promover sua recuperação nutricional;

c) criar os Conselhos e Fundos Municipais de Saúde e implantar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na rede do Sistema Único de Saúde;

d) promover a discussão sobre as causas da fome, da desnutrição e da miséria e sobre as formas de acabar com elas.

No Rio Grande do Sul a proposta está sendo coordenada pelo Comitê Gaúcho de Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida com a colaboração de outros órgãos (FAMURS, ASEDISA, SSMA, CES, IMEC) e executado pelas Secretarias Municipais da Saúde.

Com este propósito, a Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente de Passo Fundo realizou o censo em 27 ambulatórios, avaliando crianças de 0 a 59 meses e gestantes, segundo normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para o atendimento aos desnutridos e gestantes de risco nutricional, utilizando o Cartão da Criança e Cartão da Gestante e procedimentos de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), cujos resultados estão expressos neste trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

1. População-alvo

O município de Passo Fundo ocupa uma área geográfica de 709.36 Km², distando 287 Km da capital do estado e baseia sua economia na agropecuária, indústria, comércio e serviços. A população geral, segundo a projeção do IBGE (1989) é de 141.533 habitantes, distribuídos em 135.469 habitantes na zona urbana e 6.064 na zona rural. As crianças menores de 5 anos de idade

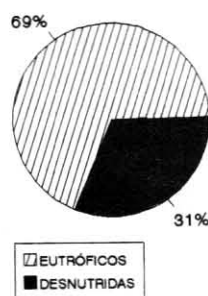


Fig. 1 - Estado nutricional das crianças avaliadas na rede ambulatorial do município de Passo Fundo. Fonte: SESMA - 1994

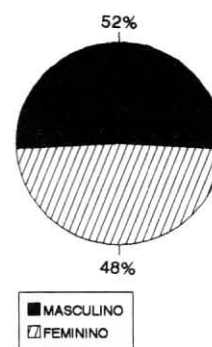


Fig. 2 - Distribuição das crianças desnutridas de acordo com o sexo. Fonte: SESMA - 1994

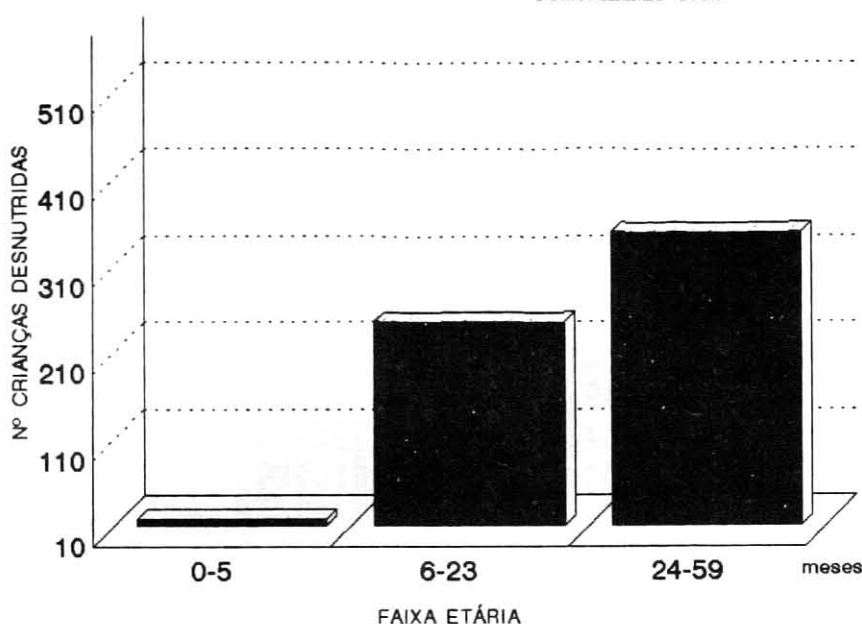


Fig. 3 - Distribuição das crianças desnutridas de acordo com a faixa etária - Fonte: SESMA - 1994

representam 14.46% da população geral, sendo 9.949 crianças do sexo feminino e 10.516 do sexo masculino, totalizando, portanto, uma projeção de 20.465 crianças como população-alvo do censo. Entretanto, para agilizar a operacionalização, ficou estabelecido como metas que o censo atingiria: a) 100% das crianças desnutridas nos municípios de pequeno porte (até 10.000 habitantes); b) os núcleos urbanos de periferia, através de amostra nos municípios de médio porte (10.000 a 50.000 habitantes) e c) todas as crianças usuárias de serviços de saúde e de assistência social nos municípios de grande porte (acima de 50.000 habitantes).

Assim sendo, no Município de

Passo Fundo a avaliação nutricional foi desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente em 27 ambulatórios, totalizando 1.949 crianças e 301 gestantes.

2. Procedimentos

Preparação: na etapa preparatória foram realizadas as seguintes ações: a) seleção e treinamento de pessoal para a realização do censo; elaboração e reprodução dos formulários; divulgação da realização do censo junto aos presidentes de Associações de Bairro e imprensa local.

Execução: O censo foi realizado de 22 de fevereiro a 14 de março de 1994, identificando-se os desnutridos

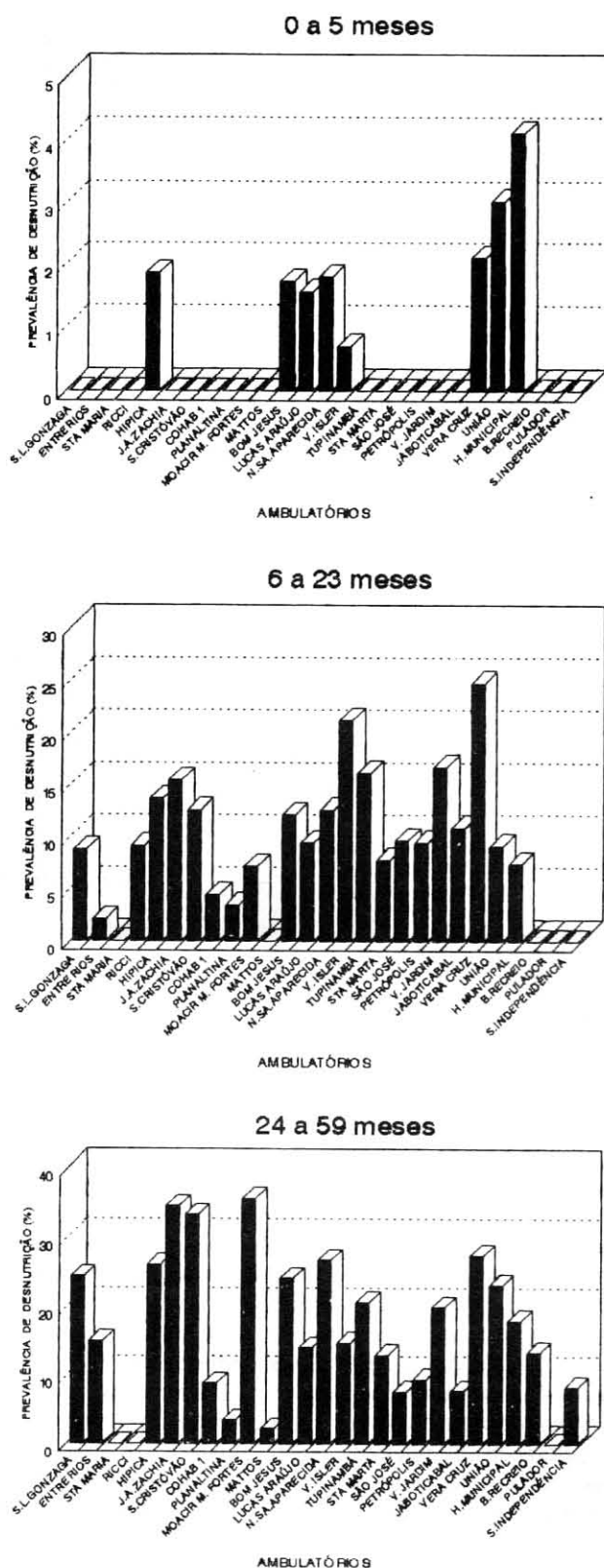


Fig. 4 - Prevalência de desnutrição em crianças de 0 a 59 meses de idade por ambulatório segundo a faixa etária. - Fonte: SESMA - 1994

através de:

a) seleção e montagem dos postos de pesagem - foram utilizados como postos de pesagem todos os ambulatórios da rede municipal de saúde. Estes ambulatórios tiveram suas balanças aferidas pelo Instituto de Metrologia (Inmetro), assegurando o rigoroso controle de peso de crianças e gestantes, utilizando-se balanças de precisão igual ou menor que 100 gramas.

b) pesagem e avaliação do estado nutricional - a pesagem foi realizada de acordo com os procedimentos para pesagem recomendados pelo Conselho de Segurança Alimentar (1). Para efeito desta avaliação foi considerada como desnutrida toda a criança com peso relativo a idade em meses abaixo da linha inferior (percentil 10) da curva de peso do Cartão da Criança (referencial NCHS). A gestante foi avaliada utilizando-se o Normograma e as curvas de peso materno/idade gestacional e curva de altura uterina/idade gestacional constantes no Cartão da Gestante, considerando-se desnutridas aquelas cujo peso situava-se na região "A" da curva de Rosso.

A relação nominal das crianças de 0 a 59 meses e seus dados antropométricos e de saúde foram registrados no formulário I (anexo 1). As crianças e gestantes identificadas como desnutridas foram cadastradas utilizando-se, respectivamente, os formulários II e III (anexo 2 e 3). Estes formulários foram preenchidos de forma individual para permitir o acompanhamento da criança ou gestante durante o processo de reabilitação.

c) consolidação dos dados - os dados coletados em cada ambulatório foram consolidados manualmente na Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados consolidados são apresentados nas figuras 1, 2, 3 e 6 e os resultados por ambulatório estão expressos nas figuras 4 e 7.

Sabe-se que, como resultante de um processo multifatorial, a fome é a consequência mais trágica de um modelo concentrador de renda, aético, excludente e agressivo. Ao atingir as crianças pela privação do acesso às necessidades básicas, a desnutrição as priva também da

possibilidade de crescer, resistir às doenças, brincar ... sobreviver.

MONTEIRO (3) refere que o padrão normal de crescimento físico que expressa a contento o potencial genético dos indivíduos, apenas ocorre quando satisfeitos as condições de uma boa nutrição e da ausência frequente de enfermidades, o que pressupõe o atendimento das necessidades humanas básicas (alimento, água, saneamento,...). Sem isso, instala-se o ciclo vicioso da desnutrição e infecção, responsável segundo NOBREGA (5), por mais de 50% das mortes na faixa etária de 0 a 5 anos.

Para impedir que a fome oculta - por uma má nutrição não visível - possa sigilosamente atrasar o crescimento e diminuir a resistência das crianças, é preciso localizá-la.

Em Passo Fundo, a desnutrição atinge 31,45% das crianças e 25% das gestantes avaliadas na rede ambulatorial do município (fig. 1 e 6). Este dado aproxima-se muito dos resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição que apontaram uma prevalência de 31% de desnutrição em crianças menores de 5 anos, ficando, entretanto, bem acima dos resultados encontrados na mesma pesquisa para a Região Sul onde a prevalência, em 1989, era de 17,8%. Há que considerar, todavia, que, a população-alvo deste estudo estava limitada às vilas periféricas onde se concentra a pobreza.

Atingindo as crianças independentemente de sexo, a desnutrição em Passo Fundo é maior na faixa etária de 24 a 59 meses (fig. 3), sendo insignificante nos primeiros 5 meses de vida da criança, o que sugere o êxito das campanhas de aleitamento materno desenvolvidas a nível hospitalar e comunitário e a mudança de comportamento dos profissionais de saúde e familiares no incentivo dessa prática. A prevalência de desnutrição nesta faixa etária (0,92%), mostra uma diferença significativa em relação ao perfil nutricional de crianças brasileiras aferido pelo INAN(6) em 1989, em que a prevalência da desnutrição foi de 21,8%, sendo 6% classificada como moderada ou grave.

Após o sexto mês a incidência de desnutrição aumenta gradualmente com a idade até os 24 meses, atingindo 40,13%. A partir daí, os dados (fig. 3) revelam um aumento de 16,8%, atingindo, assim, 56,93% das crianças na faixa de

24 a 59 meses. Esses resultados devem direcionar a política de assistência nutricional à criança, com ênfase no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento dessa faixa etária, como uma medida de profilaxia, além de favorecer o ingresso dessas crianças, já cadastradas, em serviços de reabilitação nutricional. Ressalta-se que dentro desta mesma faixa etária encontram-se os contatos - irmãos daquelas diagnosticadas com desnutrição - que por limitação de recursos financeiros repassados ao município, ficarão excluídas do Programa Leite é Saúde. Alternativas locais deverão ser buscadas para em curto prazo resgatar o padrão nutricional dessas crianças.

Quanto à distribuição da desnutrição por ambulatorios de procedência (fig. 5), percebe-se que não foi diagnosticado nenhum caso nos ambulatorios da Vila Santa Maria e em Pulador. Em

adjacências, um dos bolsões de miséria da cidade.

Analisando-se a distribuição da desnutrição por faixa etária, constata-se pela figura 4 que a maior prevalência em menores de 5 meses ocorreu no Hospital Municipal (4,1%), o que pode ser explicado pelo fato do ambulatório aí situado receber crianças das mais diversas procedências para acompanhamento de puericultura, o que por si só já permite uma detecção mais apurada e precoce das crianças em risco nutricional.

Na faixa de 6 a 23 meses de idade, constatou-se maior prevalência na Vila Vera Cruz (24,65%), seguida pela V. Issler (21,13%) e J.A. Zachia (15,38%).

Em crianças de 24 a 59 meses a desnutrição foi mais prevalente nos ambulatorios Moacir da Motta Fortes (35,7%), J.A. Zachia (34,6%) e S. Cristóvão (33,3%).

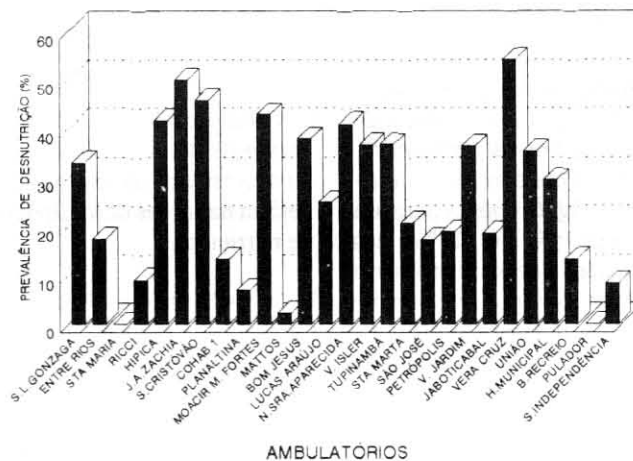


Fig. 5 - Prevalência de desnutrição em crianças de 0 a 59 meses de idade por ambulatório
Fonte: SESMA - 1994

relação aos demais ambulatorios, os dados revelam que a desnutrição se distribui com pouca variabilidade em torno da média ($x = 25,65$; $s = 15,75$), com pequena prevalência maior nos ambulatorios São Cristóvão, J.A. Zachia e Pedro Ávila da Vila Vera Cruz, onde se constatou a maior ocorrência de desnutrição. Chama a atenção que na Grande Vera Cruz situa-se também o ambulatório Moacir da Motta Fortes onde a prevalência foi de 42,85%, sendo destas 35,7% na faixa etária de 24 a 59 meses. A localização das crianças desta vila, através dos endereços, permitiu constatar a concentração da desnutrição na rua Julio Schiling ("Beira Trilho") e

Na zona rural do município, representada pelos ambulatorios de B. Recreio, Pulador e Sede Independência, não se constatou nenhum caso de desnutrição em menores de 23 meses e uma prevalência abaixo da média na faixa de 24 a 59 meses. Estes dados, ainda que limitados, poderiam sugerir as seguintes indagações: - estariam as crianças da zona rural tendo melhor disponibilidade e aproveitamento dos alimentos? Seria a auto-produção responsável pelo padrão nutricional das crianças?

Em relação às gestantes, o UNICEF (7) afirma que "o bem-estar nutricional da mulher grávida é o fator

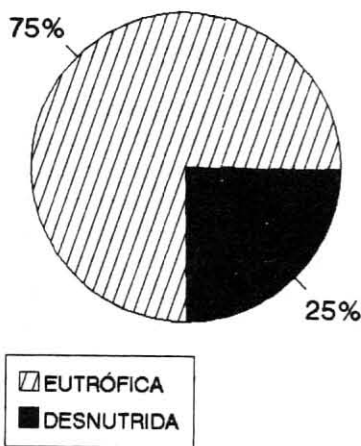


Fig. 6 - Estado nutricional de gestantes avaliadas na rede ambulatorial do município de Passo Fundo - Fonte: SESMA - 1994

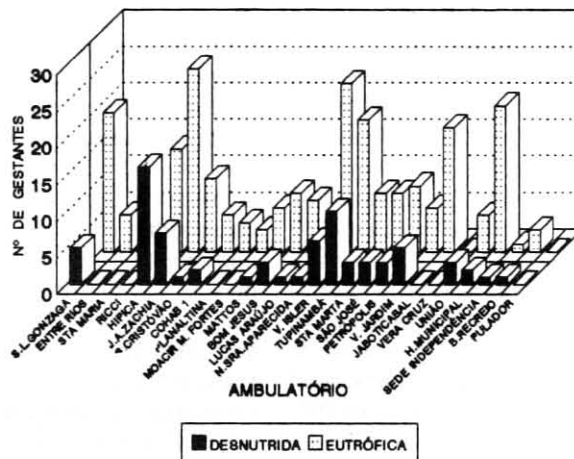


Fig. 7 - Estado nutricional de gestantes segundo o ambulatório de procedência. - Fonte: SESMA - 1994

mais decisivo no peso de nascimento do bebê - e esse passo é, por sua vez, o fator mais decisivo em suas chances de sobrevivência. Os bebês de baixo peso no momento do nascimento (abaixo de 2500g) por exemplo, tem três vezes mais chances de morrer durante a infância do que os bebês de peso normal ao nascer".

Em Passo Fundo, o perfil nutricional da gestante (fig. 6) aponta para um quadro de desnutrição em 25% das gestantes avaliadas, que se distribuem pelos ambulatórios com uma prevalência média de 20,1%, com maior ocorrência nos ambulatórios da Hípica, Tupinambá e J.A. Zachia. Em alguns ambulatórios - Santa Maria, Ricci, Vera Cruz - não foi constatado nenhum caso.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste trabalho permitem caracterizar a situação nutricional de crianças e gestantes avaliadas no município de Passo Fundo da seguinte forma:

1. São altos os índices de prevalência da desnutrição em crianças menores de 5 anos e gestantes;
2. A denutrição acomete sem diferença significativa as crianças do sexo masculino e feminino;

3. A faixa etária de 0 a 5 meses foi menos vulnerável à desnutrição, ratificando a importância da manutenção do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida;

4. A alta prevalência de desnutrição, em crianças acima de 24 meses aponta para a necessidade de se priorizar esta faixa etária nas ações de vigilância alimentar e nutricional.

5. Os ambulatórios Pedro Ávila (Vera Cruz), S. Cristóvão e J.A. Zachia por apresentarem as maiores prevalências de desnutrição infantil deverão ser priorizados numa política de racionalização na utilização de recursos financeiros disponíveis;

6. Nos ambulatórios Hípica, Tupinambá e J.A. Zachia, onde foi expressiva a desnutrição em gestantes, torna-se necessário incorporar de imediato a vigilância alimentar e nutricional e executar ações preventivas e corretivas para melhorar o padrão de crescimento intra-uterino e do peso de nascimento dos bebês.

RECOMENDAÇÕES

Para concretizar melhoras em curto tempo e em escala significativa,

recomenda-se:

1. Uso obrigatório dos gráficos de crescimento infantil (Cartão da Criança) em todos os ambulatórios da rede municipal de saúde;
2. Em paralelo a implantação do Programa Leite é Saúde, expandir de imediato a cobertura de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos ambulatórios com maior prevalência de desnutrição;
3. Implantar e manter o subsídio alimentar para as famílias desprovidas de recursos para aquisição de alimentos à gestante desnutrida, em adição a educação para melhorar o uso de alimentos alternativos;
4. Tornar acessíveis os métodos contraceptivos, favorecendo o espaçamento de nascimentos como forma de diminuir a prevalência de desnutrição na faixa etária de 24 a 59 meses;
5. Melhorar o desempenho dos serviços municipais de saúde no que tange a cobertura de acompanhamento nutricional de pré-escolares.

SUMMARY

NUTRITIONAL EVALUATION OF CHILDREN AND PREGNANT WOMEN
IN PASSO FUNDO CITY

The Council for Alimentary Safety (CONSEA) and the Movement for the Ethics in the Politics, worried about the high rate of children malnutrition in Brazil, planned the research program "Child - against the hungry and for the life", whose goal was to identify children who were victims of malnutrition, whose age ranged from 0 to 60 months. In Passo Fundo, following the recommendations of the System of Alimentary and Nutritional Safety, specific kinds of ID cards were distributed, in 27 Municipal Ambulatories, for 1,949 children and also for 301 pregnant women, presenting a malnutrition rate of 31.45 and 25.00%, respectively. Among children, the prevalence of malnutrition was found in the age range of 24 to 59 months, specially in the districts of Vera Cruz, São Cristóvão e J.A.Zachia.



BIBLIOGRAFIA

1. Brasil . Ação da cidadania contra a fome, a miséria e pela vida. Criança contra a fome e pela vida. Brasília: CONSEA, 1993.
2. Brasil. Norma operacional - MS/1993 do Programa de atendimento aos desnutridos e as gestantes de risco nutricional. Brasília: SUS, 1993.
3. Monteiro, Carlos A. O mapa da pobreza no Brasil. Dados 1993; 16: 18-21.
4. Nascimento, Álvaro. O resultado da exclusão. Dados 1993; 16:2
5. Nobrega, FJ; Vitolo, MR; Brasil, ALD; Lopez, FA. Condição nutricional de mães e filhos - relação com o peso ao nascimento, variáveis maternas e sócio-econômicas. J Ped. 1991; 67 (9/10): 288-296.
6. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Resultados preliminares. Brasília: INAN, FIBGE, IPEA, 1990.
7. Unicef. O Estado mundial da infância, 1982-1983.
8. Vasconcelos, FG. Programas de saúde. 13a. ed. São Paulo: Ática, 1990. 240p.

Artigo Original

Avaliação do Conhecimento das Equipes que Prestam Primeiros Socorros em Passo Fundo - RS *

Araby A. Nácul Filho
 Claudia C. S. Vieira
 Cristiane Dalmagro
 Gustavo Roberto Hoppen
 Iselso Paulo Sartori
 Paulo Weinert
 Hugo R. K. Lisbôa

RESUMO

Neste estudo avaliou-se o conhecimento das equipes que fazem o atendimento de primeiros socorros na região de Passo Fundo. Esta avaliação foi feita por meio da aplicação de um questionário com perguntas básicas sobre a conduta tomada nestas situações. Foram avaliados integrantes do corpo de bombeiros, polícia rodoviária federal, estadual e também motoristas de ambulâncias de hospitais de Passo Fundo. Os resultados foram comparados com o nível de instrução, tempo de serviço na função e com a realização de cursos sobre atendimento de primeiros socorros. Observou-se que estão mais bem preparados para este tipo de atendimento os integrantes do corpo de bombeiros, seguidos da polícia rodoviária federal, estadual e, por último, dos motoristas de ambulâncias.

UNITERMOS:

- Ocupações em Saúde
- Medicina de Emergência
- Acidentes
- Recursos Humanos em Saúde
- Auxiliares de Emergência
- Cuidados prestados ao paciente

KEYWORDS:

- Health occupations
- Emergency medicine
- Accidents
- Humans recourses in health
- Emergency auxiliars
- Patient care

* Trabalho realizado na Disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina, UPF e Hospital Universitário São Vicente de Paulo, Passo Fundo - RS

INTRODUÇÃO

Atualmente vem sendo observado um aumento da incidência e gravidade das lesões traumáticas. Este fato é atribuído à expansão demográfica, maior produção de máquinas agrícolas, veículos automotores e ao não cumprimento das normas de segurança no trabalho e no trânsito.

São importantes fatores na evolução dos ferimentos e em suas seqüelas a maneira e o tempo dispendido para socorrer e transportar o ferido do local do acidente até o hospital. Muitas injúrias podem ser produzidas ou agravadas pelo manuseio inadequado de pacientes traumatizados. Um estudo

realizado na guerra do Vietnã demonstrou que a mortalidade pode ser diminuída para cerca de 1% através do investimento no sistema de resgate e transporte (1).

Nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 500.000 pessoas por ano ficam incapacitadas temporária ou permanentemente para o trabalho, devido a acidentes de trânsito. Nesse mesmo país, cerca de 16.000 crianças morrem por ano devido a acidentes de trânsito, a principal acidente (1), sendo essa a principal causa de morte na faixa etária de 15 a 24 anos, com maior prevalência entre homens. Esse resultado permanece mesmo quando somadas todas as outras causas de morte desse grupo. As vítimas de acidentes ocupam quatro vezes mais leitos hospitalares que os pacientes com

câncer. (1,2,3)

Os acidentes de trânsito no Brasil atingiram a cifra de 25,9 mortes por ano a cada 10.000 veículos. Essa taxa de fatalidade é a maior descrita no mundo. (1)

Um estudo de 1756 atestados de óbitos ocorridos entre outubro de 1990 e setembro de 1992, na cidade de Passo Fundo, revelou que as mortes violentas ocupavam o terceiro lugar. As doenças do aparelho circulatório e a mortalidade infantil ocupavam o primeiro e segundo lugares, respectivamente. (4)

A partir destas informações, decidiu-se avaliar os conhecimentos dos integrantes das equipes que prestam assistência de emergência com relação ao atendimento inicial e ao transporte de pacientes agudamente enfermos. Utilizou-se um questionário com perguntas básicas para avaliação desse preparo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Decidiu-se avaliar o conhecimento e o preparo para a prestação de primeiros socorros e para o transporte de pacientes entre motoristas de ambulância dos hospitais (HOSP), membros do Corpo de Bombeiros (CB), Polícia Rodoviária Estadual (PRE) e Federal (PRF). Esses dados foram levantados através de um questionário, aplicado a indivíduos selecionados aleatoriamente, contendo sete perguntas que investigaram os seguintes aspectos: reconhecimento de uma parada cardíaca-respiratória, posicionamento e local adequado para massagem cardíaca conduzida frente à hemorragia externa, fratura de membros, coluna cervical e tóraco-lombar. Além disso, incluíram-se dados de identificação como local de trabalho, idade, sexo, instrução, função, tempo na atual função e realização de cursos sobre primeiros socorros.

O desenho do estudo foi transversal e prospectivo não controlado.

O questionário com as respostas consideradas corretas estão no anexo I.

Critérios de Inclusão

Indivíduos que trabalhassem em ambulâncias ou fossem integrantes de equipes que fazem o atendimento pré-hospitalar a indivíduos agudamente enfermos.

Por meio desses critérios, selecionaram-se motoristas de ambulâncias de hospitais que possuíam serviços de emergência, equipe de bombeiros e patrulheiros da polícia rodoviária estadual e federal.

Critérios de Exclusão

Organizações que não aceitaram fazer parte do trabalho e indivíduos que não estivessem disponíveis nos dias em que se realizou a entrevista.

Projeto Piloto

A compreensão do questionário foi avaliada através de sua aplicação a três indivíduos (um motorista de táxi e dois soldados do exército). Como houve um pleno entendimento das questões por estes indivíduos, considerou-se o questionário de fácil compreensão.

Estatística

Utilizou-se o teste do qui-quadrado para comparação de dados com distribuição não gaussiana. O nível de significância aceito na análise dos resultados foi de 5%.

RESULTADOS

Do total dos 73 indivíduos que exerciam a função de atendimento e transporte de pacientes, 44 (60%) responderam ao questionário. A distribuição de cada grupo foi: 10 do CB, 12 dos HOSP, 18 da PRE e 4 da PRF. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o número de indivíduos selecionados na amostra e o número total de indivíduos das corporações ($\chi^2 = 2,72$; $p = 0,4$). Este

resultado indica que a amostra foi homogênea em cada grupo estudado. Todos eram do sexo masculino e tinham idade que variava entre 23 e 58 anos, com uma média de $32 \pm 7,5$.

A maioria dos avaliados possuía segundo grau completo e um grupo menor possuía segundo grau incompleto. As equipes que serviam aos hospitais foram as que apresentaram um menor grau de instrução média, visto haver nelas duas pessoas (17%) que apresentavam primeiro grau incompleto. A distribuição do grau de instrução das equipes estudadas encontra-se demonstrada na figura 1.

O tempo de trabalho na atual função variou, nas diferentes organizações, entre 3,4 e 19 anos, sendo menor no CB e maior na PRF, conforme expresso na tabela 1 e figura 2.

Todos os indivíduos do CB e PRF haviam feito cursos sobre primeiros socorros, enquanto os integrantes da PRE e HOSP, 94 e 33%, respectivamente, haviam feito este tipo de curso.

Dados complementares quanto à identificação constam na tabela 1.

O conhecimento geral sobre primeiros socorros, avaliado através do questionário, obteve como média de acertos 4,9 questões nas diferentes organizações. Verificou-se que o CB, seguida da PRF foram as equipes que apresentaram maior número de acertos quando comparadas com outras ($X^2 = 17,2$; $p = 0,0006$). Os representantes do CB apresentaram um número de acertos significativamente maior que a PRF ($X^2 = 4$; $p = 0,04$). O número de acertos foi menor no HOSP (4,57%) e maior no CB (5,8; 83%), conforme demonstrado na Tabela 2.

Organização	Média do Grau de Instr.*	Idade Média**	Tempo na Função**	Realização de Cursos
CB	3,9	28,6+4,6	3,4+4,9	10(100%)
HOSP	2,8	35,3+10,5	6,2+6,9	4(33%)
PRE	4,0	30,0+3,9	6,8+4,6	17(94%)
PRF	4,5	41,3+5,6	19+6,6	4(100%)
Total de Pessoas	3,6	32,2+7,5	7,0+6,7	35(79%)

* Cálculo realizado através da média com códigos utilizados no questionário (anexo I)

** Idade e tempo calculados em anos

Tabela 1 - Características dos indivíduos estudados. Os resultados estão expressos como média, desvio padrão e porcentagens.

A análise dos erros e acertos de cada questão permite demonstrar que as questões com erro mais frequentes foram as de número 1 e 4. Essas tratavam, respectivamente, de reconhecimento de parada cardíaco-respiratória e de conduta frente a hemorragia externa. A questão com maior número de acertos foi a de número 5, que tratava sobre a conduta

pensáveis a esses profissionais, acredita-se que este resultado seja insatisfatório.

Encontrou-se uma grande disparidade entre algumas equipes. A maior diferença de acertos ocorreu entre os grupos CB e HOSP com 1,8 questões (26%). Este achado evidencia que o treinamento proporcionado ao CB resultou em um melhor preparo de seus integrantes, quando comparados aos indivíduos do grupo HOSP.

Possivelmente a obrigatoriedade da realização de curso por todos os integrantes do CB tenha influenciado favoravelmente este resultado.

A questão que apresentou maior número de erros foi referente à parada cardíaco-respiratória. Mesmo considerando que esta questão apresentasse maior dificuldade em relação às outras, por haver necessidade de assinalar as quatro alternativas corretas entre as oito apresentadas, o percentual de 45% parece baixo.

Também a questão sobre hemorragia externa apresentou um baixo número de acertos (43%). Chamou a atenção o fato de que 39% dos entrevistados recomendou o uso do torniquete como medida inicial. Essa afirmação sugere que enfermos atendidos por estes indivíduos possam ter maiores complicações isquêmicas do membro onde foi

Número de acertos por indivíduos	CB	Hos	PRE	PRF	Total
1	0	0	0	0	0
2	0	2	1	0	3
3	1	2	2	1	6
4	0	4	2	1	7
5	2	2	4	1	9
6	4	1	9	1	15
7	3	1	0	0	4
Média	5,8(83%)	4(57%)	5(71%)	4,5(64%)	4,9(70%)

Tabela 2. Número de acertos por indivíduos em cada organização. Os resultados são expressos como a média dos acertos em número absoluto e porcentagem no final da tabela.

Número da Questão	Número de Acertos	% de Acertos
1	20	45
2	30	68
3	34	77
4	19	43
5	40	91
6	38	86
7	34	77
Média	31	70

Tabela 3. Número de acertos de cada questão

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

O treinamento dos membros das equipes de atendimento pré-hospitalar de emergência é um dos fatores determinantes para um adequado tratamento de pacientes traumatizados.

Nesse estudo, a média de acertos nestas questões básicas sobre primeiros socorros foi de 4,9, o que representa 70% de acertos. Em virtude de envolverem conhecimentos fundamentais, indis-

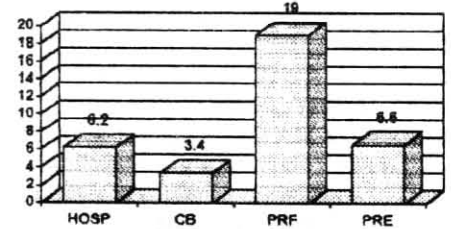


Fig 2.- Distribuição das médias dos anos de serviço

utilizado este método.

A questão referente à fratura de coluna cervical foi a que teve um maior número de acertos (91%). Talvez isso se deva a um conhecimento generalizado desse tipo de conduta, adquirido através da divulgação pelos meios de comunicação.

Houve uma correlação positiva entre escolaridade e acertos. O grupo com menor grau de instrução (HOSP), acertou um número menor (4,3 questões); ocorrendo o inverso com o grupo mais escolarizado (PRF) com um número maior (5,1 questões).

Não se encontrou correlação entre o tempo de serviço e o número de acertos.

Evidenciou-se, através do estudo, que a grande maioria (80%) dos representantes das corporações já realizaram algum curso sobre atendimento de primeiros socorros. A relação entre a realização de curso e o número de questões corretas não pode ser realizada com o CB e a PRF, uma vez que todos os seus componentes receberam treinamento ao ingressar na organização. Na PRE, apenas um membro não realizou curso, sendo sua nota inferior à média da organização e à média geral de acertos. No grupo HOSP, observou-se que os motoristas sem curso obtiveram nota superior (4,6) à aqueles com curso (3,0). Compre referir, entretanto, que a amostragem é pequena para resultados mais conclusivos.

A análise estatística dos dados obtidos neste estudo revela que a média de acertos nas questões foi de 70%. Esse índice parece insatisfatório por se tratar de questões básicas de primeiro atendimento. Além disso, o conhecimento

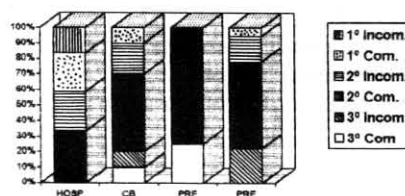


Fig. 1 - Demonstração do grau de instrução entre as equipes estudadas.

não uniforme pelas equipes torna os achados ainda mais preocupantes. Observou-se que as equipes especializadas em atendimento pré-hospitalar ainda apresentam inúmeras dificuldades em relação à conduta básica de primeiros socorros, o que ficou mais evidente entre os motoristas de ambulância dos hospitais.

A equipe CB seguida da PRF foram as equipes que apresentaram um maior número de acertos, enquanto que o grupo HOSP foi o que apresentou o menor número de acertos.

Em vista desses achados, recomenda-se que todos os indivíduos que prestam atendimento pré-hospitalar de

emergência recebam treinamento para este fim. Além disso, após o período de treinamento, deveriam ser realizados testes de avaliação a cada seis meses e, dependendo dos resultados, alguns indivíduos receberiam novos treinamentos, gerais ou específicos.



SUMMARY

KNOWLEDGE OF THE FIRST AIDS TEAMS IN PASSO FUNDO - RS (Brazil)

This assessment was done through a basic questionnaire on commonest maneuvers which should be done to take care of seriously ill patients. Firemen, state and federal road police, and hospital ambulance drivers were studied. The results were compared with the instruction level, time in the function and attendance to first aids courses. We observed that the firemen were the most prepared team followed by federal and state road police and, the latest, by hospital ambulance drivers.

BIBLIOGRAFIA

1. Anais do II Congresso Médico de Passo Fundo e Primeiro Congresso Médico de Enfermagem. Lisboa H., Soares, CJ, Menegais P, Bitencourt F. Grando A. Estudos das Mortes Violentas Ocorridas em Passo Fundo - Rio Grande do Sul, 1993, tema número 9.
2. Birolini DO. Cirurgia do Trauma. Rio de Janeiro: Atheneu 1985: 1
3. Comitê de Traumatologia del American College of Surgeons: Traumatologia - Assistência Imediata del Lesionado, México, D.F.: Intera-mericana, 1975.
4. Hulley, SB. Controle de lesões intencionais e não-intencionais. In: Wyngaarden, BJ; Smith, LH; Benet, JC, editors: Cecil - Tratado de medicina interna. Philadelphia: Guanabara-Koogan, 1990. v. 1p. 36-37.
5. Meridional: Manual de Primeiros Socorros. 1º ed. Porto Alegre Artes Gráficas, 1992. p. 4:47-49.
6. Myerburg, R; Castelanos, A. Colapso cardiovascular, parada cardíaca e morte súbita. In: DWILSON, J. et alii. Harrison - Medicina interna. 12º ed. Philadelphia: Guanabara-Koogan, 1992. p. 2-142 - 2.146.
7. Rosemberg, N.: Livro de primeiros socorros. Rio de Janeiro: Leia Livros, 1983.

Artigo de Revisão

Tetralogia de Fallot *

Cláudio José Soares
 Karla Rita Bratti
 Ana Paula Winik

RESUMO

Apresenta-se uma breve revisão da literatura sobre Tetralogia de Fallot, enfatizando anatomia-patológica, diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico. Conclui-se que apresenta acentuada morbidade e que o tratamento precoce é essencial para adequada evolução e prevenção das complicações.

UNITERMOS

- Tetralogia de Fallot
- Cardiopatia Congênita Cianótica

KEYWORDS

- Tetralogy of Fallot
- Congenital Cyanotic Cardiopathy

INTRODUÇÃO

A Tetralogia de Fallot (TF) foi descrita em 1888 por Étienne-Louis Artur Fallot. Em um artigo intitulado "Contribution à L'Anatomie Pathologique de La Maladie Bleue (Cyanose Cardique)" da revista mensal Marseille Medical (4) como sendo uma associação de obstrução da via de saída do ventrículo direito (VD), defeito do septo interventricular, hipertrofia de VD e dextroposição da aorta, vindo daí o nome tetralogia. (Fig. 1)

É a cardiopatia congênita de hipofluxo pulmonar mais comum após o primeiro ano de vida (1,11,13). Constitui cerca de 50% de todos os casos de cardiopatia cianótica (14). Entre as crianças que sobrevivem além dos dois primeiros anos de vida e possuem cianose, a TF está presente em 70 a 75% (15). Se

considerarmos todas as malformações cardíacas, 10% serão TF. (1,7,14)

DISCUSSÃO

As quatro características da anomalia resultam do desvio anterior (desalinhamento) do septo infundibular, que é a marca registrada anatômica da TF (3). A anatomia-patológica da TF caracteriza-se por: obstrução da via de saída do VD, localizada na região infundibular, no anel valvular ou tronco e ramos pulmonares, aumentando a pressão sistólica ventricular direita e levando a hipertrofia de VD. A comunicação interventricular é usualmente não-restritiva e permite que o sangue venoso que entra no VD seja então desviado diretamente para a aorta causando cianose e hipofluxo pulmonar. A aorta apresenta constantemente origem biventricular. Por dextroposição aórtica se entende a porcentagem da área do orifício aórtico que conecta com o VD. É muito variável e oscila entre 15% e 95% (14). A artéria pulmonar é, com frequência, menor do que o normal, enquanto que a aorta pode ser maior que o normal. Em 50% dos casos a válvula pulmonar é bicúspide e estenótica; em 10% é unicúspide e em 2% não existe válvula pulmonar (agenesia de

valva pulmonar). Anomalias tricúspides ocorrem em 60% dos casos e são geralmente devidas a um déficit de tecido valvular entre os folhetos septal e anterior, podendo levar a insuficiência cardíaca no pós-operatório imediato. O átrio direito está aumentado de tamanho e com paredes espessadas. O átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo podem apresentar diminuição de volume nos casos onde a redução do fluxo pulmonar é importante. O ápice cardíaco pode ser formado pelo VD que está mais anteriorizado pela hipertrofia e rotação horária. O conduto arterioso é permeável em um terço dos casos (14). Na maioria dos casos, a TF é pura. Entretanto, às vezes, apresenta-se associada a lesões como: atresia pulmonar, aorta originando-se totalmente do VD, defeito do septo atrial, óstio átrio-ventricular comum, arco aórtico tricúspide, obliteração do defeito septal ventricular, ausência da válvula pulmonar, estenose do tronco e ramos da artéria pulmonar e persistência da veia cava superior esquerda. (12)

A história natural da entidade está intimamente relacionada a baixa saturação de sangue arterial, que está na dependência direta do grau de obstrução da via de saída do VD e do grau de dextroposição da aorta. Em presença de

* Trabalho realizado no Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário São Vicente de Paulo. Passo Fundo - RS

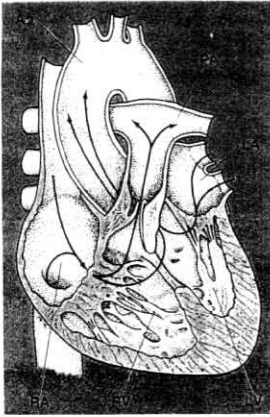


Fig. 1 - TF com estenose pulmonar valvular e infundibular. As setas indicam a direção do sangue. O defeito septal ventricular permite "shunt" da direita para a esquerda. RA = atrio direito; LA = atrio esquerdo; RV = ventriculo direito; LV = ventriculo esquerdo; Ao = aorta; PA = artéria pulmonar (Braunwald, 1992)

estenose discreta, haverá predomínio de "shunt" de esquerda para direita e o paciente poderá não apresentar cianose. Se a estenose pulmonar for acentuada ocorrerá "shunt" de direita para a esquerda com progressiva insaturação periférica e cianose. Esta poderá ser de pequena monta enquanto o ducto arterioso continuar patente. Quando este começa a ocluir, crises de cianose podem aparecer.

A quase totalidade dos pacientes são sintomáticos. Dispnéia e cianose podem ser agravadas por fatores que elevam a resistência ao fluxo de sangue para o circuito pulmonar como o choro ou fatores que diminuem a resistência vascular sistêmica como calor, hipotensão, drogas e exercícios. As características crises cianóticas são episódios de aumento súbito da intensidade da cianose, seguidos por incontinência esfinteriana e hiperpnéia, geralmente com recuperação espontânea dentro de poucos minutos ou horas. Esses episódios são frequentes na primeira infância, representam anóxia cerebral aguda e podem ser fatais ou deixar seqüelas neurológicas. Em um terço dos pacientes, sem cianose de base, as crises hipóxicas podem ser a primeira manifestação. A posição de cócoras é característica marcante, pois leva a melhora da dispnéia. Aparentemente permite uma redistribuição de fluxo sanguíneo e provavelmente um aumento da resistência vascular periférica com diminuição do curto-circuito veno-arterial e da hipoxemia subsequente. A hemoptise

é rara, ocorrendo usualmente em crianças mais velhas com varicosidades acentuadas da circulação brônquica.

O exame físico revela hipodesenvolvimento com curva ponderal estacionária ou pouco ascendente. Os sinais mais evidentes são: cianose em grau

variável e o baqueteamento digital que é proporcional ao grau de hipóxia. O precórdio é em geral abaulado e um impulso paraesternal esquerdo pode ser palpado devido a hipertrofia do VD. O frêmito sistólico é produzido pela obstrução ao fluxo de saída do VD. A frequência ven-

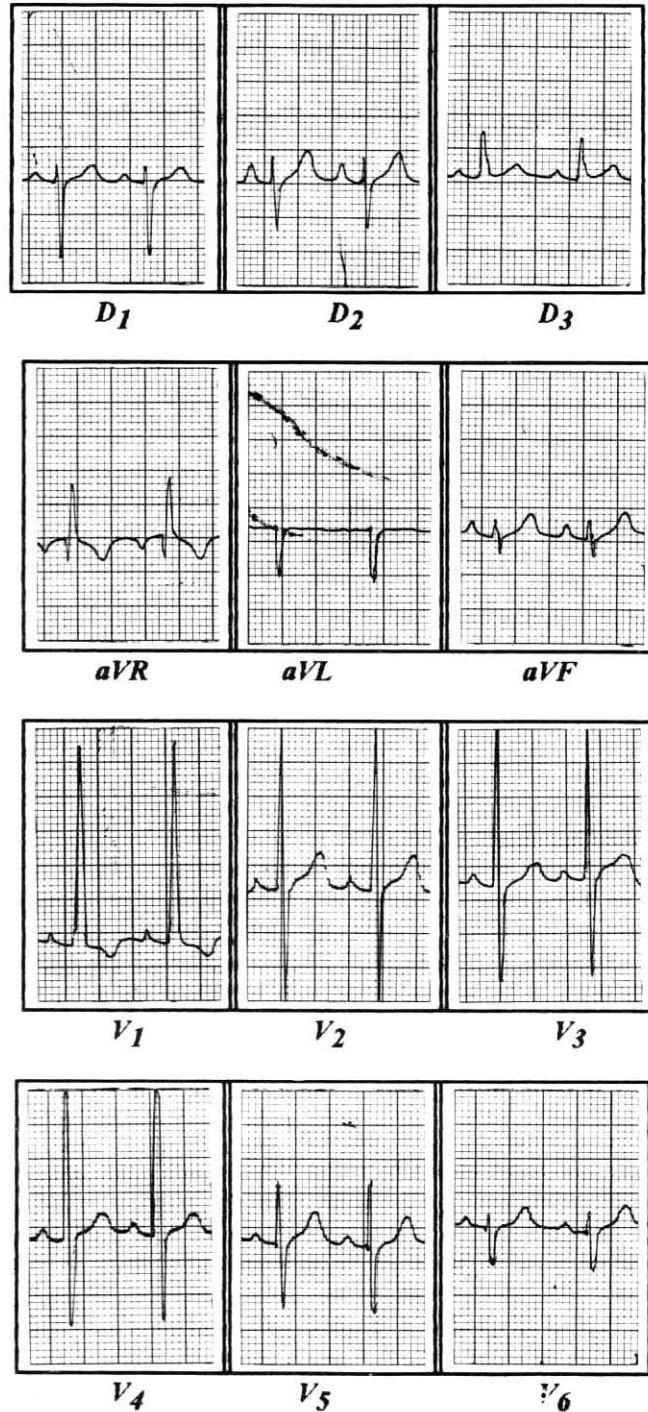


Fig 2 - Eletrocardiograma mostrando: ritmo sinusal, desvio de eixo do QRS para direita, sobrecarga atrial e ventricular direita com transição brusca de V1 - V2.

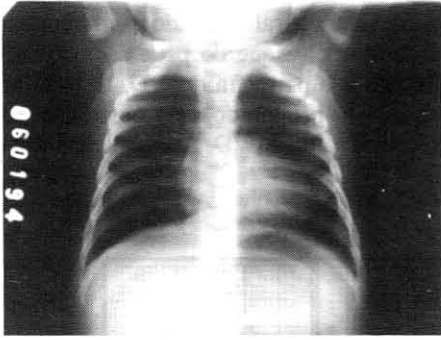


Fig.3 - Raio X de tórax. Evidencia-se aumento da área cardíaca às csutas do VD, arco médio escavado e hipofluxo pulmonar.



B = Incidência oblíqua anterior esquerda: injeção em ventrículo esquerdo mostrando comunicação inter-ventricular perimembranosa e cavalgamento aórtico

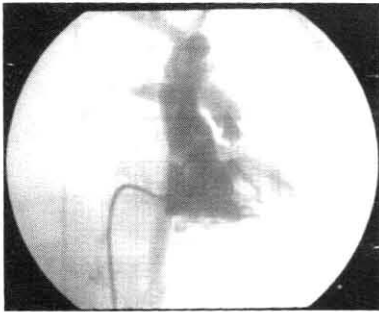


Fig. 4 - A = Incidência oblíqua anterior direita: injeção em VD mostrando hipertrofia desta câmara, estenose infundibular severa e valvula pulmonar espessada com abertura reduzida. Tronco e ramos pulmonares bem desenvolvidos.

tricular e o ritmo costumam ser normais. A segunda bulha é única, produzida pelo fechamento da valva aórtica, sendo o fechamento da pulmonar geralmente inaudível. O sopro sistólico que tem epicentro na borda esternal superior esquerda, pode ser tipo ejeção ou pansistólico, e é inversamente proporcional ao grau de obstrução da via de saída do VD. Um estalido de ejeção pode se fazer presente como resultado do fluxo sanguíneo aórtico aumentado.

O diagnóstico da TF é clínico e pode ser confirmado pelo eletrocardiograma que mostrará hipertrofia ventricular direita em graus variáveis com desvio do eixo elétrico para a direita (2,9,14), geralmente em torno de + 120 graus, mas podendo localizar-se nos segundo, terceiro, quarto e quinto sextantes de Bayley (2). A onda R é alta em VI. Ocorre, normalmente, uma transição brusca nas precordiais: da morfologia R ou Rs em VI passa-se subitamente a um padrão RS em V2, com um aumento significativo na deflexão

negativa a partir de V2 ou V3 (Fig. 2). Ao Raio X de tórax os achados são vasos pulmonares pouco desenvolvidos e não evidenciados além do terço médio dos ramos pulmonares, com hilos pouco evidentes. Entretanto, quando a circulação colateral brônquica é importante, observa-se uma trama vascular de aspecto reticulado simulando padrão normal, neste caso, a análise do hilo permite o diagnóstico diferencial (5,8,14). A área cardíaca é normal ou pouco aumentada. A silhueta cardíaca na incidência postero-anterior apresenta botão aórtico saliente, com segundo arco esquerdo frequentemente côncavo e ponta de localização acima do diafragma (coração em forma de bota) (8,10,15,16) (Fig. 3). No perfil torna-se evidente o aumento do VD. O ecocardiograma é de grande valia e deve demonstrar o defeito septal ventricular em sua parte alta com descontinuidade septo-aórtica, bem como a localização anterior, o grau de cavalgamento e o calibre aumentado da aorta. O estudo hemodinâmico deve ser realizado pré-operatoriamente em todos os pacientes, pois fornecem a morfologia da cardiopatia, estado funcional dos ventrículos, da circulação pulmonar e suas possíveis associações, para que se possa optar pelo tipo de cirurgia. A pressão média do átrio direito é normal, a pressão sistólica do VD é igual a encontrada no ventrículo esquerdo e aorta. Na artéria pulmonar obter-se-á uma pressão normal ou reduzida. O VD apresenta hipertrofia concêntrica (Fig. 4)

O prognóstico depende da adequada instituição do tratamento cirúrgico. É curta a expectativa de vida sem tratamento. Os pacientes cianóticos ao nascimento por anóxia grave fre-

quentemente não sobrevivem a primeira infância. Os doentes que se tornam cianóticos no primeiro ano de vida tem uma evolução mais leve, mas são seriamente incapacitados, enquanto aqueles que desenvolvem cianose mais tarde apresentam pouca limitação física e policitemia discreta (tétrade rosada) e apresentam apenas moderado hipofluxo pulmonar.

O tratamento clínico volta-se para a prevenção e tratamento das complicações (6,8). As crises de cianose são tratadas com oxigênio, posição genupeitoral e administração de morfina na dose de 0,1mg por kilo de peso por dose (11,14). Se a crise persistir, o metabolismo anaeróbico prolongado levará a acidose metabólica requerendo o uso de bicarbonato de sódio por via endovenosa. Beta-bloqueador endovenoso ou anestesia geral ocasionalmente podem ser necessárias (1). O propranolol, um agente bloqueador betadrenérgico, deve ser administrado por via oral com fins profiláticos na dose de 1 a 4 mg por kilo de peso por dia. A anemia ferropriva deve ser imediatamente tratada através da suplementação com ferro. Febre e outras patologias pediátricas comuns, capazes de levarem a desidratação e a possíveis complicações trombóticas também deve ser tratados imediatamente. Nos recém-nascidos gravemente cianóticos a administração de prostaglandina pode ser benéfica por manter o canal arterial aberto. Se o hematócrito atingir 70 e 75%, recomenda-se a eritroforese com plasma fresco congelado ou um colóide equivalente. (8) Outras complicações são a trombose cerebral, abscessos cerebrais e endocardite bacteriana, sendo antibioticoterapia profilática recomendada para a prevenção desta última complicação.

O tratamento básico da TF é cirúrgico (14). O tratamento eficaz tornou-se possível em 1944, quando Blaulock demonstrou que um grande benefício poderia ser alcançado através da anastomose término-lateral da artéria subclávia com o ramo da artéria pulmonar, criando um canal arterial púvio artificial. A cirurgia foi desenvolvida com a sugestão de Taussig, que havia observado uma piora nos sintomas de lactentes quando o canal arterial púvio se fechava espontaneamente. O procedimento passou a ser chamado de cirurgia de Blaulock-

Taussig. De lá para cá uma série de técnicas paliativas foram criadas, entre elas cabe citar a de Potts (1946), Brock (1948), Glenn (1958), Waterson (1962), e diferentes tipos de fistulas sistêmico-pulmonares realizadas com enxertos arteriais de material biológico ou sintético. Em geral todas estas técnicas são de dois tipos: hemodinâmico, criando um quinto defeito que aumenta o fluxo de sangue pulmonar (fistulas sistêmico-pulmonares) e anatômico, que ao ser parcialmente corretora pode ser considerada mais fisiológica (infundibulectomia de Brock) (6,14). Com o desenvolvimento da circulação extra-corpórea, a correção total tornou-se possível e foi pela primeira vez realizada em 1954, por Lillehei. (14).

Na correção completa, utiliza-se circulação extracorpórea. A técnica cirúrgica varia segundo o tipo de TF e visa a correção dos defeitos anatômicos existentes, com reparação da via de saída do VD e estenose valvar pulmonar, bem como o fechamento da comunicação inter-ventricular. A mortalidade operatória está relacionada ao tipo de anatomia e é inversamente proporcional à idade.

No pós-operatório os pacientes continuam a requerer supervisão clínica. A mortalidade pós-operatória tardia varia

de 2 a 7% após 10 a 15 anos (6). Precocemente, após a correção, é comum a ocorrência de insuficiência cardíaca direita e insuficiência respiratória. O bloqueio cardíaco transitório precoce está habitualmente relacionado à edema na região do sistema de condução atrio-ventricular proximal e é tratado através de estimulação elétrica temporária, desaparecendo nos primeiros dias após a cirurgia. Se o bloqueio cardíaco permanecer além da primeira semana estará indicado um marcapasso definitivo. A maioria dos pacientes com intolerância a exercícios no pós-operatório tardio, apresentam significantes defeitos residuais, especialmente: obstrução do VD, defeito no septo ventricular ou doença vascular pulmonar. Estenose pulmonar residual ocorre em 5 a 25% dos pacientes no pós-operatório (6). Hipoplasia da artéria pulmonar ou a oclusão trombótica podem contribuir para obstrução do fluxo valvular pulmonar e aumentar a mortalidade pós-operatória. Em lactentes a regurgitação pulmonar pode ocorrer por perda da integridade do anel pulmonar no pós-operatório de retalho do trato de refluxo ventricular direito. A curto prazo, em geral, a regurgitação pulmonar é bem tolerada mas pode exigir tratamento clínico ou prótese de valva pulmonar. Os

retalhos da via de saída do VD podem dilatar-se acentuadamente, e atingir proporções quase aneurismáticas. Uma cicatriz de ventriculostomia de grandes dimensões pode constituir um foco para taquiarritmias ventriculares. O bloqueio completo de ramo direito é quase universal. Em pacientes sem complicações as dimensões cardíacas retornam ao normal após um ou mais anos, o hematócrito cai para níveis normais e o baqueteamento geralmente desaparece no decorrer de alguns anos. Mesmo os assintomáticos podem apresentar anormalidades hemodinâmicas residuais; por esta razão o acompanhamento clínico está indicado no pós-operatório dos pacientes submetidos a correção.

CONCLUSÃO

A TF é cardiopatia congênita cianótica de hipofluxo pulmonar que apresenta acentuada morbidade. A cirurgia deve ser realizada no período pré-escolar, realizando sempre que possível a cirurgia definitiva. A expressão correção total deve ser usada com cautela, pois os pacientes continuam a requerer supervisão clínica para o resto de suas vidas. Fundamental é o diagnóstico e tratamento precoce visando a prevenção das complicações.

SUMMARY

TETRALOGY OF FALLOT - Review

The Authors present a bibliographic revision of Tetralogy of Fallot, emphasizing its pathologic findings, diagnosis, clinical therapy and surgical procedure. They conclude that Tetralogy of Fallot has a high morbidity rate and that the earliest the treatment is done, better results and prevention of complications are obtained.

BIBLIOGRAFIA

1. Braunwald, E. Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine, 4th ed. USA: Philadelphia, 1992.
2. Carneiro, EF. O Eletrocardiograma 10 Anos Depois. 2ª Ed. Rio de Janeiro, 1992.
3. Crawford, MH, Remetz, MS, Cabin, HS. Clínicas Cardiológicas, Vol. 1. 1ª ed. Rio de Janeiro, 1992.
4. Décourt, LV. Fallot e Sua Tetralogia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia SBC, São Paulo, 1991.
5. Del Nero Jr., E, Papaleo Neto, M, Moffa, PJ, Ortiz, J. Semiologia Cardiovascular Não Invasiva, 1ª ed. Rio de Janeiro, 1979.
6. Eagle, KA, Haber, E, De Sanctis, RW, Austen, WG. The Practice in Cardiology, 2ª ed. USA: Massachusetts, 1993.
7. Harrison, TR, Wilson, JD, Braunwald, E, Isselbacher, KJ, Petersdorf, RG, Martin, JB, Root, RK. Medicina Interna. 12ª ed. Rio de Janeiro, 1990.

8. Hurst, JW. O Coração, 6ª Ed. Rio de Janeiro, 1990.
9. Luna, RL, Muniz, MF. Eletrocardiografia Clínica, 1ª ed. Rio de Janeiro, 1973.
10. Magalhães, HP. Princípios de Radiologia do Coração e dos Vasos da Base, 1ª ed. São Paulo, 1980.
11. Marcondes, E. Pediatria Básica, 8ª ed. São Paulo, 1991.
12. Medeiros Sobrinho, JH, Embriologia e Taxonomia das Malformações Cardiovasculares, 1ª ed. São Paulo, 1977.
13. Nesrrala, I. Tratamento Cirúrgico das Cardiopatias, 1ª ed. São Paulo, 1980.
14. Sánchez, PA. Cardiologia Pediátrica Clínica y Cirugía. 1ª ed. España: Barcelona, 1986.
15. Schwartz, SI, Shires, GT, Spencer, FC. Princípios de Cirurgia. 5ª ed. Rio de Janeiro, 1991.
16. Wyngaarden, JB, Smith Jr., LH, Bennett, JC. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19ª ed. Rio de Janeiro, 1993.

Artigo de Revisão

Toxoplasmose Congênita*

Meir Mounzer
Ana Paula Winik
Carla C. Bandeira

RESUMO

Apresenta-se uma breve revisão de literatura sobre Toxoplasmose Congênita, enfatizando prevenção, diagnóstico clínico-laboratorial e tratamento atualmente utilizados. Conclui-se que é alta a prevalência e que seu diagnóstico na gestação é essencial para o adequado desenvolvimento do Concepto.



UNITERMOS

- Toxoplasmose Congênita
- Toxoplasmose na Gravidez
- Prevenção da Toxoplasmose

KEYWORDS

- Congenital Toxoplasmosis
- Toxoplasmosis in Pregnancy
- Prevention of Toxoplasmosis

INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma doença multissistêmica causada pelo *Toxoplasma gondii*, comum em mamíferos e aves (3,8,9). Ocorre com infecção congênita quando for consequência de infecção aguda contraída pela mãe logo antes ou durante a gestação (8).

A infecção pelo *Toxoplasma gondii* constitui a zoonose mais difundida no mundo (9), com alta prevalência sorológica, podendo atingir mais de 60% da população em determinados países (8).

No entanto, esses indivíduos são aparentemente sãos, pois são assintomáticos (8), sendo que quando essa infecção é contraída pela mãe, geralmente é insuspeita por esta e pelo médico, exceto se o teste sorológico for realizado rotineiramente (8).

A toxoplasmose atraiu interesse a partir dos anos 80 por duas razões: por ser causa de morbi-mortalidade em pacientes com SIDA e pela possibilidade de prevenção e melhoramento da sua forma congênita, principalmente nos países desenvolvidos (5).

DISCUSSÃO

Para que instale-se a toxoplasmose congênita (TXC) é necessário que a mãe esteja na fase aguda da doença ou tenha ocorrido uma reagudização da mesma, durante a gravidez. O microrganismo penetra no organismo humano por via digestiva, coloniza as células intestinais, reproduzindo-se rapidamente. Quando essas se rompem, disseminam parasitas e invadem continuamente, por via linfática ou hematogênica, o organismo como um todo, causando um parasitemia. Assim, ocorre a colonização à distância de uma víscera. A severidade clínica deste processo depende do inóculo da cepa e da resistência do hospedeiro. A

infecção induz a aparição de uma imunidade humoral imediata e celular tardia. Esse mecanismo provoca a extinção das formas zoíticas do toxoplasm; no entanto, os cistos permanecem por muitos anos ou toda a vida do paciente.

Algumas circunstâncias, como infecções agregadas a terapêutica imunossupressora, podem condicionar a reativação destes cistos que, por ruptura, extravasarão numerosos parasitas nos tecidos circunvizinhos e provocarão o desenvolvimento do granuloma.

No que diz respeito à doença adquirida, é pequeno o número de pessoas assintomáticas. Quando a Tx mostra clínica aparente, 90% dos pacientes terão linfadenopatia, 40% febre e 40% mal-estar. A linfadenopatia pode ser simétrica, generalizada, unilateral ou apenas um gânglio aumentado de volume. Esses gânglios são elásticos e indolores. Ocorre esplenomegalia em 30% dos pacientes. A febre quando existente é baixa, flutuante e prolongada. Uma minoria dos pacientes pode apresentar dor de garganta, reação maculo-papular, mialgias, artralhas, urticária e cefaléia. Apesar da maioria dos pacientes não apresentar sintomatologia ou ser leve, a doença pode tornar-se um distúrbio prolongado, muito debilitante, impedindo o paciente de exercer suas atividades habituais por

* Trabalho realizado no serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Universitário São Vicente de Paulo

semana ou meses. Em adultos imunocompetentes o acometimento de órgãos pode levar à doença significativa, envolvendo pulmões, miocárdio, fígado, pele e musculatura. A morte é evento raro.

Na doença congênita, quando a infecção ocorre tardiamente no curso da gestação ou envolver um pequeno número de parasitas, talvez o lactente não apresente manifestação clínica imediata, mas possuirá respostas humorais e celulares positivas contra o parasita. Os cistos de toxoplasma persistirão na retina, cérebro, miocárdio e/ou musculatura esquelética durante toda a vida do paciente. As manifestações clínicas que podem ocorrer subsequentemente são a coriorretinite que, geralmente, piora durante a segunda e terceira década de vida. No lactente infectado no início da gestação ou com grandes inóculos, as seqüelas clínicas podem ser severas: abortamento espontâneo, natimorto ou prematuridade, podendo o recém-nascido apresentar microcefalia, microftalmia, convulsão, microcalcificações cerebrais, retinocoroidite bilateral, exantema, linfadenopatia, pneumonite, febre ou esplenomegalia. Essas manifestações surgem logo após o nascimento ou tornam-se aparentes vários anos depois.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Pode ser baseado em testes sorológicos, histologia dos tecidos, demonstração de trofozoítas nos líquidos e tecidos do organismo ou isolamento do parasita em determinados locais (8).

Toxoplasmose Congênita é associada com parasitose materna da placenta e infecção do feto (9). A parasitemia é geralmente limitada a um período de 1 a 3 semanas. O risco de transferência materno-fetal da infecção cresce com o tempo de gestação, apesar da incidência da doença decrescer (9).

Estimações repetitivas de IgG raramente são realizadas no pré-natal como método de "screening". A medida de IgG e IgM específica dá algumas indicações do tempo de infecção.

Os títulos diminuem durante várias semanas e persistem em níveis baixos (1:16 a 1:64) durante toda a vida do paciente (8).

Os títulos no lactente podem estar aumentados por transferência passiva de anticorpos (Ac) maternos. Estudos seqüenciais durante 4 a 6 semanas

devem ser realizados no latente para determinar se os títulos estão em elevação, sugerindo que o lactente infectado está produzindo Ac ou se esses títulos estão diminuindo, sendo assim atribuíveis aos Ac passivos (8).

Presume-se que a mulher grávida, com títulos de imunofluorescência para IgG estáveis e abaixo de 1:1024, seja portadora de infecção latente crônica, adquirida antes da concepção. Um título de IgG maior que 1:1024 pode representar infecção recente, adquirida durante a gravidez, devendo nesse caso a mulher ser avaliada por imunofluorescência para IgM (9). O diagnóstico da infecção congênita é problemático (9). A IgG adquirida de forma passiva pode persistir no infante por 6 meses ou anos, dependendo do título ao nascer. A detecção de IgM no recém-nascido é relativamente insensível, sendo que sua ausência não exclui infecção congênita (10).

Patele e Cols. recomendam investigação do soro infantil com IgA por ISAGA, mas não o indicam em outras situações clínicas.

Um diagnóstico rápido de infecção congênita é necessário e há evidências de que o tratamento precoce no pós-natal pode reduzir a incidência de doença ocular anos após (9).

O tratamento da Tx deve ser individualizado de acordo com a fase da vida em que a mulher se encontra, época em que adquiriu a infecção e possibilidade do feto ser acometido.

De um modo geral, mulheres imunocompetentes que adquirem a infecção antes da gestação não precisam de tratamento, visto que traz pouco ou nenhum prejuízo à paciente (10). Essas mulheres devem ser tratadas quando houver grave comprometimento do quadro geral, sintomas prolongados, encefalite, miocardite ou uveíte (10).

Todas as mulheres gestantes devem ser tratadas, mesmo que a investigação clínico-laboratorial forneça dados inconclusivos. A incidência de infecção materna é de 0.2 a 1% (4). O objetivo do tratamento da gestante é impedir ou retardar a passagem transplacentária dos parasitas, já que a placenta funciona com reservatório desses. A chance de transmissão fetal em gestantes não tratadas é de 25% no primeiro trimestre, 54% no segundo e 65% no terceiro trimestre, sendo que nas

últimas semanas de gestação a transmissão pode chegar à 90%.

A eficácia do tratamento durante a gestação depende da realização de programas de "screening" bem conduzidos, idade gestacional em que a infecção ocorre, tempo decorrente entre a aquisição e a sua percepção, capacidade do parasita atravessar a placenta e se os parasitas já são encontrados no feto (10).

O tratamento pré-natal reduz a infecção placentária de acordo com a idade gestacional: no primeiro trimestre é reduzido de 25 para 8%, no segundo de 54 para 19% e no terceiro de 65 para 55%. Em consequência disso, o número de crianças infectadas diminui, mas o número de neonatos com infecção aparente não se modifica de maneira significativa (32 para 28%) (10).

Os fármacos administrativos no tratamento de mulheres gestantes ou não e de crianças não difere. São eles: pirimetamina, sulfadiazina e espiramicina. (4).

A pirimetamina é uma droga de ação antimalárica por excelência. Na Tx tem ação sobre a placenta e o feto. Age interferindo na incorporação do ácido para-aminobenzoico (PABA), incorporação do folato e ligando-se à enzima diidrofolato redutase, inibindo assim a redução do diidrofolato em tetraidrofolato, o qual é necessário à biossíntese das purinas, pirimidinas e certos aminoácidos (4). Essa ação manifesta-se no parasita por falha na divisão celular. É absorvida lenta, mas completamente pelo trato gastrointestinal. Pode ser acumulado no fígado, baço, rins, leite materno e líquido céfalo-raquidiano (4). A sua meia-vida é de 4 dias (10). Entre os efeitos colaterais observa-se: ser diminuição da eritropoiese, erupção cutânea, anemia megaloblástica, náuseas, vômitos e sabor desagradável. Para prevenir a supressão da medula óssea deve ser administrado ácido fólico na dose de 3 a 5 mg a cada 3 dias (4). A dose inicial de pirimetamina é de 75mg/dia sendo seguida de 25mg/dia. No lactente será de 1mg/kg/dia durante 3 dias, sendo seguida de 0,5mg/kg/dia (4). O tratamento deve ser monitorizado com hemograma e contagem de plaquetas. A Sulfonamida é uma droga derivada do ácido para-aminobenzeno, análogo estrutural e antagonista competitivo do PABA.

A sulfadiazina é o derivado da sulfonamida mais frequentemente utilizado no tratamento da Tx. As sulfonamidas agem inibindo competitivamente a enzima bacteriana responsável pela incorporação do PABA ao ácido diidropteróico, precursor do ácido fólico (4). São bem absorvidos pelo trato gastrointestinal (70 a 100%), principalmente no intestino delgado. Penetram facilmente na pleura, peritônio, olhos, placenta e feto (4). Os efeitos colaterais incluem a Síndrome de Stevens - Jonhson, cristalúria, hepatite, hipotireoidismo e trombocitopenia. Para que a cristalúria possa ser amenizada, o paciente deve ser bem hidratado e manter um débito urinário de pelo menos 1200ml/dia (4). A dose de sulfadiazina para adultos é de 1 a 1.5g/dia divididos em 4 tomadas ao dia. Para lactentes será de 100mg/kg/dia (4).

A Espiramicina é um antibiótico macrolídico que se concentra 5 vezes mais na placenta que no soro. Não apresenta capacidade de influenciar fetos já infectados, porque o nível fetal da droga é a metade do materno. Também não apresenta influência quando o parasita atinge o sistema nervoso central (SNC), visto que não penetra no líquido e não se concentra no tecido cerebral. Os efeitos colaterais mais comuns são: náuseas, vômitos e diarreia (4). As drogas para tratamento da Tx são geralmente usadas em associação com o objetivo de prevenir ou retardar o desenvolvimento de resistência a essas drogas por várias cepas (4).

O corticóide (prednisona) é utilizado em casos selecionados onde houver aumento da taxa de proteína no Líquor e/ou coriorretinite.

Os casos de doença adquirida na fase precoce da gestação e não tratados adequadamente resultam em abortamento espontâneo, natimorto ou doença neonatal severa (10). Quando adquiridas tardiamente resultam em infecção latente. Nesses casos, 85% poderão desenvolver coriorretinite, 10 a 30% diminuição da acuidade visual ou cegueira e 20 a 75% atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (1). Foi desenvolvido um programa de "screening" (2) que distingue 4 grupos de acordo com a chance de infecção do recém-nascido (RN):

a) Com certeza não há infecção IgM negativa no RN e IgG menor que

200UI/ml

Mãe adquire infecção antes de gestar

b) Com certeza há infecção: sinais maiores e menores de Tx

IgM positiva no RN

c) Provavelmente haja infecção: mãe adquire Tx na gestação

IgG igual a 200UL/ml

d) Chance baixa de infecção

IgG menor que 200 UI/ml

história materna inconclusiva

O grupo b é subdividido em:

RN assintomático, RN com sintomas menores, RN com sintomas maiores

São sintomas maiores: microcalcificações cerebrais, proteína elevada no Líquor, coriorretinite; sintomas menores: erupção cutânea, hidrocefalia, febre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, trombocitopenia, microcefalia e convulsão (2).

Existe consenso no tratamento apenas dos grupos b2 e b3. Para os grupos c e d deve ser feito profilaxia com pirimetamina e sulfadiazina adicionando-se ácido fólico (2).

No RN infectado o uso dessas drogas durante o primeiro dia de vida erradica os parasitas e previne o desenvolvimento de seqüelas tardias.

Todo o RN filho de mãe infectada na gravidez deve ser monitorizado com sorologia, ecografia transfontanelar, exame oftalmológico e neurológico a cada 3 meses durante o primeiro ano de vida (2).

Quando a sorologia materna for positiva e a IgM do RN também deve-se sempre realizar exame do Líquor para excluir aumento de proteínas.

Caso o tratamento seja instituído precocemente, 8% das crianças nascerão com infecção; desses, 10% dos nativos terão sinais clínicos de doença severa e 20% sinais clínicos ao nascer (2).

A prevenção para Txc visa alcançar três fases, sendo portanto dividida em primária, secundária e terciária. A prevenção primária é destinada à educação sanitária e visa atingir essencialmente a mulher na sua fase fértil e a gestante (10). A prevenção secundária consiste no tratamento da doença ou no término da gravidez caso o rastreamento da doença for positivo ("screening" materno). A prevenção terciária tenta limitar o dano aos RN infectados através de teste fetal ou neona-

tal e tratamento ou término da gravidez caso o rastreamento seja positivo (10).

O primeiro passo para prevenção primária da infecção na gravidez é a educação sanitária. Mulheres soronegativas em idade reprodutiva devem estar conscientes dos riscos associados à infecção. As pacientes grávidas devem seguir as seguintes recomendações: ingerir carne adequadamente cozida, lavar bem os vegetais, assim como as mãos após contato com carne crua, gatos e terra, calçar luvas quando for ao jardim e pacientes que vivem em áreas de baixo risco não devem viajar para áreas de alto risco durante a gestação (11).

Apesar das pesquisas estarem progredindo, não há perspectiva imediata de uma vacina contra o toxoplasma. Vacinas animais, no entanto, tem sido desenvolvidas (5).

Infelizmente, não é sabido como muitas infecções por toxoplasma são adquiridas. O ciclo da vida do parasita se faz principalmente através da rota oval, tanto por carne crua como mal cozida contendo cistos teciduais, ou de origem ambiental contaminando pela fase do cisto. Também há evidências de que animais infectados espalham o organismo no leite e que isto pode ser um veículo de infecção para humanos (5). Então, um programa de educação sanitária consistindo de informações sobre como evitar a infecção por toxoplasma durante a gravidez é a primeira opção para a prevenção primária.

A prevenção secundária diz respeito à um programa de terapia e vigilância sanitária consistindo em identificação e tratamento de mulheres com Tx primária aguda. Para uma doença usualmente assintomático diagnóstico deve ser realizado através de testes sorológicos no primeiro trimestre combinado à repetição destes testes em mulheres soronegativas de risco. Essa medida proporciona oportunidade diagnóstica pré-natal e intervenção terapêutica dos casos infectados. O rastreamento das gestantes consiste na determinação da medida de Ac quando a mulher grávida for portadora de infecção ativa ("screening" positivo), infecção latente (imune) ou ainda não manifesta (susceptível) (5).

Os Ac específicos IgG e IgM indicam infecção latente e recente, respectivamente. O teste de Sabin-

Feldman é uma referência aceita para Tx, dosando IgG e IgM. O teste utiliza parasitas viáveis e seu uso é limitado para laboratórios de referência (5). A validade destas provas relativas ao IgG específico para Tx ao teste é muito variável; classes de sensibilidades são publicadas de 81 a 99% e especificidade de 59 a 98% (5).

A validade dos testes de IgM são de limitada validade e, além do mais, IgM específica para Tx pode persistir em baixos títulos muitos meses após a infecção aguda. Outros Ac específicos tem sido testados, por exemplo, IgA e IgE, porém ainda não foram avaliados adequadamente por estudo de "screening". Vários argumentos falam a favor e contra

o "screening" pré-natal para Tx. Os aspectos favoráveis a um "screening" positivo é a intervenção com quimioterápicos ou o aborto em países onde a prática é permitida por lei. A terapia química ajuda a prevenir a morte, o quadro congênito da doença e o trauma mental e social acarretados pela doença (5, 12).

Os argumentos contra o "screening" pré-natal esbarram em aspectos éticos e devem ser debatidos por profissionais médicos e populares.

A prevenção terciária parte da premissa de que o diagnóstico e tratamento precoce de neonatos infectados poderiam minorar ou prevenir o risco de seqüelas (5). Recém-nascidos

sorologicamente positivos, identificados por testes pré ou pós-natais, seriam tratados com pirimetamina, sulfonamida e ácido fólico até o primeiro ano de vida (5). No entanto, essa abordagem necessita de maior avaliação com programas de "follow-up" dos indivíduos recrutados (5).

CONCLUSÃO

Conclui-se que toxoplasmose é uma doença de alta prevalência, que necessita de diagnóstico laboratorial preciso e de informações adequadas sobre prevenção, visando minorar suas conseqüências neonatais e sociais acarretadas pelo quadro congênito.

SUMMARY

CONGENITAL TOXOPLASMOSIS

The authors present a review of Congenital Toxoplasmosis, emphasizing prevention, clinical and laboratorial diagnosis and treatment presently used. The conclusion is that the pathology shows high prevention and that its diagnosis in pregnancy is essential to adequate development of the concept.

BIBLIOGRAFIA

- Benson, R.C. Complicações Clínicas e Cirúrgicas Durante a Gravidez. Manual de Ginecologia e Obstetria; 7^o ed. Rio de Janeiro, 1981; p. 338-339.
- Berger, R., Stürchler, D., Rudin, C. Cord Blood Screening for Congenital Toxoplasmosis: Detection and Treatment of Asymptomatic Newborns in Basel, Switzerland. Scand J Infect Dis Suppl, 1992; 84:46-50.
- Dupouy - Camet, J., Bougnoux, M.E., Souza, E.L., Thulliez, P., Dommergues, M., Comparative Value of Polimerase Chain Reaction and Conventional Biological Tests for the Prenatal Diagnosis of Toxoplasmosis. Ann Biol. Clin. 1992; 50:315-319.
- Goodman e Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 7^o ed. 718 - 724 e 679 - 681, 1987.
- Hall, S.M.; Regular Review: Congenital Toxoplasmosis. BMJ 1992; 305:291-297.
- Henri, T., Jacques, S., Rene, L. Twenty-two Years Screening for Toxoplasmosis in Pregnancy: Liege - Belgium. Scand J Infect Dis Suppl. 1992; 84:84-85.
- Lebech, M., Petersen, E., Neonatal Screening for Congenital Toxoplasmosis in Denmark: Presentation of the Design of a Prospective Study. Scand J Infect Dis - Suppl 1992; 84:75-79.
- Masur, H. Toxoplasmosis in Wyngaarden, J.B., Smith, L.H. Tratado de Medicina Interna. 19^o ed. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 1993. Vol 2, cap. 428, p 2029 - 2033.
- Neves, U., Toxoplasma gondii. In: Neves D.P. Parasitologia Human 7^o ed. Rio de Janeiro, Atheneu 1988, cap. 16 p. 143-154.
- Patel, B. et al Immunoglobulin - A Detection and the Investigation of Clinical Toxoplasmosis. J Med. Microbiol 1993; 38:286-292.
- Stray - Pedersen, B. Treatment of Toxoplasmosis in the Pregnant Mothers and Newborn Child. Scand J Infect Dis - Suppl 1992 84:23 - 31.
- Stray - Pedersen, B., Jenun, P. Economic Evolution of Preventive Programs Against Congenital Toxoplasmosis. Scand J Infect Dis - Suppl 1992; 84:86-96.

Relato de Caso

Tratamento Cirúrgico da Hipertensão *

Gilberto Tubino da Silva
 Claudiomar Z. de Oliveira
 Paulo Manfré
 Ricardo Falleiro
 Clebes Fagundes
 Luís C. Pfluck
 Ricardo Hoppen
 Hamilton S. Cé

RESUMO

Relata-se um caso de Hipertensão Renovascular devido a displasia fibromuscular da artéria renal em uma mulher de 45 anos com hipertensão há 24 anos. Verificou-se um sopro sistólico em região abdominal superior direita. A investigação constou de exames laboratoriais, ultra-sonografia abdominal, urografia excretora, cintilografia renal e arteriografia renal. Optou-se pelo tratamento cirúrgico, obtendo-se a normalização dos níveis pressóricos, com boa evolução clínica. Comenta-se a rotina de investigação, prognóstico e técnica cirúrgica.



UNITERMOS

- Hipertensão Renovascular
- Aneurisma da Artéria Renal
- Displasia Fibromuscular
- Obstrução da Artéria Renal

KEYWORDS

- Renovascular Hypertension
- Renal Artery Aneurism
- Fibromuscular Dysplasia
- Kidney Artery Obstruction

INTRODUÇÃO

A hipertensão renovascular representa importante entidade clínica por afetar 2 a 4% da população de hipertensos graves, a ser passíveis de cura ou melhora acentuada com tratamento cirúrgico (1,3,6).

A etiologia da hipertensão renovascular está relacionada com lesões

estenosantes das artérias renais decorrentes de aterosclerose, displasia fibromuscular, arterite primária da aorta, traumatismos, compressões extrínsecas, hipoplasia da aorta abdominal e transplante renal (5).

A displasia fibromuscular apresenta-se como um grupo heterogêneo de lesões caracterizadas por espessamento fibroso ou fibromuscular da média e pode envolver a íntima e a adventícia da artéria. Essas lesões são, portanto, subclassificadas em hiperplasia da íntima, da média e da adventícia, sendo que o tipo referente a média é, de longe, o mais comum. (4, 7, 10)

O início da terapêutica cirúrgica da hipertensão renovascular ocorreu com a cura de um paciente submetido à nefrectomia por Leadbetter e Burckano em 1938 e, com o sucesso da endarterectomia praticada por Freeman e Cols, em 1954, técnicas que aplicadas liberalmente comprovaram a possibilidade de reversão do estado hipertensivo (2,5, 13).

RELATO DE CASO

M.N.C, 45 anos, feminina, branca, com história de hipertensão arte-

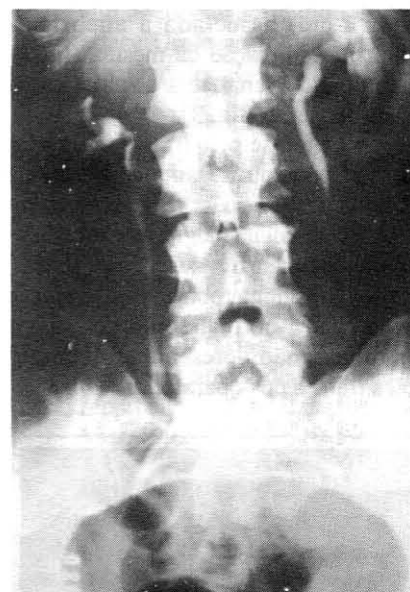


Fig. 1

rial desde os 21 anos de idade. No decorrer dos últimos 8 meses apresentou episódios de crise hipertensiva intensos. Referia também história familiar de hipertensão. Ao exame físico mostrava-se em regular estado geral, peso 50Kg, medindo 1,65m, P.A.: 190/140 mmHg, com sopro sistólico

* Trabalho realizado na disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular da Faculdade de Medicina - UPF e Hospital Universitário São Vicente de Paulo, Passo Fundo - RS.

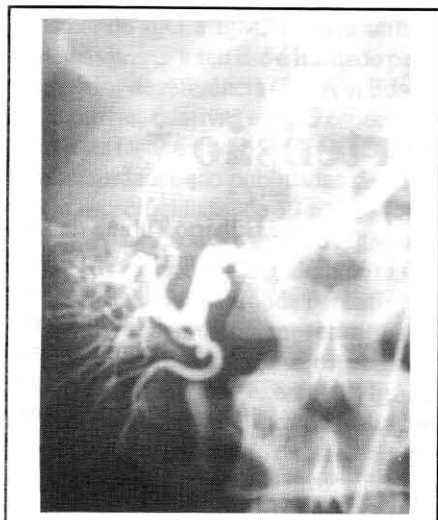


Fig. 2

em região abdominal superior direita. O exame de fundo de olho e os demais exames clínicos não apresentaram anormalidades.

A investigação constou de exames laboratoriais, ultrassonografia abdominal e urografia excretora, que não apresentaram alterações significativas (fig. 1). A arteriografia abdominal mostrou displasia fibromuscular da artéria renal direita (com lesão de aproximadamente 3 cm) associada à aneurisma sacular na bifurcação da mesma (fig. 2), e à cintilografia renal, retardo na captação em rim esquerdo (fig. 3).

Optou-se pelo tratamento cirúrgico que constou de aneurismectomia associada a um by-pass reverso aorto-renal com veia safena magna, conservando-se a artéria renal (fig. 4 e 5).

A paciente obteve boa evolução clínica com a normalização dos níveis pressóricos, não apresentando complicações trans e pós-operatórias.

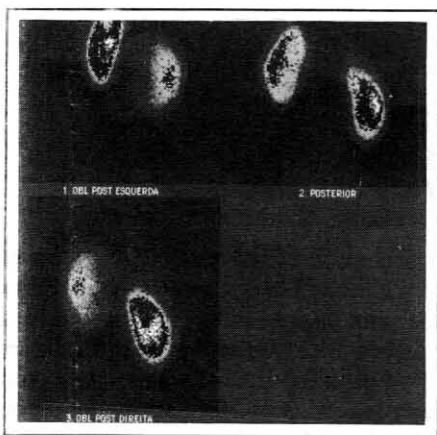


Fig. 3



Fig. 4

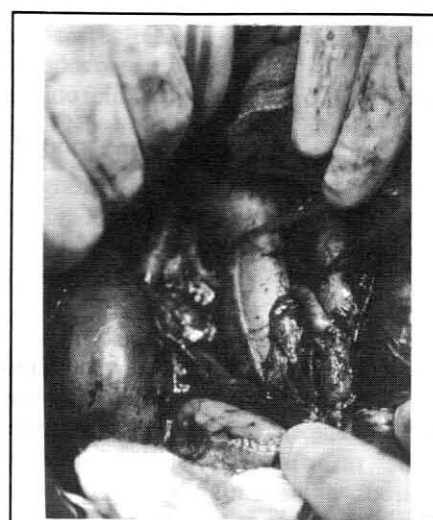


Fig. 5

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A displasia fibromuscular é mais comum em mulheres e tende a ocorrer nas faixas etárias mais baixas (entre a terceira e quarta décadas de vida). (5,10,11,12)

A patogenia da displasia é desconhecida. Independentemente da etiologia da lesão vascular presente, a consequente diminuição da pressão de perfusão do rim estimula o sistema hormonal renina-angiotensina-aldosterona que, por sua vez, induz a hipertensão arterial. (9,10,13)

Simon e cols, em uma série de 175 pacientes com hipertensão renovascular, firmaram os seguintes parâmetros em relação a displasia fibromuscular: 14% dos indivíduos acometidos estavam abaixo dos 20 anos, 5% acima dos 50 anos e 81% entre 20 e 50 anos no momento da hipertensão. A aceleração da hipertensão foi observada em 14%. Em relação ao peso corporal 11% eram obesos, 30% eram magros. Alterações no fundo de olho ocorreram em 10%. A presença de sopro abdominal foi encontrada em 57% (5).

Os testes de rastreamento da hipertensão renovascular incluem: ultrassonografia abdominal, renografia com captopril e rastreamento farmacológico. A ultra-sonografia abdominal é um meio barato e não invasivo de se avaliar o tamanho renal e a anatomia ureteral. A renografia com captopril fornece um índice indireto da VFG ou do fluxo plasmático renal estimado. O rastreamento farmacológico com um inibidor da ECA é um meio sensível mas não muito específico (8).

A estenose numa artéria renal pode proteger esse rim dos efeitos prejudiciais da hipertensão, enquanto o outro rim permanece hipertenso. Assim, o rim isquêmico pode ser afinal, o melhor dos dois (12), sendo o que ocorreu, realmente, no caso em discussão.

O diagnóstico de estenose da artéria renal funcional significativa, tem sido feito através da angiografia renal seletiva. Esta define a anatomia da artéria renal estenótica, informação necessária para se planejar a abordagem para revascularização. (5, 8, 12)

O tratamento cirúrgico envolve a angioplastia transluminal percutânea, a nefrectomia, a nefrectomia parcial e ressecções localizadas com a ligadura de artérias polares em casos limitados. Mas a real cirurgia para tratamento da hipertensão renovascular é representada pela cirurgia arterial direta, que de uma



Fig. 6

forma abrangente é a endarterectomia e as derivações arteriais. Entre as derivações arteriais, a mais comum é a aorto-renal e o substituto vascular empregado com maior frequência tem sido a veia safena (2,4,9,13).

O tratamento clínico é usado mais freqüentemente nos pacientes idosos com artéria renal aterosclerótica e franca doença vascular extra-renal; em jovens

com doença fibromuscular a indicação cirúrgica é proeminente. (1,10)

A angioplastia transluminal percutânea é indicada naqueles pacientes com lesões anatomicamente limitadas com bons resultados. No caso em discussão devido ao aneurisma sacular ao nível da bifurcação da artéria renal (risco de liberação de trombos e ruptura do aneurisma) não foi realizada angioplastia

transluminal. (5, 7, 11)

O objetivo primário do tratamento cirúrgico é a cura ou a melhora da hipertensão, sendo que a taxa de cura para displasia fibromuscular após cirurgia é de 90% e a evolução clínica tardia (20 anos), por derivação aorto-renal (6), tem demonstrado a validade do tratamento cirúrgico.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF HYPERTENSION - Case Report

The authors report a case of renovascular hypertension in a 45 year-old woman whose main clinical finding was a systemic arterial hypertension. Clinical investigation lead to the diagnosis of fibromuscular dysplasia of the renal artery. The patient was submitted to a surgical procedure and at short-term follow-up, the normalization of the blood pressure levels was observed. The authors also comment about the steps of the clinical investigation, prognosis and also present the surgical technique.

BIBLIOGRAFIA

- Bergentz, SE. Natural history of renal artery stenosis. *Ann Chir Gynecol* 1992. 81(2):98-102
- Bergentz, SE; Bergkvist, D. Optimal reconstruction of the renal arteries. *Ann Vasc Surg* 1990. 555:227-235.
- Brekke, IB; Jakobsen, A. Fibro-muscular renal artery disease treated by extracorporeal vascular reconstruction and reanal autotransplantation: short and long terms result. *Eu J Vasc. Surg* 1992. 6 (5): 471-6
- Hupp; Clorius, JH; Allenberf, Jr. Surgery for renal artery aneurysm (letter)*Eur J Vasc Surg* 1993. 7(3): 359.
- Maffei, F.H et all. Hipertensão renovascular. Doenças vasculares periféricas. *Medic. científic.* 1987. 24 403-414
- Ogden, CW; Jackson, JE. The Klippel - Trenaunay syndrome associated with renal artery aneurysm. *Br J Urol* 1993. 71 (5): 617-8
- Oparil, S. *Tratado de Medicina Interna* 19º ed. Guanabara Koogan, 1993. 44-259-274
- Perella, RR. Renal transplantation of sonography. *Urol Radiol* 1992, 14(1): 43-8
- Robbins, *Patologia estrutural e funcional. Doenças dos vasos sanguíneos.* 4º ed. Guanabara Koogan, 1989, 21,875-881
- Siegelbaum, MH; Wei JP. Renal infarction secondary to dysplasia and aneurysm formation of renal artery. *Urology* 1990. 35 (1): 73-5
- Smith Donald, R. *Urologia Geral.* Guanabarra Koogan, 1985. 34, 526-533
- Stansby, GP; Hilson, AJ; Hamilton, G. Renovascular hypertension secondary to renal artery aneurysm detected by captopril-renography. *Eur J Vasc. Surg.* 1991. 5(3): 343-6
- Veeckman, P; Voos, EU. Spontaneous renal artery dissection. Case report and rewiem of the literature. *Vasa* 1992. 21 (3): 310-5.

Relato de Caso**Adenoma Microcístico de Pâncreas ***

Rubens H. O. Fernandes
Sergio Pioner
Roger Weingartner
Leandro Dias
Moacir R. Carvalho F^o

RESUMO

O adenoma microcístico de pâncreas é uma doença rara, de comportamento benigno e associado à neoplasias de outros órgãos. Os autores relatam um caso dessa patologia, associada à câncer de cólon e mama.

UNITERMOS

- Adenoma microcístico de pâncreas
- Adenoma
- Neoplasias pancreáticas benignas.
- Pancreatopatias
- Cisto Pancreático

KEYWORDS

- Pancreatic microcystic adenoma
- Adenoma
- Benign pancreatic neoplasms
- Pancreatopathies
- Pancreatic Cist

INTRODUÇÃO

As lesões císticas do pâncreas são de ocorrência incomum (1,9), sendo que cistos não-neoplásicos representam mais de 90% dos cistos pancreáticos (1,8). A neoplasia cística do pâncreas, conhecida desde 1824, representa aproximadamente 10-15% dos cistos de pâncreas (3,4,8) e 1% das neoplasias do pâncreas (3,4,5). Com a classificação atual, datada de 1978,

de Compagno e Oertel (2), que classifica as neoplasias císticas pancreáticas em adenoma microcístico de pâncreas (também chamado cistadenoma seroso) e o cistadenoma mucinoso, há um melhor entendimento das características que distinguem essas lesões císticas tumorais.

O adenoma microcístico de pâncreas tem comportamento benigno e características peculiares e bem definidas ao estudo anátomo-patológico, porém apresenta dificuldades para o seu diagnóstico e conduta terapêutica, representando um desafio para a medicina moderna.

Os autores relatam um caso de uma paciente com adenoma microcístico de pâncreas associado com neoplasia de cólon e mama.

RELATO DE CASO

I.P.A., 77 anos, feminina, veio à emergência da ISCMPA com quadro clínico de suboclusão intestinal. A investigação apresentava história de enterorragia, dor em baixo ventre, emagrecimento e constipação há um ano. Havia realizado ecografia abdominal que mostrou uma lesão em cauda do pâncreas

sugestivo de adenoma microcístico. A colonoscopia revelou estenose de cólon descendente por lesão neoplásica, confirmada pela biópsia. Procedeu-se a colectomia esquerda e ressecção de massa retroperitoneal encontrada no transoperatório junto à cauda do pâncreas. O estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica firmou o diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e adenoma microcístico de pâncreas; esse media 7,5 cm no maior diâmetro, de aspecto esponjoso e com múltiplos cistos cobertos por epitélio plano e raras ilhotas à microscopia (Fig. 1 e 2). No pós-operatório a paciente evoluiu com íleo adinâmico, insuficiência respiratória, que culminou com o óbito no 27^a dia por sépsis. Além das patologias apresentadas, a paciente vinha em investigação por apresentar punção-biópsia aspirativa positiva para adenocarcinoma de mama.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Uma pequena fração de cistos pancreáticos são neoplásicos. A maioria das lesões císticas do pâncreas é representada pelo pseudocisto, que é uma

* Trabalho realizado na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Serviços de Medicina Interna) Cirurgia Geral e Patologia (FFCMPA).

coleção de secreções pancreáticas sem revestimento epitelial e de origem inflamatória ou traumática. (3) Diferentemente o adenoma microcístico de pâncreas (AMP) é um tumor cístico de curso benigno, crescimento lento e de grande dimensão, em média 10,8 cm de diâmetro, constituído de inúmeros cistos revestidos por pequenas células epiteliais cubóides ou planificadas, contendo em seu

pacientes com suspeita de neoplasia cística do pâncreas. No passado, a angiografia despontava, sugerindo a natureza hipervascular do tumor (7). A ultrasonografia e a tomografia computadorizada (TC) representam os exames complementares de eleição(5). Devido à ausência de cápsula bem desenvolvida, o AMP tende a aparecer pobremente demarcado tanto na ecografia quanto na

pielografia intravenosa, mas não fazem diagnóstico de AMP (3,5).

Exames laboratoriais não são úteis para o diagnóstico da lesão, entretanto a amilase sérica está bem elevada no pseudocisto pancreático (50-75% dos casos) e normal no cisto neoplásico (5).

O exame citológico do fluido pode identificar a presença de células tumorais, mas é pouco sensível.(8) A biópsia por congelamento só tem valor quando positiva para cisto neoplásico (8).

A análise macro e microscópica da peça operatória atribui ao AMP característica peculiar e de fácil identificação. O aspecto de esponja ao corte com uma única característica microscópica típica é diagnóstico do AMP, entretanto múltiplas secções devem ser feitas em tumor mucinoso na pesquisa de doença maligna (1).

Ao exame microscópico observa-se paredes revestidas por epitélio simples cuboidal ou planificado, rico em glicogênio e focos de calcificação. Um grande suprimento de sangue também pode ser visto com grandes vasos associados ao tumor, bem como uma rica rede vascular adjacente ao microcisto, explicando o padrão hipervascular angiográfico e as eventuais hemorragias (2). A presença de ilhas pancreáticas e

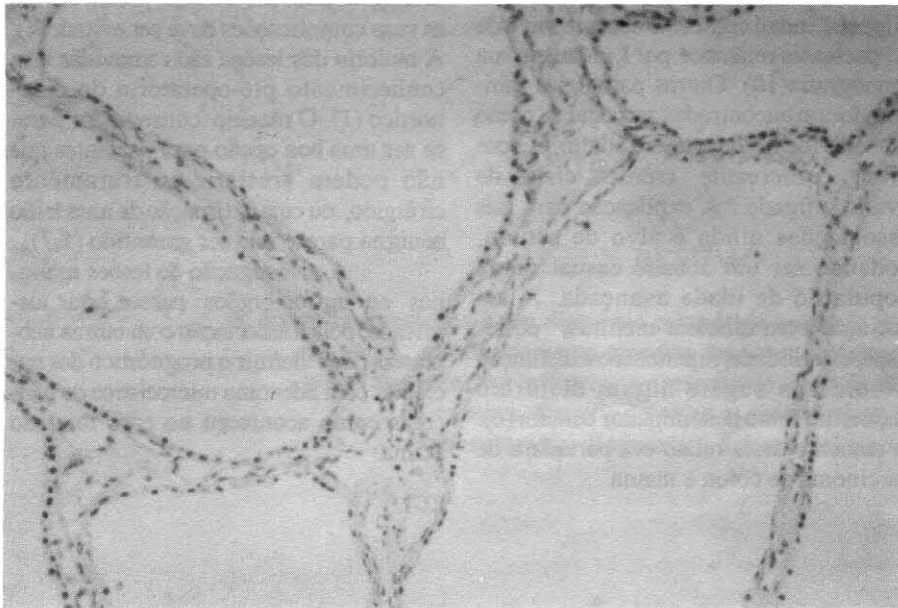


Fig. 1 - Aspecto microscópico do adenoma microcístico mostrando os múltiplos cistos cobertos por epitélio plano.

citoplasma glicogênio e nenhuma ou pouca quantidade de mucina (4). A sintomatologia mais comumente presente é inespecífica, de início insidioso, caracterizando-se por uma vaga dor abdominal ou desconforto, com ou sem dor lombar associada(4). Outros sinais e sintomas podem ser encontrados como perda de peso, massa abdominal palpável, anorexia e icterícia (2,4,5,6). No caso referido a paciente procurou o serviço apresentando quadro de suboclusão intestinal e história de emagrecimento e enterorragia que também estão relatados como apresentação clínica do AMP(2), porém neste caso havia uma patologia intestinal como causadora dos sintomas.

O AMP acomete mais frequentemente o sexo feminino (5,6,7,9) e de idade avançada (em média de 62 anos), mas pacientes na quarta década de vida já foram relatados (2).

O diagnóstico pela história e quadro clínico é praticamente impossível, deixando aos exames de radio-imagem o principal papel na investigação dos

TC (entretanto a demarcação pode ser mostrada pela TC com contraste suficientemente aumentado). A ecografia é geralmente superior em detectar a arquitetura interna, enquanto a TC permite uma melhor apreciação de calcificações, do órgão de origem, da vascularização e relação com estruturas adjacentes (3,5). A TC mostra a imagem de uma massa multicística que, frequentemente, tem uma cicatriz estrelar com faixas radiadas de tecido conjuntivo e um centro calcificado. A biópsia percutânea, segundo Torres-Barrera (7), com auxílio da TC pode oferecer material suficiente para descartar malignidade em mais de 85% dos casos. A radiografia convencional pode ser útil quando existe calcificação demonstrável, especialmente num padrão chamado "sunburst" (2).

Exames que evidenciam deslocamento e compressão extrínseca de órgãos adjacentes também podem ser úteis, como colangiografia endoscópica retrógrada, enema baritado, exame contrastado de estômago e duodeno e



Fig. 2 - Ilhotas de Langerhans no tecido pericístico

estruturas acinares atroficas ou ductais presas dentro do tecido conjuntivo periférico destes tumores ou dentro do próprio tumor provavelmente não reflete somente sua origem do pâncreas, mas também seu crescimento lento. A ausência quase completa de papilas tanto macro quanto microscopicamente representa uma das características que diferenciam o AMP de outras neoplasias com potencial maligno. Outra importante característica é a presença de glicogênio intra-citoplasmático em quantidade

considerável e pouca ou nenhuma mucina (1,2,9).

A histogênese deste tumor não está bem esclarecida, porém no trabalho realizado por Alpert e cols. (1) ficou concluído que a célula centro-acinar é a célula de origem. A ausência de células colunares formadoras de mucina no AMP sugere que os grandes cistos do pâncreas não estão relacionados à origem destes tumores. A relação destes tumores com a célula centro-acinar fetal tem sido proposta, mas permanece não comprovada (2).

O AMP pode ocorrer em qualquer local do pâncreas; entretanto, a localização mais frequente corresponde ao corpo e cauda, sendo que nos 34 casos estudados por Compagno (2) apenas 10 localizavam-se na cabeça do órgão. No presente caso o tumor estava localizado na cauda do pâncreas.

Outras patologias têm sido associadas com AMP; as mais comumente descritas são neoplasias malignas de outros órgãos. Em um dos casos estudados por Torres-Barrera foi

encontrado adenocarcinoma do cólon (7). No estudo de 34 casos de Compagno(2) 2 tinham adenocarcinoma de cólon, 1 com carcinoma papilar da tireóide, 1 com carcinoma de pulmão, 1 com carcinoma anaplásico da tireóide e 1 achado incidental por autópsia com carcinoma de célula renal bilateral. Há uma provável predisposição na ocorrência de adenoma microcístico nos casos de síndrome de von Hippel-Lindau conforme ocorreu em 8 de 15 pacientes relatados por Lindau em sua monografia(10). Outras patologias também foram encontradas associadas, como diabetes mellitus de início adulto, cirrose biliar, pancreatite crônica, cistos de ovário e fígado. A explicação para tais associações ainda é alvo de estudo, podendo ser um achado casual numa população de idade avançada. A associação com diabetes mellitus, obesidade, esterilidade, hipertensão e disfunção tireoidiana sugere algum distúrbio endócrino como denominador comum (6). A paciente deste relato era portadora de carcinoma de cólon e mama.

A terapêutica mais adequada tem sido a cirúrgica (9), objetivando evitar as complicações do crescimento tumoral. Alguns autores sustentam a idéia de tratamento cirúrgico radical, mesmo dos grandes tumores císticos malignos com uma expectativa de que 68% dos pacientes sobrevivam 5 anos após a cirurgia (2). Nas lesões irremediáveis o procedimento de drenagem pode ser tentado, porém devido as suas complicações deve ser evitado(4). A maioria das lesões são removidas sem conhecimento pré-operatório do diagnóstico (1). O manejo conservador parece ser uma boa opção para pacientes que não podem resistir ao tratamento cirúrgico, ou cuja extirpação de uma lesão benigna parece não ser garantido (1,7).

A investigação de lesões malignas em outros órgãos parece estar justificada, pois a associação com outras neoplasias pode definir o prognóstico dos pacientes com adenoma microcístico de pâncreas como aconteceu no caso relatado acima.

SUMMARY

PANCREATIC MICROCYSTIC ADENOMA - Case Report

Pancreatic microcystic adenoma is a rare disease, with benign tendency and have relation to neoplasms of others organs.

The authors show a case of this pathology related with colon and breast cancer.

BIBLIOGRAFIA

1. Albert, L.C. et alli. Microcystic Adenoma (serous cystadenoma) of the Pancreas. *The American Journal of Surgical Pathology*. 12:251-263, 1988.
2. Compagno, J. & Oertel, J.E. Microcystic Adenomas of the Pancreas (glycogen-rich cystadenomas). A clinicopathologic study of 35 cases. *Am. J. Clin. Pathol.* 69:289-298, 1978.
3. Friedman, AC, et alli. Cystic Neoplasm of the Pancreas. *Radiological-Pathological Correlation*. *Radiology*. 149:45-50, 1983.
4. Kerlin, DL, et alli. Cystic Neoplasms of the Pancreas. *Surg. Gynecol. & Obst.* 165:475-478, 1987.
5. Remine, SG, et alli. Cystic Neoplasms of the Pancreas. *Arch. Surg.* 122:443-446, 1987.
6. Soloway, HB, *Constitutional Abnormalities Associated with Pancreatic Cystadenomas*. *Cancer*. 18:1297-1300, 1965.
7. Torres-Barrera, G. et alli. Microcystic Adenoma of the Pancreas. *Dig. Dis. and Scien.* 32:454-458, 1987.
8. Warshaw AL, & Rutledge, P.L. Cystic Tumors Mistaken for Pancreatic Pseudocysts. *Ann. Surg.* 205:393-398, 1987.
9. Yamaguchi, K. & Enjoji, M. Cystic Neoplasms of the Pancreas. *Gastroenterology*. 92:1934-43, 1987.
10. Pattner, D. & Warshaw, A. Pancreatic Cysts, Pseudocysts and Fistulae. In: Schwartz, S.I. & Ellis, H. *Maingot's Abdominal Operations*, 9th., Norwalk, Appleton & Lange. 1989, vol. II, pp.1567-82.

Relato de Caso

Distrofia Muscular Miotônica*



Elói M. Domingues
 Evandro L. Grützmacher
 Ranulfo Goldschmidt
 Paulo H. Z. Coppini

RESUMO

A distrofia miotônica é um distúrbio miopático herdado de forma dominante que, em geral, manifesta-se na terceira ou quarta década de vida, embora possa aparecer na infância. Apresenta-se caso de Distrofia Muscular Miotônica, discutindo-se as características clínicas e laboratoriais, diagnóstico diferencial e evolução.

UNITERMOS

- Atrofia Muscular
- Distrofia Muscular
- Miotonia Atrófica
- Doença de Steinert

KEYWORDS

- Muscular Atrophy
- Muscular Dystrophy
- Atrophic Myotonia
- Steinert's Disease

INTRODUÇÃO

As primeiras descrições da Distrofia Miotônica foram feitas por Steinert, em 1909; mas, foram Batten e Gibb, no mesmo ano, que reconheceram-na como entidade clínica separada. Caracterizada por herança autossômica dominante de penetrância variável, atrofia

muscular associada à miotonia e alterações distróficas de tecidos não musculares (visão, testículos, ...). Juntamente com a forma Pseudo-hipertrófica de Duchenne, correspondem às mais frequentes formas de distrofia muscular (miopatia).

RELATO DE CASO

O. H., masculino, branco, 40 anos, procedente da região de Passo Fundo, com queixa de fraqueza em membros superiores e inferiores, dificuldade de movimentar braços e punhos, que instalou-se progressivamente há cerca de três anos; acompanhado de alterações na fala, movimentos mastigatórios e na deglutição. Nega história familiar semelhante. Ao exame físico observa-se fasciculações musculares, amiotrofias (esternocleidomastoideus, temporais e músculos da face, especialmente), fáceis miopático (alopécia frontal), tetraparesia grau IV, arreflexia profunda generalizada, com reflexo cutâneo-abdominal presente, miotonia nas mãos, sensibilidade preservada e pares cranianos normais.

Os exames complementares

realizados foram o estudo eletromiográfico que evidenciou miopatia inespecífica, dosagens de creatinoquinase (CPK) = 53 U.I./l, lactado desidrogenase (LDH) = 308 U.I./l, tri-iodotironina (T3), tiroxina (T4) e TSH normais. Exames laboratoriais de rotina e líquido normais. Eletrocardiograma e radiografia de tórax sem particularidades. O estudo anatomopatológico (biópsia de gastrocnêmio) foi negativo para alterações neuropáticas e inflamatórias.

Diante dos achados clínico-laboratoriais de distrofia miotônica, iniciou-se tratamento com difenilhidantoína e orientação fisiátrica.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A Distrofia Muscular Miotônica é uma miopatia que acomete principalmente indivíduos na terceira ou quarta década de vida, mas existem casos relatados de crianças com achados característicos da doença. São aspectos importantes a fraqueza e perda de massa muscular progressiva. O acometimento muscular é predominantemente distal, com atrofia de pequenos músculos da

* Trabalho realizado no Ambulatório de Neurologia da Faculdade de Medicina - UPF, sob orientação do Prof. César A. Pires.

mão, extensores do antebraço e pré-tibiais. O processo distrófico dos músculos da face confere ao paciente um fâcies mio-pático característico (Figura 1). Ocorre ptose palpebral por atrofia dos músculos elevadores das pálpebras; problemas de má-oclusão dentária surgem decorrentes



Figura 1 - Aspecto facial característico da doença de Steinert (Floppy Face).

da atrofia dos masséteres. Pode-se observar alopecia frontal em idade precoce. Na região cervical encontra-se importante atrofia dos esternocleidomastoideus (Figura 2). O comprometimento faringolaríngeal resulta em voz anasalada. (1,3,4,6,8).

Na Miotonia, que ocorre por alterações ao nível de membrana da fibra muscular, temos um retardo no relaxamento dos músculos afetados após uma contração voluntária, conferindo rigidez muscular (Figura 3). A Miotonia não tem relação direta com a distrofia, ou seja, os músculos acometidos por miotonia raramente são débeis e atróficos (língua, flexores dos dedos). Ao exame físico tem-se dificuldade de relaxamento das mãos depois de uma preensão persistente. Os reflexos tendíneos estão abolidos ou reduzidos; podem ser observadas contraturas musculares. (3,8).

São achados citados em literatura a dilatação do esôfago, por atrofia da musculatura estriada proximal, megacólon, bronquite crônica e bronquiectasias, por hipoventilação alveolar decorrente de comprometimento do diafragma. Alterações cardíacas relatadas são bradicardias, podendo evoluir para o uso de marca-passo, prolapso de válvula mitral e disfunção ventricular esquerda, podendo originar morte súbita. Os casos de diminuição da acuidade visual são devidos à opacificação do sistema lenticular. A deficiência androgênica pode ocasionar, em graus variáveis, atrofia testicular, redução da libido, impotência e infertilidade. O Diabete Mellitus é citado

como outra alteração endócrina relacionada à doença, porém não foram encontrados alterações laboratoriais de glicemia no paciente em questão. (4,6,8)

A inteligência pode ser comprometida em graus variáveis; estudos da literatura mostram que em alguns pa-



Figura 2 - Atrofia muscular cervical (marcadamente esternocleidomastoideus).

cientes encontrou-se um volume cerebral reduzido em relação à indivíduos de idade similar. Por ser a doença de origem hereditária, decorrente das alterações de um gen de caráter dominante e penetrância variável, são observados uma grande diversidade de expressões clínicas da doença. (1,3,8).

Com o processo evolutivo da doença, independentemente da terapêutica instituída, os pacientes tornam-se confinados à cadeira de rodas ou ao leito, e a morte é usualmente prematura e oriunda de processo infeccioso pulmonar ou por falência cardíaca. (1,3,4).

Com relação à conduta investigatória, a pesquisa através de imagens não demonstra ser útil. No estudo tomográfico do crânio-encéfalo podem ser observados achados inespecíficos como hiperostose dos ossos frontais e calcificação dos gânglios da base. (1,8).

Aos estudos eletrodiagnósticos, em especial a eletromiografia revela pequenos potenciais de ação anômalos durante a contração voluntária e descargas miotônicas podem ser detectadas, dependendo do músculo investigado. Auxilia significativamente no diagnóstico diferencial de neuropatias e alterações da junção neuro-muscular. (3,6,8).

As dosagens de enzimas derivadas do tecido muscular (Creatinquinase, Lactato Desidrogenase) podem estar aumentadas, corroborando o diagnóstico de miopatia. (8).

O histopatológico de biópsia de tecido muscular com achados característicos sela o diagnóstico. Os achados

microscópicos são o desarranjo de fibras musculares, necrose segmentar, áreas de fagocitose e regeneração ativa, com acúmulo de linfócitos e fibrose ou infiltração gordurosa. No entanto, deve-se chamar atenção para o fato de ser muito difícil encontrar a imagem do defeito fundamental em um pequeno fragmento de músculo, que pode, por sua vez, ainda não estar comprometido pela doença. O exame microscópico do tecido muscular é importante principalmente no diagnóstico diferencial de polimiosite, doença inflamatória que acomete o tecido muscular e possui tratamento específico. (1,3,6,8).

O diagnóstico diferencial deve ser feito, fundamentalmente, com outras miopatias primárias (congenitas), pelo modo de transmissão, idade de apa-

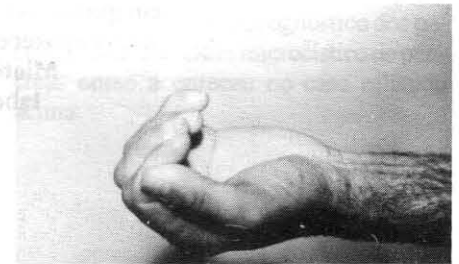


Figura 3 - Miotonia da mão (dificuldade de relaxamento após contração voluntária).

recimento, grupos musculares acometidos, velocidade de progressão e prognóstico. Com miopatias secundárias de origem inflamatórias, polimialgia reumática, dermatomiosite, polimiosite, toxoplasmose, sarcoidose e AIDS; de origem metabólica, distúrbios de concentração sérica de Cálcio e Síndrome de paralisia periódica familiar; decorrentes de alterações endócrinas (tireoideanas, paratireoideanas, adrenais e hipopituitarismo); oriundas do alcoolismo ou induzidas por drogas como corticosteróides, cloroquina, clofibrate, alguns B-bloqueadores, colchicina e drogas depletoras de potássio; também, a mioglobulinúria por rabdomiólise resultante de diversas causas.

Aspectos clínicos, estudos eletrofisiológicos, líquido céfalo-raquidiano e biópsia muscular diferem das neuropatias periféricas como Síndrome de Guillain-Barré, polineurite difterica, porfiria e envenenamentos por mariscos, arsênio, tálio, organofosforados e chumbo. Inclui-se, ainda, no diagnóstico diferencial as doenças desmielinizantes, esclerose

múltipla, encefalomielite; amiotrofias espinhais de origem traumáticas; secundária à distúrbios infecciosos como abscesso epidural, aracnoidites, tuberculose, sífilis, AIDS, causas vasculares (infartos medulares e mal-formações artériovenosas) e déficits vitamínicos (Complexo B). (1,3,5,6,8,9).

Os exames complementares por imagem são particularmente úteis quando existe suspeita de síndromes compressivas medulares ou lesão de raiz nervosa, por alterações ósseas, protusões discais, traumatismos e tumores medulares. Pode-se pensar, também, em doenças motoras que acometem o corno anterior da medula como a paralisia bulbar progressiva, paralisia pseudo-bulbar e esclerose lateral amiotrófica. Distúrbios da transmissão neuro-muscular à serem

lembrados na diferenciação de Doença Muscular Miotônica são a Miastenia Gravis e Síndromes Miasteniformes (inclusive para-neoplásicas). (1,3,8).

Quanto à etiologia e patogenia, foi descoberto que o gen responsável pela distrofia miotônica está localizado no cromossomo 19, resultando em alterações da estrutura conformacional e ao nível da membrana, com degeneração de miofilamentos, visíveis à microscopia eletrônica. Através de estudos bioquímicos detectaram-se anormalidades da fosforilação das proteínas da membrana celular. (2,7)

Até a atualidade não existe tratamento específico para distrofia miotônica. O tratamento é paliativo. Sulfato de quinino, procainamida, fenitoina, ACTH e corticosteróides são

utilizados apenas com a finalidade de aliviar a rigidez decorrente da miotonia; todavia, não existem evidências claras de benefícios com a corticoterapia. Reposição androgênica é feita nos pacientes com déficit endógeno, comprovado laboratorialmente. Quanto à catarata ocular, geralmente evolui para tratamento cirúrgico. A fisioterapia está indicada, auxiliando na motricidade do paciente. Em síntese, o tratamento resume-se em tentar oferecer ao paciente a melhor qualidade de vida possível e encorajá-lo a desempenhar suas atividades normais da melhor forma, apesar das alterações funcionais progressivas. Sob o ponto de vista terapêutico profilático, deve-se valorizar o papel do aconselhamento genético. (1,6,8,9)

SUMMARY

MUSCULAR MYOTONIC DYSTROPHY

The myotonic dystrophy is a myopathic dominant hereditary disturb that in general begin in third or fourth decade of life, although may appear in the childhood. The authors show a case of Muscular Myotonic Dystrophy (Steinert's Disease), discussing the clinical and laboratorial findings, differential diagnosis and evolution.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, RD., Victor M The Muscular Dystrophies. In: Principle of Neurology. 4th Ed. 1989, USA: Mc Graw-Hill Book CO. 50:1117-1132.
2. Bird, TD, Boehnke M. Schellenberg, DG et al: The use of apolipoprotein CII as a genetic marker for myotonic dystrophy. Arch Neurol 1987; 44:273.
3. Gardner-Mewin D: Clinical features and classification of the muscular dystrophies. Br Med Bull 1980; 36:109-115.
4. Moorman, JR, Coleman, RE, Packer, DL et al: Cardiac involvement in myotonic muscular dystrophy. Medicine 1985; 64:371.
5. Pryse-Philips, W, Johnson, GL, Larsen, B: Incomplete manifestations of myotonic dystrophy in a large kinship in Labrador. Ann Neurol 1982; 11:582.
6. Roses, AD, Harper PS, Bossen, EH: Muotonic muscular dystrophy. In: Vinken PJ, Bruyn GW(eds): Hand-book of Clinical Neurology, vol. 40. Amsterdam: North-Holland, 1979; 13:485.
7. Shaw DV, Brook, JD, Meredith AL et al: Gene mapping and chromosone 19. J Med Genet 1986; 23:2.
8. Simon, PR, Aminoff MJ, Greenberg, DA: Déficitos motores. In: Neurologia clínica e terapêutica. 1991. Artes Médicas. 6:153-188.
9. Simpson, DM, Benner, AN: Human immunodeficiency virus-associated myopathy: Analysis of 11 patients. Ann Neurol 1988; 24:79-84.

Relato de Caso

Displasia Ectodérmica Hipo-hidrótica

Descrição de caso com manifestação completa. *

Gilberto de Lima Garcias
Maria da Graça M. Roth

RESUMO

As displasias ectodérmicas formam um grande, heterogêneo e crescente grupo nosológico, o qual inclui, até o presente momento, cerca de 60 a 65 síndromes, caracterizadas por sinais em pelo menos duas estruturas - pêlos, dentes, unhas ou glândulas sudoríparas, com ou sem outros sinais associados. Relata-se caso de um menino com 8 anos de idade apresentando tricodisplasia (pêlos finos, secos, hipocrômicos e esparsos), anormalidades dentárias (hipodontia, dentes anteriores tendendo para a forma cônica), hipo-hidrose, retardo psicomotor, ponte nasal baixa com asas hipoplásicas. Esta condição é conhecida como Síndrome de Christ-Siemens-Touraine. Trabalhos prévios indicam tratar-se de etiologia ligada ao X, recessiva.

UNITERMOS

- Displasia Ectodérmica
- Síndrome de Christ-Siemens-Touraine
- Hipo-Hidrose
- Tricodisplasia

KEYWORDS

- Ectodermal dysplasia
- Christ-Siemens-Touraine syndrome
- Hypohidrosis
- Trichodysplasia

INTRODUÇÃO

A expressão "displasia ectodérmica" foi criada por WEECH (1929), para um grande e crescente grupo de

nosologias heterogêneas, a qual inclui até o presente momento, cerca de 60 a 65 síndromes (1).

As primeiras observações de displasias ectodérmicas foram feitas por THURMAN (1848). Em 1875, CHARLES DARWIN referiu-se a uma família hindú, na qual foram observados, em quatro gerações, 10 homens que apresentavam, apenas quatro dentes incisivos pequenos e fracos e oito dentes molares. Apresentavam, ainda, escassez de pêlos corporais e sofriam bastante em época de calor. Não haviam mulheres afetadas nessa família.

Esta afecção se caracteriza pelo desenvolvimento histológico anormal dos tecidos de origem ectodérmica.

FREIRE-MAIA (1980), definiu as displasias ectodérmicas como uma constelação de pelo menos dois sinais relacionados a pêlos, dentes, unhas e sudorese, ou pelo menos um sinal em outro tecido de origem ectodérmica. As

displasias ectodérmicas podem constituir-se de amplos quadros clínicos que combinam ainda outras displasias e malformações várias, da mesma forma que podem ser muito simples (algumas displasias ectodérmicas apresentam sinais em apenas dois dos tecidos acima, pêlos e esmalte dentário).

A síndrome de Christ-Siemens-Touraine é uma displasia ectodérmica cuja etiologia é a presença de um gene ligado ao X recessivo (7,4,8,3), com incidência de 1/100.000 nascimentos masculinos (6), cujas manifestações mais comuns são: pele fina e hipoplásica, cabelos finos, secos e hipocrômicos, escassos ou ausentes. Hipoplasia das glândulas sudoríparas e sebáceas. Diminuição das glândulas mucosas do nariz, boca e as vezes da parede dos brônquios. Hipo ou anodontia, sendo os incisivos geralmente de forma cônica. Nariz em sela, pequeno e com hipoplasia das asas. Fronte abaulada, cristas supra-orbitárias salientes e

* Trabalho realizado no Serviço de Aconselhamento Genético do Departamento de Zoologia e Genética do Instituto de Biologia da Universidade Federal de Pelotas - RS.



Figura 1 - Displasia Ectodérmica hipohidrótica

lábios grossos. Podem ocorrer, ocasionalmente: voz rouca, hipoplasia ou agenesia das glândulas mamárias e/ou mamilos, ausência de lágrimas, distrofia das unhas, alterações cutâneas de tipo eczematoso e sintomas de asma. Devido a sudorese insuficiente, a hipertermia é uma consequência que pode constituir séria ameaça à vida dessas pessoas e pode ser a causa da oligofrenia que ocorre em alguns casos(5).

RELATO DE CASO

E.C.R., sexo masculino, côr branca, residente neste estado, foi examinado e acompanhado ao Serviço de Aconselhamento Genético por apresentar fácies anormal bem como um comportamento alterado. A história obtida na primeira consulta mostrou que o propósito apresentava hipertermia intermitente durante o verão, que me-

lhorava com banho de imersão em água fria; comportamento irrequieto a maior parte do tempo (hiperatividade), bem como problemas respiratórios de longa data, refratário aos tratamentos utilizados. Ao exame físico observou-se rinite purulenta crônica, pele fina, lisa e marmórea além de hipotricose. Os pêlos são finos, secos, escassos e hipocrômicos. As sombrancelhas e cílios são quase ausentes. No corpo são encontrados pêlos na parte superior do dorso e zona perioral. Apresenta hipodontia, sendo os incisivos de forma cônica. As unhas são frágeis e quebradiças. A sudorese foi constatada apenas na zona perioral, embora não tenha sido realizado o teste de exposição à sauna seca.

Os pais são jovens, não consanguíneos e não há outros afetados, até o momento, na família.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

PINHEIRO (1979) sugere que a Síndrome de Christ-Siemens-Touraine tem duas formas: uma maior (em homens) e uma menor (em mulheres). No presente caso verifica-se que a forma completa (ou maior) da doença está presente, uma vez que os quatro sinais cardinais dessa síndrome foram detectados (tricodisplasia, alterações dentárias, hipo-hidroze e anomalias faciais), os quais acompanham-se de alguns sinais comumente associados a esta nosologia (rinite atrófica e alterações ungueais).

O diagnóstico desta síndrome é fácil quando o quadro está bem desenvolvido (a partir de um ano de idade). Oferece, no entanto, dificuldades nos primeiros meses de vida, quando os caracteres relevantes da síndrome ou não são facilmente distinguíveis ou ainda não se manifestaram. As febres intermitentes, por exemplo, são frequentemente atri-



Figura 2 - Displasia Ectodérmica hipohidrótica

buidas a infecções triviais, conduzindo a tratamentos inadequados e procedimentos diagnósticos incômodos ou complexos, à medida que sucessivos tratamentos mostram-se ineficazes. É, no entanto, nessa época, que o diagnóstico torna-se mais necessário, uma vez que as crises hiperpiréticas podem resultar em prejuízo permanente para o cérebro ou mesmo causar a morte da criança. O diagnóstico precoce permite que se obtenham informações sobre como prevenir logo as primeiras febres (2).

Em relação ao tratamento dado a esses pacientes, a primeira abordagem deve ser o controle da temperatura corporal, evitando a hipertermia com o uso de banho frios, roupas leves, controle da temperatura ambiental através de aparelhos de ar condicionado ou ventiladores. Manter um alto padrão de higiene para favorecer a sudorese máxima. A atuação a nível odontológico, nas situações de hipodontia/anodontia, deverá possibilitar uma maior variação da alimentação sólida além de melhorar a aparência, para alguns afetados, poderá ser solucionado através da cirurgia plástica corrigindo, por exemplo o nariz em sela e as anomalias auriculares.



SUMMARY

FULLY DEVELOPED HYPO-HYDROTIC - Case Report

Ectodermal dysplasia forms a large, heterogeneous and ever-growing nosologic group of Clinical findings which includes, at the present, about 60 to 65 syndromes, characterized by signs found in at least two of the following structures: hair, teeth, nails or sweat glands (with or without other associated signs). This paper describes the case of an 8 year-old boy presenting trichodysplasia (thin, dry, hypochromic and sparse hair), abnormal teeth (hypodontia and anterior teeth tending to be conical in shape), hypohidrosis, psychomotor retardation, low nasal bridge and small nose with hypoplastic alae nasi. These Clinical findings are known as Christ-Siemens-Touraine syndrome. Previous reports suggest a recessive X-linked etiology.

BIBLIOGRAFIA

1. Freire-Maia, N. & Pinheiro, M. Ectodermal Dysplasias - A clinical and Genetic Study, Nova York. Alan R. Liss, 1984.
2. Freire-Maia, N. & Pinheiro, M. Displasias Ectodérmicas - Manual para Profissionais da área de Saúde. Centro de Estudos de Displasias Ectodérmicas - UFPr. 1984.
3. Passarge, E. et al, X Chromosome In-activation in X - Linked Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia. Nature 1973; 245: 58-59.
4. Perabo, F. et al, Ektodérmale Dysplasie Von Anhidrotischem Typus. Fünfneve Beobachtungen. Helv. Paediatr. Acta 1956, II: 604-639.
5. Smith, D.W., Recognizable Patterns of Human Malformation. London. W.B. Saunders Company, 1976.
6. Stevenson, AC, et al, On the Distributions of Frequencies of Mutation to Genes Determining Harmful Traits in Man. Mutations Res. 1967; 4: 339 - 352.
7. Touraine, A., L. "Anidrose Avec Hypotrichose. Et Anodontie" (Polydysplasie Ectodermique héréditaire). Nouv. Presse Méd. 1936; 44:145-149.
8. Verbov, J. Hypohidrotic (or Anhidrotic) Ectodermal Dysplasia - An Appraisal of Diagnostic Methods. Br. J. Dermatol 1970; 83: 341-348.