

Revista do Hospital Universitário

VOLUME 3(1) JAN-ABR, 2002



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

OTHON DE CARVALHO BASTOS
Reitor

JOSÉ AMÉRICO DA COSTA BARROQUEIRO
Vice-Reitor

ELIZABETH DE SOUSA BARCELOS BARROQUEIRO
Presidente do Conselho de Administração do Hospital

NATALINO SALGADO FILHO
Diretor Geral do Hospital Universitário

NAIR PORTELA SILVA COUTINHO
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

CÉLIO GITAHY VAZ SARDINHA
Diretor Adjunto de Administração

MARINA DO NASCIMENTO SOUSA
Diretora Adjunta de Planejamento

ROSE MARIE DE JESUS J. CASTELO GOMES
Diretora Adjunta de Serviço Assistencial

GUTEMBERG FERNANDES DE ARAÚJO
Editor Responsável

Revista do Hospital Universitário/UFMA - periódico bio-médico de divulgação científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Redação e Administração

Rua Barão de Itapary, 227 - Centro - CEP. 65.020070 - São Luis - MA - Brasil
Telefone: (0**98)219-1084 - E -mail: npc@huufma.br

EDITORES ASSOCIADOS

Aldina Maria Prado Barral
Alcimar Nunes Pinheiro
Antonio Rafael da Silva
Antonio Augusto Moura da Silva
Arlene de Jesus Mendes Caldas
Fernando Antonio Ramos
Humberto Oliveira Serra
Jackson Maurício Lopes Costa
Marilia da Glória Martins
Nair Portela Silva Coutinho
Natalino Salgado Filho
Orlando Jorge Martins Torres

CONSELHO EDITORIAL

Bernardete Jorge Leal Salgado
Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Elba Gomide Mochel
Feliciano Santos Pinheiro
Fernando Lamy Filho
Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo
José Wanderley Vasconcelos
Luciane Maria de Oliveira Brito
Luiz Alves Ferreira
Manoel Santos Faria
Raimundo Antonio da Silva
Rosângela Cipriano Monteiro
Santana de Maria Alves de Sousa
Sirliane Sousa Paiva
Sonia Maria de Farias Freire
Stanley Nery Macau
Sueli Rosina Tonial
Ubirajara Martins Figueiredo
Zeni de Carvalho Lamy

SECRETÁRIA

Ana Luzia de Sá Magalhães (Bibliotecária)

DIAGRAMAÇÃO

Ricardo José Carvalho de Holanda

CAPA E PROGRAMAÇÃO VISUAL

Ricardo Silva de Oliveira

IMPRESSÃO E FOTOLITO

Gráfica XXXXXXXXXX

SUMÁRIO

EDITORIAL

Comitê de Ética em Pesquisa	7
-----------------------------------	---

ARTIGOS

Achados citopatológicos relevantes da campanha nacional de prevenção do câncer de colo de útero no Maranhão em 1998	8
--	---

Ana Maria Nogueira Silva, Luciane Maria Oliveira Brito, Luiz Gustavo Oliveira Brito, Abdon José Murad Neto, Raimundo Antonio da Silva, Maria Bethânia da Costa Chein, Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento

Características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso	14
--	----

Natalino Salgado Filho, Francisco das C. Monteiro Júnior, João Bosco B. Rêgo, Bernardete J. L. Salgado Márcio M. Pereira, Luiz Gustavo O. Brito, Allan N. R. Gonçalves

Incapacidades físicas oculares em pacientes portadores de hanseníase atendidos no Programa Saúde da Pele do Hospital Universitário-Unidade Presidente Dutra/UFMA	20
---	----

Aracely Silva Luz, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Epidemiologia do carcinoma epidermóide de língua em São Luís Maranhão	24
--	----

Nôlma Barradas Silva, Leopoldo Muniz da Silva, Fernando Félix Calvet Campelo, Abderval Pinto Bandeira Neto, Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento

ARTIGOS DE REVISÃO/ATUALIZAÇÃO

As razões contraditórias na doação de gametas	28
--	----

Luciane Maria Oliveira Brito, Raimundo Antonio da Silva, Maria Bethânia da Costa Chein, Luiz Gustavo Oliveira Brito

Gestação de alto risco	32
-------------------------------------	----

Marília da Glória Martins

RELATOS DE CASOS

Cisto ósseo aneurismático de costela	36
---	----

Elias Amorim, Ricardo Mauricio Batista Feitosa Cuba, Jairo Sousa Pacheco

Lipóido proteinose em pele e mucosas	38
---	----

Luiz Gustavo Oliveira Brito, Fernanda Medeiros Câmara Costa, Kycia Queiroga de Carvalho, Polianna de Oliveira Matos, Raimunda Ribeiro da Silva, Ivan Abreu Figueiredo

Síndrome de Mirizzi	41
----------------------------------	----

Orlando Jorge Martins Torres, Lucy Anne Lopes Melo, Carlos Eduardo Corrêa Rodrigues

OPINIÃO

Disfunção erétil e a prática do ciclismo	44
---	----

Cálide Soares Gomes

PROTOCOLO DE CONDUTA/ATUALIZAÇÃO

Pré-natal do futuro	46
----------------------------------	----

Marília da Glória Martins

Lívia Moreira Rios.

RESUMOS

Dissertações de mestrado em Saúde e Ambiente da UFMA	49
---	----

1ª Turma (1996-1999)

2ª Turma (1999-2001)

NORMAS REDATORIAIS

Comitê de Ética em Pesquisa

Durante o sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, o Brasil mostrou ao mundo o processo executivo do acompanhamento, pela sociedade, das pesquisas que estão ocorrendo no país. Esta maturação deve-se à instalação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), de composição interdisciplinar e com a presença de um representante da sociedade organizada e dos movimentos comunitários, ou seja, o “usuário”.

Esta participação efetiva da sociedade está garantida pelas Leis nº 8080/90, nº 8142/90 e pela Resolução nº 240 do Conselho Nacional de Saúde, que instituíram e fortalecem o contrato social no Sistema Único de Saúde. A voz e a vez dos “usuários” dão ao CEP uma contribuição enriquecedora que, ao longo da existência da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, vem se consolidando, pelas experiências bem sucedidas. Tais experiências apontam para a necessidade de capacitar mais e mais cidadãos para os aspectos da Ética em Pesquisa, oportunizando o diálogo entre os pesquisadores e a sociedade.

O diálogo entre os pesquisadores e a sociedade, representada pelos usuários, reflete-se na prática, pela exigência do comprovante de aprovação por um CEP, para efeito de realizar e/ou publicar resultados de pesquisa em seres humanos, haja vista a autonomia do sujeito na pesquisa.

*Raimundo Antonio da Silva
Coordenador do CEP do HU/UFMA*

Achados citopatológicos relevantes da campanha nacional de prevenção do câncer de colo de útero no Maranhão em 1998

Citopathological findings of the Nacional Prevention Campaign of Cervical Câncer in Maranhão at 1998

Ana Maria Nogueira Silva¹, Luciane Maria Oliveira Brito², Luiz Gustavo Oliveira Brito³, Abdon José Murad Neto⁴, Raimundo Antonio da Silva⁵, Maria Bethânia da Costa Chein⁶, Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento⁷

RESUMO: A finalidade deste trabalho foi estudar os achados citopatológicos obtidos de mulheres do Estado do Maranhão durante a Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Colo Uterino no período de 18 de agosto a 30 de setembro de 1998. A metodologia foi um estudo descritivo cujas variáveis foram definidas no programa EPI-INFO 6.04. Foram coletados 90.567 exames colpocitológicos, sendo que apenas 28,9% destas mulheres tinham feito o exame anterior à Campanha. Encontrou-se 2.794 exames positivos assim distribuídos: neoplasias intra-epiteliais cervicais – NIC's - (2,1%), atipias de células escamosas de significado indeterminado – ASCUS - (0,7%), alterações celulares sugestivas do papilomavírus humano – HPV – (0,5%), atipias de células glandulares de significado indeterminado – ASGUS – (0,23%), carcinoma invasor (0,03%), adenocarcinoma “in situ” (0,02%) e adenocarcinoma invasor (0,002%). Quanto à análise de qualidade da amostra, foi encontrado uma baixa variabilidade interobservador (1%) e uma baixa perda de 2,6% nos resultados. Conclui-se a necessidade da implantação de um Programa de rastreamento para o Estado do Maranhão com o objetivo de reduzir a mortalidade por esta moléstia.

Descritores: câncer de colo uterino, epidemiologia, citopatologia

ABSTRACT: The aim of the research was to study citopathological findings obtained from women of the State of Maranhão from the period of August 18th to September 30th 1998. It was used a transversal method whose variables were defined in EPI-INFO 6.04 program. There were collected 90567 citopathological exams, and it was noted that only 28,9% of the patients had realized the exam before the campaign. It was found 22794 positive exams, which are distributed in the following: cervical intra-epithelial neoplasies (CIN's) (2,1%) -, scamous cells atipies of unknown significance (ASCUS) (0,7%), cells changes suggesting infection by human papilomavirus (HPV) (0,5%), glandular cells atipies of unknown significance (ASGUS)(0,23%), invasive carcinoma (0,03%), in situ adenocarcinoma (0,02%) and invasive adenocarcinoma (0,002%). About the analysis of sample quality, it was observed a low interobserver variability and a loss percentage (2,6%) in results. We concluded that it is relevant to form a screening program in the State of Maranhão with the goal of decrease the mortality of this disease.

Key words: uterine cervix cancer; epidemiology; citopathology

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de colo do útero constitui-se um problema de Saúde Pública pela sua elevada taxa de morbimortalidade e incidência, sendo esperado para o ano 2001 em todo o país 3.725 e 16.270 óbitos e casos novos, respectivamente¹.

Considerando-se entretanto a neoplasia ser uma neoformação benigna ou maligna, e, existirem ainda as lesões limítrofes ou “borderline”, desconhece-se o potencial biológico evolutivo, involutivo ou persistente

destas lesões².

Convém salientar que existem as lesões precursoras que são consideradas como “antecessoras morfológicas do câncer da cérvix uterina”, datando de priscas eras o seu estudo³.

Na colposcopia, Reagan⁴, em 1962 designou-as como “displasias”, terminologia essa modificada por Richart⁵ em 1968 como neoplasias intra-epiteliais cervicais (NICs), que incluíam as displasias e os

¹ Coordenadora do Programa Viva Mulher da Gerência de Qualidade de Vida – Governo do Estado do Maranhão. Médica Ginecologista.

² Doutora em Ginecologia pela UFRJ. Chefe do Serviço de Tocoginecologia do Hospital Universitário Materno-Infantil, Docente da UFMA.

³ Acadêmico de Medicina da UFMA. Bolsista PIBIC-CNPq.

⁴ Professor de Clínica Cirúrgica da UFMA. Gerente de Qualidade de Vida – Governo do Estado.

⁵ Doutor em Saúde Pública pela USP, Docente da UFMA.

⁶ Doutora em Ginecologia pela UNIFESP.

⁷ Doutora em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UNIFESP, Docente da UFMA.

carcinomas “in situ”.

As NICs são divididas em três grupos: NIC I – Displasia leve NIC II – Displasia moderada NIC III – Displasia acentuada e carcinoma “in situ”⁶.

Em 1998 o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos da América (EUA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) referendaram uma terminologia para a leitura dos esfregaços na intenção de uniformizar a classificação dos graus das NICs. Surgiu assim a Classificação de Bethesda propondo: Alteração de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS); Lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL), incluindo NIC I e HPV; Lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL) – incluindo NIC II, NIC III e carcinoma “in situ” CIS; Alteração de células glandulares de significado indeterminado (ASGUS).

Destaca-se a existência de fatores de risco para o câncer de colo, como exposição ao fumo, imunossupressores, baixo nível sócio econômico, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros e doenças sexualmente transmissíveis (DST), especialmente o papilomavírus humano (HPV).

Considerando que o câncer do colo uterino é uma doença de evolução lenta com uma fase pré-clínica de aproximadamente 10 a 20 anos, compreendida por neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) de diferentes graus⁷, quanto mais precoce for a intervenção, maior a chance de sobrevida e cura da mulher com menor custo das ações de saúde.

O exame de Papanicolaou, a despeito da sua reconhecida efetividade ao diagnosticar precocemente e, conseqüência prevenir o câncer invasor da cérvix uterina, ainda não conseguiu reduzir as taxas de mortalidade e incidência desta neoplasia maligna em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos.

Contudo, países desenvolvidos têm promovido programas de rastreamento em populações assintomáticas, com declínio das taxas de mortalidade de acordo com a porcentagem de população submetida a coleta de citologia cervico-uterina⁸.

Nos países escandinavos o screening demonstrou o seu sucesso quando comparou-se os

resultados da Islândia (porcentagem da população submetida a triagem de 100%) e da Suécia (40%), com declínio acentuado das taxas de mortalidade, em comparação com a Noruega, que conseguindo somente a cobertura de 5% apresentou pequeno aumento das mesmas taxas⁹.

É fundamental que governantes, das várias esferas, lideranças comunitárias e a comunidade científica tenham profundo conhecimento dos estudos epidemiológicos estabelecendo prioridades nas políticas públicas e sociais nesta tão significativa área da saúde da mulher.

O Governo Federal durante a VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China em setembro de 1995, assinou um protocolo de intenções propondo o desenvolvimento de uma ação Nacional objetivando a prevenção e o controle da doença. Tal ação denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (CNCCCU) foi idealizado pela equipe técnica do Instituto Nacional do Câncer (INCA) Ministério da Saúde (MS), Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), após levantamento da capacidade laboratorial instalada, capacidade da rede de atendimento primário, secundário, terciário, além de pesquisas sobre o comportamento das mulheres em relação à prevenção e às causas de não adesão aos programas. Considerando ainda as marcadas diferenças sócio-econômicas e epidemiológicas regionais, a equipe técnica concluiu que a realização de um programa eficaz deveria respeitar as características regionais.

O desconhecimento das mulheres, por falta de informação em saúde, limitações culturais, ausência de uma política de saúde consistente que otimize a aplicação dos recursos disponíveis não parece influenciar na redução nos últimos 20 anos de maneira significativa na sua incidência. Ademais, em função da escassez de trabalhos no Estado do Maranhão sobre esta enfermidade propomo-nos a desenvolver esta análise, contribuindo para o acervo local.

MÉTODOS

O Estado do Maranhão possui uma população de 5.638.381 habitantes, com densidade de 15,66 pessoas por quilômetro quadrado e com uma taxa de crescimento nos últimos nove anos de 1,52%.¹¹ Possui 217 municípios, e sua capital é a cidade de São Luís, localizada na Ilha de Upaon-açu. Além deste, os principais municípios são Imperatriz, Caxias, Timon, Codó e São José de Ribamar.

A população estudada constou de mulheres residentes no Estado do Maranhão que realizaram exames citopatológicos durante a Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Colo Uterino (CNPCCU), no período de 18 de agosto de 1998 a 30 de setembro de 1998.

Foi realizado um estudo descritivo em diversas Unidades de Saúde pertencentes à rede do Serviço Único de Saúde (SUS). Nestes locais cadastrados para Campanha, as pacientes eram submetidas a consulta ginecológica e coleta da colpocitologia oncótica conforme as técnicas preconizadas para a Campanha pelo Ministério da Saúde, utilizando kits compostos de espéculos descartáveis, espátulas de madeira (tipo de Ayre), escovas para coleta de material da endocérvice, lâminas com bordo fosco para identificação com lápis grafite. Estes eram fixados por meio de fixador em spray de Carbofax e acondicionados em caixas individuais com local para identificação.

Junto com o material de exame citológico era fornecido uma requisição que deveria ser preenchida para validar o exame e servir como anamnese dirigida. A leitura deste exame era realizado em laboratórios credenciados pela Campanha no Maranhão, sendo 02 públicos, 01 filantrópico e 15 conveniados, utilizando a coloração de Papanicolaou e laudo emitido com base na classificação de Bethesda.

A paciente recebia o resultado no próprio local de coleta do exame ou em outro local previamente determinado pelos profissionais da saúde envolvidos. Na evidência de alteração celular, era aconselhada a procurar as Unidades de Saúde Secundárias. Neste local era realizado a colposcopia e exame histopatológico e, após resultado sendo positivo a paciente era encaminhada a Centros de Saúde mais equipados para o tratamento especializado ou terciário (oncológico/cirúrgico).

Para avaliar a qualidade da leitura e do

resultado dos exames preventivos foi empregada a etapa do Controle de Qualidade Externo, onde três laboratórios eram credenciados para realização da releitura dos exames de todos os demais, sendo que cada lote de lâminas seria de responsabilidade de dois laboratórios e conseqüentemente de dois profissionais diferentes, na proporção de 10% dos negativos para neoplasia 100% dos exames positivos e 100% das lâminas insatisfatórias.

As requisições das pacientes cadastradas foram digitadas em um Programa de banco de dados exclusivo para o CNPCCU, o Sistema Operacional SISCOLO, pelo qual as informações epidemiológicas eram encaminhadas para o Ministério da Saúde. O SISCOLO também realizava a escolha aleatória dos exames a ser submetidos ao controle de qualidade externo. Os dados foram transformados para o banco de dados Epi-Info 6.04 onde foram analisados estatisticamente.

RESULTADOS

Foram realizados 90.567 colpocitologias oncóticas (CO) em mulheres provenientes dos 217 municípios maranhenses. A idade das mulheres variou de 11 a 96 anos sendo a faixa etária mais prevalente a de 36 a 40 anos (20,53% do total), seguido em ordem decrescente de 41 a 45 anos (17,14%) e de 31 a 35 anos (17,10%) (Figura 1). Na variável zona de habitação predominou a zona urbana, com 54366 mulheres (64,6%). Outras 29728 mulheres (35,4%) definiram-se como moradoras da zona rural.

Conforme a raça 39111 mulheres (51,0%) definiram-se como mestiças, 21199 (27,7%) da raça branca, 12551 (16,4%) da raça negra, 2543 (3,3%) da raça indígena e 1250 (1,6%) da raça asiática. Na análise da escolaridade, 45324 mulheres (50,04%) tinham o ensino fundamental incompleto, 23022 (25,41%) declaravam ser sem instrução, 9086 (10,03%) tinham o ensino médio completo, 7870 (8,68%) tinham o ensino fundamental completo, 237 (0,26%) tinham o ensino superior e 5028 (5,55%) não informaram.

Dentre as mulheres examinadas, 39821 (43,96%) nunca tinham se submetido a exames colpocitológicos, 25729 (28,40%) já haviam se submetido e relatavam diagnóstico negativo para neoplasia, 464 (0,51%) relataram CO anterior positiva para neoplasia não determinada e 24553 (27,11%) não informaram.

Das 26193 mulheres que já haviam se submetido a CO anterior a deste estudo, 18607 (71,03%) a fizeram no período de tempo inferior a 3 anos deste exame atual; 3016 (11,51%) a fizeram no intervalo de tempo entre 3 a 5 anos anterior a este da pesquisa e 3250 (12,40%) realizaram a CO anterior no intervalo de tempo acima de 5 anos. Outras 1320 (5,03%) mulheres não souberam responder.

No estudo de outras informações clínicas 32 (0,03%) mulheres relataram uso de Dispositivo Intra-

Uterino (DIU), 298 (0,3%) relataram gestação em curso, 172 (0,2%) relataram uso de hormonioterapia não especificada e 25 (0,02%) já se submeteram à radioterapia prévia.

Na inspeção do colo do útero, informação dada pela profissional que executava o exame, verificou-se que 88 (71,0%) pacientes não apresentaram tumoração evidente do exame especular, 20 (16,1%) apresentaram colo com aspecto tumoral; em 7 (5,6%) a inspeção do colo uterino foi ausente por algum motivo, em 1 (0,8%) o colo uterino não foi visto e em 8 (6,5%) dos casos não foi relatado à inspeção.

Quanto à presença de alterações celulares reativas, do total de mulheres examinadas, 81550 (90,0%) apresentavam inflamação, 16874 (18,6%) apresentavam metaplasia escamosa, 3903 (4,3%) apresentavam atrofia com inflamação, 1841 (2,0%) apresentavam sinais de reparação tecidual e 7 (0,007%) apresentavam sinais de exposição à radiação (Figura 2).

Na microbiologia encontrada nos exames citopatológicos evidenciou-se a colonização do trato genital inferior por vários agentes, em grande parte com a detecção de 2 ou mais germes no mesmo preventivo. Os agentes mais encontrados foram cocos, positivos em 51841 (57,2%) dos exames. (Figura 3).

Verificou-se na análise dos exames citopatológicos a presença de alterações celulares epiteliais em diferentes graus de evolução, totalizando 2794 (3,08%) exames. Entre os resultados de alteração epitelial escamosa evidenciaram-se 2558 exames positivos (2,82%), com 28 (0,03%) pacientes com diagnóstico de carcinoma invasor. (Figura 4). Entre os resultados de alteração epitelial glandular evidenciaram-se 236 casos positivos (0,26%), tendo 2 (0,002%) pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma invasor (Figura 4).

Na análise dos resultados conferidos pelo profissional responsável pela leitura da lâmina verificou-se 61543 (68,0%) de lâminas consideradas satisfatórias. Outras 26602 (29,4%) foram consideradas satisfatórias mas limitadas, onde a maior razão foi o dessecamento, com 6733 (7,4%) do total de lâminas. Outras 2421 (2,6%) lâminas foram consideradas insatisfatórias, onde a maior razão foi a da presença

de material escasso ou hemorrágico.

Os exames que foram enviados para os Laboratórios de Controle de Qualidade Externo foram em número de 9990, com a observação de 7 resultados falso-negativos, 90 resultados falso-positivos, com uma alteração em 0,97% dos resultados destes exames submetidos a releitura.

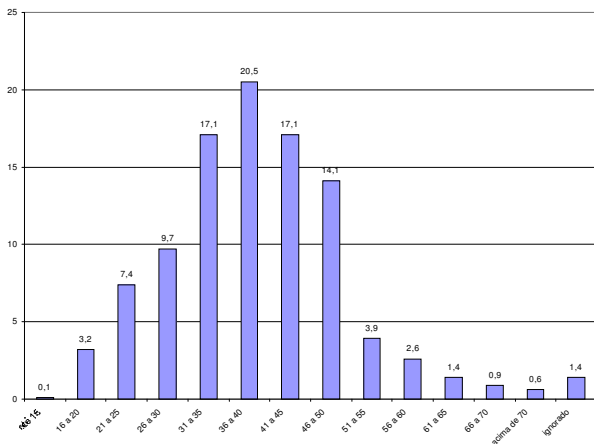


Figura 1 - Faixas etárias das mulheres examinadas Estado do Maranhão, 1998 (Em porcentagem %).

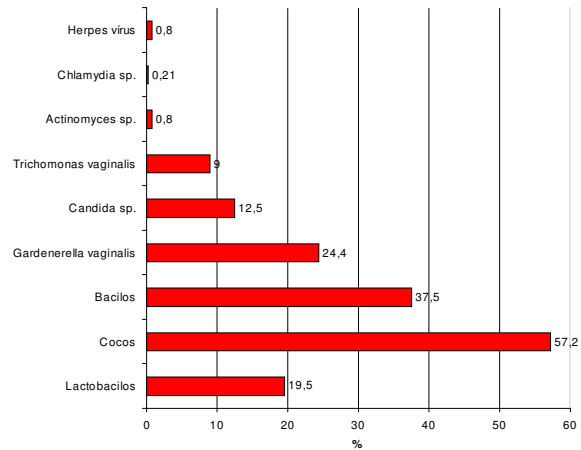


Figura 3 - Microbiologia encontrada na colpocitologia oncótica examinada - Estado do Maranhão, 1998 (em porcentagem - %).

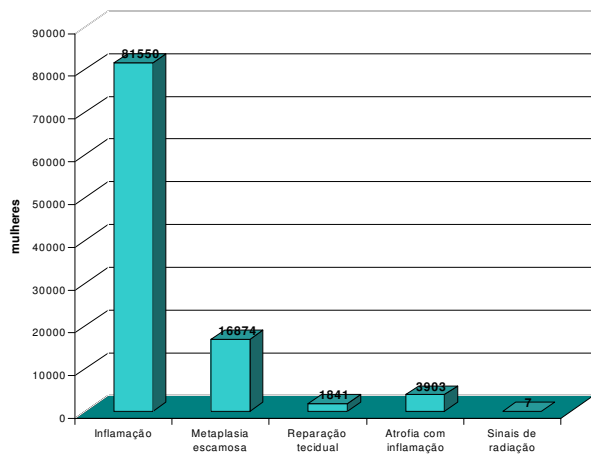


Figura 2 - Prevalência de alterações celulares reativas e ou reparativas nas mulheres examinadas - Estado do Maranhão, 1998 (números absolutos).

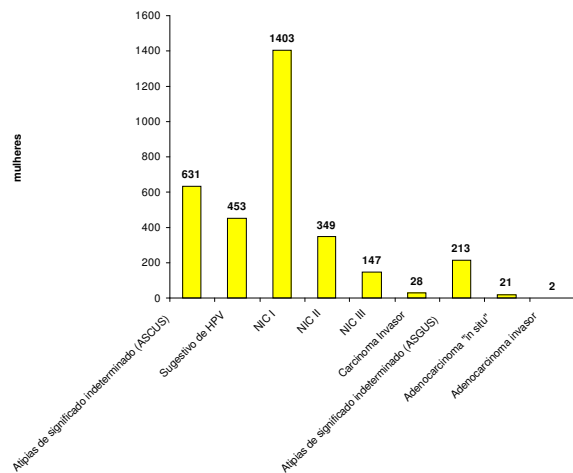


Figura 4. Prevalência de alterações epiteliais em células escamosas e glandulares nas mulheres examinadas - Estado do Maranhão, 1998 (números absolutos).

DISCUSSÃO

Atualmente são detectadas alterações neoplásicas cérvico uterinas em faixa etária mais jovem, por fatores como início precoce da atividade sexual ou pela maior difusão da infecção pelo HPV^{8 10}. A ampliação da faixa etária acometida deve ser do conhecimento das autoridades de saúde pública para

que haja a modificação da política de saúde referente ao câncer de colo de útero, até mesmo com mudança no público alvo das campanhas publicitárias de esclarecimento, que devem ser destinadas a mulheres cada vez mais jovens. Em nosso trabalho encontramos como faixa etária predominante população mais jovem,

aproximando-se portanto, da meta estabelecida pelo MS.

Na análise do fator etnia predominou a opção mestiça, correspondente ao encontrado no Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹, mas as proporções entre as raças pode não ser similar ao encontrado na população. É de se salientar o maior risco de associação da etnia asiática.

De acordo com os dados obtidos, da população analisada, um grande contingente de mulheres apresentava baixa escolaridade, correspondente aos dados populacionais do Estado do Maranhão, em especial à população que busca o atendimento deste tipo de ação de saúde nos postos do SUS.

Verificou-se na população analisada o número de 28,9% de mulheres que já haviam se submetido à Colpocitologia Oncótica (CO) anterior, demonstrando a não existência de ações públicas para prevenção do câncer cérvico uterino de impacto na população.

O índice considerado padrão para prevenção do câncer cervico-uterino é de 85% de cobertura populacional com o exame preventivo de acordo com a OMS¹². O objetivo inicial planejado pelo MS para o Estado do Maranhão era da realização de 58860 exames na faixa etária alvo de 35 a 49 anos, depois ampliada para 107500 exames, o que representava 50% da população alvo do Programa, calculado pelo INCA, de 213.000 mulheres maranhenses^{13 14}. O número obtido alcançou patamar próximo da meta estabelecida (84,24%).

O intervalo de tempo entre a CO anterior e o exame analisado naquelas mulheres que já haviam se submetido a CO foi na maioria (71,03%) inferior a 3 anos. A literatura informa que se a qualidade do serviço de citologia é alta, intervalos de 3 anos são tão efetivos quanto de 1 ano¹⁵. Até mesmo rastreamento a cada 5 anos entre as idade de 35 a 65 anos pode reduzir em 90% a mortalidade¹⁶.

Trabalhos como estes embasaram a decisão do MS de informar a mulher no laudo do diagnóstico no exame, quando este for negativo para alteração neoplásica, que retorne para realização de novo preventivo com intervalo de 3 anos

A inspeção do colo foi um item proposto na requisição do exame citopatológico e realizado em 92,7% dos casos, mas que não deve servir como base de realização ou não de CO pela inspeção, devido ao fato da maioria das alterações serem encontradas em lesões subclínicas, diagnosticadas a partir de uma consulta na maioria das vezes originada de queixas outras ginecológicas⁸.

Deve-se evidenciar o grande número de alterações celulares benignas diagnosticadas nas mulheres, em especial as inflamações (90%), lembrando que inflamação pode também cursar de forma subclínica e nem toda inflamação cérvico uterina denota uma infecção por agente microbiano oportunista. Na análise da microbiologia local a flora considerada

normal, composta na maioria por Lactobacilos foi evidenciada em menos de 20% (19,5%) da amostra total, demonstrando a ocorrência na maioria das vezes de um processo inflamatório, por uma ampla gama de agentes, inclusive com a possibilidade de um quadro poli-infeccioso, com dois agentes causando agravo a saúde em uma mesma mulher.

Obteve-se a prevalência de 3,08% de mulheres analisadas com alterações celulares epiteliais, compatível com o estimado pelo INCA/MS. Devido o fato de serem encontradas em mulheres assintomáticas, com evolução provavelmente lenta de transformação maligna, as LSIL são as mais diagnosticadas no rastreamento, com 1856 mulheres (66,42%).

As alterações as mais comuns são encontradas em células escamosas seguida pelas glandulares, pelo seu maior número e pela maior interrelação com fatores de risco ao desenvolvimento da doença, como a infecção pelo HPV.

Entre os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer de colo de útero na literatura mundial os mais importantes são: mulher que já iniciou atividade sexual^{17:10}, multiplicidade de parceiros, baixo nível socioeconômico, tabagismo, imunossupressores, história de lesões pré-neoplásicas ou invasoras da vulva e vagina e infecção pelo HPV¹⁸.

Não foi possível analisar a maioria destes fatores pois este trabalho baseia-se em uma requisição padronizada pelo MS onde faltam informações sobre idade de início da relação sexual, número de parceiros, uso de preservativos, estimativa de padrão de vida como número de salários mínimos mensais de renda, uso ou exposição ao tabaco, uso de medicamentos imunossupressores ou passado de doenças recorrentes, história de tratamento para doença da vulva e da vagina entre outras.

Os números sobre outras informações clínicas como uso de DIU, gestação em curso, hormonioterapia não especificada e radioterapia prévia não mantiveram qualquer relacionamento quanto ao desenvolvimento de alteração neoplásica. Ao contrário, qualquer uma das mulheres positivas para estas informações procuram mais os postos de saúde, facilitando a prevenção de alterações em alto grau de indiferenciação.

A qualidade da coleta do exame foi satisfatória, com a perda de 2,6% das lâminas por resultados insatisfatórios, contudo a qualidade poderia ser melhorada, em virtude do número de 29,4% de lâminas que tinham alguma limitação ao trabalho do responsável pelo laudo. Com relação ao controle de qualidade externo a variabilidade interobservador foi baixa, encontrando-se discordância em apenas 1% dos laudos diagnósticos.

Faz-se então, necessário, a implantação e implementação de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, especificamente contra o câncer de colo de útero, doença prevenível através de um exame tão simples e barato, que é o exame de Papanicolaou.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativas de incidência e mortalidade por câncer* Janeiro: 2001.50p.
2. Brito LMO. *Um estudo sobre o potencial biológico das displasias do colo uterino*. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Ginecologia da UFRJ; 1978.66p.
3. Camelo AA. Carcinoma do colo uterino. *Ginecologia Brasileira*, 1973; 5(6):325-397.
4. Reagan JW, Patten SF. Dysplasia: a basic reaction to injury in the uterine cervix. *Ann N Y Acad Sci*. 1992; 662-680.
5. Richart RM, Barron BA. A follow-up study of patients with patients dysplasia. *Am J Obst Gynec*. 1969; 105(3):386-393.
6. Kurman RJ, Solomon D. *O sistema Bethesda para o relato de diagnóstico citológico cervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas*. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. 75p.
7. Dias HEA, Dias EM, Ribeiro LBC. Câncer ginecológico: Introdução. In: *Manual do câncer ginecológico*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.4.
8. Andrade JM, Marana HRC. Lesões pré-neoplásicas do colo do útero. In: Lemgruber I, Oliveira HC, Costa OP. *Tratado de Ginecologia da Febrasgo*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 1257-1268.
9. Draper GJ, Cook GA. Changing patterns of cervical cancer rates. *Br Med J* 1983; 287-510.
10. Shingleton HM, Orr Jr JW. Screening. In: *Cancer of the cervix*. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1995. p. 17.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. [Capturado 2001 jul 20] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
12. Oliveira MMN. *Prevenção do câncer de colo uterino em São Luís: cobertura do exame de papanicolaou e fatores associados*. [Dissertação]. São Luís(MA) Universidade Federal do Maranhão, 1999. 70p.
13. Maranhão. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Assistência à Rede de Serviços de Saúde. Programa de Assistência Integral à Mulher. Divisão Técnica de Assistência Integral à Saúde da Mulher. *Campanha de Prevenção ao Câncer do Colo Uterino*. São Luís: 1998 [Projeto apresentado ao Secretário de Estado da Saúde do Maranhão].
14. Maranhão. Gerência de Qualidade de Vida. Gerência Adjunta de Saúde. Supervisão de Assistência à Saúde Integral. Serviço de Saúde da Mulher. *Relatório do I Curso de Gerenciamento para Coordenadores Estaduais*. São Luís: 1999 [Relatório apresentado a Gerência de Estado de Qualidade de Vida].
15. IARC WORKING GROUP on evaluation of cervical cancer screening programs. Screening for cervical squamous cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J* 1986; 293-659.
16. Vanoortmarssen GJ, Habbema JDF, Vanballegooijen M. Predicting mortality from cervical cancer after negative smear tests results. *Br Med J* 1992; 305-449.
17. Bibbo M, Silva Filho AM. *Lesões relacionadas à infecção por HPV no trato genital*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.4.
18. Jacyneto C, Almeida Filho G, Maldonado P. *HPV: infecção genital feminina e masculina*. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. 130p.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ana Maria Nogueira Silva
Rua das Amendoeiras, Qd.33, Casa 1 – Renascença I – São Luís - MA
CEP:65075-440 – E-mail : amns@nutecnet.com.br

Características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso

Characteristics associated with the non-control of arterial blood pressure in hypertensive patients at pharmacologic treatment

Natalino Salgado Filho¹, Francisco das C. Monteiro Júnior², João Bosco B. Rêgo², Bernardete J. L. Salgado³, Márcio M. Pereira⁴, Luiz Gustavo O. Brito⁴, Allan N. R. Gonçalves⁴

RESUMO: Objetivo - Determinar as taxas de não controle da PA dos pacientes em tratamento medicamentoso da Liga de Hipertensão do Hospital Universitário Presidente Dutra, assim como possíveis fatores de riscos associados. Método – Estudo transversal retrospectivo de pacientes que receberam prescrição de tratamento anti-hipertensivo após avaliação inicial. Foram estudados: sexo, idade, tempo de doença, pressão classificatória, tabagismo, álcool, história familiar de hipertensão, dano em órgão-alvo, número de medicamentos prescritos e posologia. Realizou-se análise multivariada para determinar quais desses fatores influenciaram no não controle da PA. Resultado – A amostra foi constituída por 96 pacientes. Resultados - A média de idade foi 55,4 ± 12 anos. O sexo feminino foi predominante (62,5%). Sessenta e oito pacientes (70,8%) apresentaram PA ³ 140/90mmHg, sendo 66 (69,5%) pacientes tiveram a PA sistólica ³ 140mmHg e 54 (56,8%) PA diastólica ³ 90mmHg. Após análise multivariada, os fatores de risco para o não controle da PA foram: sexo feminino, com risco relativo de 3,11 (1,05-9,20); idade maior que 50 anos, risco relativo de 3,42 (1,15 – 10,13); posologia de duas ou mais tomadas ao dia, risco relativo de 3,42 (1,20 – 9,76), e hipertensão grave, risco relativo de 4,18 (1,38 – 12,65). Conclusão - Pacientes do sexo feminino, com mais de 50 anos, hipertensão grave e que necessitam de medicamentos com posologia maior que uma vez ao dia constituem um grupo de risco para o não controle da PA.

Descritores: hipertensão, controle pressão arterial.

ABSTRACT: Background – From 50 millions of americans with hypertension in the USA, only half of them are treated with anti-hypertensive drugs and just one quart has ranges of arterial blood pressure (AP) under the upper limit of 140 mmHg of systolic arterial pressure (SAP) and 90 mmHg of diastolic arterial pressure (DAP). Objective – To determine the rates of non-control of AP in patients under pharmacologic treatment in the Hypertension League of Presidente Dutra University Hospital, as well as possible predictive factors associated with that. Methods – A transversal study of patients who received prescription of anti-hypertensive drugs after an initial assessment was realized. The following characteristics were studied: sex, age, time of disease, SAP and DAP, cigarette smoking and alcohol consumption, family history of hypertension, target-organ damage, number of prescribed drugs and posology. It was realized a multivariate analysis to determine which factors influenced in the non-control of AP. Results – Sample was composed by 96 patients. The mean age was 55,4 ± 12 years. Female sex was predominant (62.5%). Sixty-two patients (70.8%) presented AP ³ 140/90 mmHg, being 66 (69.5%) patients with systolic AP ³ 140mmHg and 54(56.8%) with diastolic AP ³ 90 mmHg. After multivariate analysis, risk factors for the non-control of AP in the last attendance were: female sex, with relative risk of 3.11 (1.05-9.20); age above 50 years, with relative risk of 3.42 (1.20-9.76), and severe hypertension, with relative risk of 4.18 (1.38-12.65). Conclusion – Female patients older than 50 years, with severe hypertension, requiring a more than once a day posology constitute a risk group for the non-control of AP.

Keywords: hypertension, control, arterial blood pressure

¹ Doutor em Nefrologia pela UNIFESP. Diretor Geral do Hospital Universitário. Docente da UFMA.

² Docentes da UFMA.

³ Mestra em Endocrinologia pela UNIFESP. Docente da UFMA.

⁴ Acadêmicos de Medicina da UFMA. Membros da Liga de Hipertensão do HUUFMA. Bolsistas PIBIC-UFMA/CNPq.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica constitui-se em um importante fator de risco para doenças cardiovasculares. Apresenta elevada prevalência na população adulta brasileira. Níveis de pressão sustentadamente elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, associados principalmente a aterosclerose e manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares renal e periférica².

A hipertensão arterial é uma síndrome crônica, de evolução assintomática por décadas. Desde a síntese de um novo anti-hipertensivo até a sua introdução na prática diária, há um imenso consumo de tempo e dinheiro, além do envolvimento de uma quantidade expressiva de pesquisadores básicos, médicos, farmacêuticos, estatísticos, auditores e pessoal da área de marketing, entre outros. No entanto, o sucesso terapêutico da droga não é uma resultante simples de ser atingida, pois há uma enorme conjugação de variáveis. E entre essas variáveis a adesão ao tratamento representa, se não a mais importante, com certeza a mais vital para se avaliar o desfecho final do tratamento, qual seja o controle pressórico, a redução das complicações hipertensivas

e a melhor qualidade de vida³.

Estudos observacionais têm demonstrado que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresenta uma má adesão ao tratamento da pressão arterial^{1,11-13}. Na prática clínica, observa-se que muitos pacientes sequer retornam às consultas médicas regulares. FUCHS e cols (1997)⁴ detectaram abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45% em uma coorte de pacientes hipertensos. Em um estudo (Cardiomonitor Study), incluindo Itália, Alemanha, França, Espanha e Reino Unido, apenas 37% dos hipertensos estavam com a pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg⁹.

Diante da inexistência de dados sobre o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos no nosso meio, este estudo objetivou determinar as taxas de controle da pressão arterial de pacientes em tratamento da hipertensão arterial sistêmica na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário Presidente Dutra, assim como as características associadas ao não controle, visando identificar pacientes que, potencialmente, beneficiar-se-iam com a criação de sistemas de acompanhamento ativo.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal retrospectivo, cuja amostra foi constituída por pacientes cadastrados na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), no período de janeiro a abril de 2001. Foram incluídos casos com diagnóstico estabelecido de hipertensão arterial, após avaliação inicial, que incluía anamnese, exame físico completo, exames complementares padronizados (laboratoriais, eletrocardiograma de repouso, radiografia de tórax) e medidas seriadas da pressão arterial. A pressão arterial classificatória para o diagnóstico de hipertensão foi calculada pela média das aferições, obtidas em duas consultas consecutivas, seguindo as recomendações técnicas estabelecidas em consensos internacionais (Sixth Joint National Committee, 1997)¹. Foram excluídos os pacientes que não tinham, no momento da análise, pelo menos 3 meses desde a avaliação inicial, assim como pacientes que tinham apenas 2 consultas.

Definiu-se como controle da pressão arterial, o paciente que na última consulta apresentava pressão arterial sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg. Embora na prática clínica a pressão arterial seja o método mais empregado por

médicos para avaliar a adesão do paciente hipertenso¹⁰, optou-se neste estudo por não utilizá-la para tal, uma vez que este método parte do princípio simplista de que o controle da pressão arterial seja uma variável direta e unicamente ligada à adesão ao tratamento.

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, cor, tempo de doença (tempo decorrido desde o primeiro diagnóstico de hipertensão referido pelo paciente), pressão arterial classificatória (média das aferições em 2 consultas consecutivas, durante avaliação inicial), tabagismo (atual e passado ou nunca), álcool (independente de quantidade de consumo, atual e passado ou nunca), história familiar de hipertensão, dano em órgão-alvo (repercussões da hipertensão em órgãos, como cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos), número de medicamentos prescritos e posologia.

Na análise estatística, foi utilizado o modelo de análise multivariada para a determinação de fatores preditivos para o não controle da pressão arterial, com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A significância estabelecida foi de 5%. Foi utilizado o programa Stata 6.0 para análise e processamento dos dados.

RESULTADOS

Em um total de 96 pacientes estudados, 28 (29,2%) pacientes apresentavam a pressão arterial controlada e 68 (70,8%) estavam com a pressão não controlada, sendo que a pressão arterial sistólica estava não controlada em 66 (69,5%) e a diastólica em 54 (56,8%) pacientes. A média da idade dos pacientes foi de $55,4 \pm 12$ anos e o sexo predominante foi o feminino, com 60 (62,5%) pacientes. As demais características estão contidas na Tabela 1.

A amostra foi dividida em dois grupos: pressão arterial controlada e não controlada. Nesta primeira análise, as variáveis que apresentaram distribuição diferente entre os grupos foram número de medicamentos prescritos, onde os pacientes que foram tratados com mais de um medicamento tiveram maior taxa de não controle do que os tratados com apenas um (79,7% vs. 56,8%, $p=0,01$); classificação da PA, onde foi maior o não controle da PA nos hipertensos

graves do que nos leves/moderados (85,4% vs. 60,0%, $p=0,01$), e posologia prescrita, sendo o não controle da PA maior nos pacientes que eram tratados com posologia maior que uma vez ao dia em comparação àqueles com apenas uma vez (78,3% vs. 51,8%) (Tabela 2). Devido à possibilidade de viés de confundimento presente entre as variáveis estudadas, realizou-se uma análise multivariada para eliminar os resultados falso-positivos e falso-negativos.

Na análise multivariada, incluindo-se todas as variáveis em estudo, quatro se associaram de maneira independente com maior probabilidade de não controle da pressão arterial: idade ≥ 50 anos com risco relativo de 3,4 ($p=0,02$); sexo feminino, com risco relativo de 3,1 ($p=0,04$); hipertensão grave, com risco relativo de 4,2 ($p=0,01$) e posologia maior que 1 vez ao dia com risco relativo de 3,4 ($p=0,02$) (Tabela 3).

Tabela 1 - Características da amostra na avaliação inicial da Hipertensão Arterial. São Luís - MA., 2001.

Características	f (%)	Características	f (%)
Sexo		Lesão em órgão alvo	
Feminino	60 (62,5)	Presente	31 (33,3)
Masculino	36 (37,5)	Ausente	65 (66,7)
Cor ^a		Classificação da PA	
Branco	15 (30,0)	Grave	41 (42,7)
Negro/pardo	35 (70,0)	Leve/moderada	55 (57,3)
Tempo de doença		Nº de medicamentos	
> 5anos	41 (43,2)	apenas 1	37 (38,5)
≤ 5 anos	55 (56,8)	mais de 1	59 (61,5)
Álcool ^a		Posologia	
passado/nunca	67 (82,7)	1x ao dia	28 (29,2)
atual	14 (17,3)	>1x ao dia	68 (70,1)
Tabagismo ^a		Controle da PA	
passado/nunca	82 (87,2)	Sim	28 (29,2)
atual	12 (12,5)	Não	68 (70,8)
História familiar ^a			
Positiva	65 (82,8)		
Negativa	22 (17,2)		

^a Representa características em que houve perda de dados.

Tabela 2 - Características dos pacientes identificados nos grupos de PA controlada e não controlada

Variável	PA controlada f (%)	PA não controlada f (%)	RR	P
Idade				
≥50 anos	15 (23,4)	49 (76,6)	2,2	0,08
<50 anos	13 (49,6)	19 (59,4)		
Sexo				
Feminino	15 (25,0)	45 (75,0)	1,7	0,25
Masculino	13 (36,1)	23 (63,9)		
Cor				
Negro/pardo	09 (25,7)	26 (74,3)	2,5	0,15
Branco	07 (46,6)	08 (53,3)		
Tempo de doença				
≤5 anos	19 (35,2)	35 (64,8)	0,5	0,16
>5 anos	09 (21,9)	32 (78,1)		
Tabagismo				
Atual	03 (25,0)	09 (75,0)	1,6	0,67
Passado/nunca	25 (30,5)	57 (69,5)		
Álcool				
Atual	04 (28,6)	10 (71,4)	1,1	0,47
Passado/nunca	21 (31,3)	46 (68,7)		
História familiar				
Positiva	16 (24,6)	49 (75,4)	1,4	0,50
Negativa	07 (31,8)	15 (68,2)		
Lesão de órgão alvo				
Ausente	19 (29,7)	45 (70,3)	0,9	0,87
Presente	09 (28,1)	23 (71,8)		
No de medicamentos				
Mais de 1	12 (20,3)	47 (79,7)	3,0	0,01
Apenas 1	16 (43,2)	21 (56,8)		
Classificação da PA				
Grave	06 (14,6)	35 (85,4)	3,9	0,01
Leve/moderada	22 (40,0)	33 (60,0)		
Posologia				
>1x ao dia	15 (21,7)	54 (78,3)	3,3	0,01
1x ao dia	13 (43,2)	14 (51,8)		

Tabela 3 - Razão de risco para o não controle da pressão arterial, variáveis significativas na análise multivariada.

Variável	Risco relativo (95% IC)	P
Idade ≥ 50 anos	3,4 (1,15-10,13)	0,02
Sexo feminino	3,1 (1,05-9,20)	0,04
Hipertensão grave	4,2 (1,38-12,65)	0,01
Posologia > 1x ao dia	3,4 (1,20-9,76)	0,02

DISCUSSÃO

O tratamento da hipertensão arterial é sempre baseado em mudanças de estilo de vida e pode ser ou não farmacológico. Qualquer que seja a opção, é fundamental obter a adesão continuada dos pacientes às medidas recomendadas para o controle adequado da pressão arterial.

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente.

O controle inadequado da pressão arterial, fato freqüentemente observado, pode estar relacionado à falta de adesão do hipertenso ao tratamento. Adesão pode ser caracterizada como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde⁷.

Nos Estados Unidos, estima-se a existência de 50 milhões de hipertensos. Dados do National Health and Nutrition Examination Survey de 1994 (NHANES III) apontam que, entre os hipertensos, 68% têm conhecimento da doença, 54% estão sob tratamento e apenas 27% estão controlados⁸. Neste estudo, verificou-se que apenas 29,2% dos pacientes estavam controlados. Esta taxa foi bastante baixa uma vez que se tratava de pacientes que estavam sendo tratados em regime ambulatorial.

Observou-se que a pressão arterial sistólica foi bem menos controlada que a diastólica, fato este documentado em outros estudos. No Hypertension Optimal Treatment⁶ trial o controle da PAD excedeu 90%, enquanto que o controle da PAS foi menor que 60%.

Esta alta taxa de não controle da pressão arterial deve-se provavelmente ao baixo estrato social

dos pacientes atendidos na Liga de Hipertensão do HU-UFMA resultando em uma baixa adesão ao tratamento provavelmente devido a dificuldade em adquirir a medicação prescrita.

Os pacientes do sexo feminino constituíram um grupo de maior taxa de não controle da pressão arterial que os do sexo masculino. Este dado foi bastante intrigante uma vez que o sexo masculino tem menor adesão ao tratamento de acordo com a literatura⁵ e conseqüentemente menor controle da pressão arterial. Acredita-se que esse achado pode ser decorrente de um provável viés de confundimento com variáveis não estudadas como escolaridade e renda mensal. Será que esta menor taxa de controle da pressão arterial nas mulheres deve-se realmente a uma menor adesão, ou a uma menor escolaridade, ou renda em comparação ao sexo masculino?

A idade maior que 50 anos foi um fator preditivo para o não controle da pressão arterial, devendo-se principalmente ao elevado número de pacientes com mais de 70 anos (12,5%), que tendem a apresentar uma menor adesão ao tratamento e às consultas⁹.

Pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica grave apresentaram, como já esperado, uma maior dificuldade para o controle da hipertensão, uma vez que são geralmente refratários ao tratamento medicamentoso requerendo esquemas complexos e de alto custo, o que dificulta mais ainda o controle da pressão arterial.

Mais importante que o número de medicamentos prescritos, observou-se que os pacientes que tinham a posologia dos medicamentos anti-hipertensivos maior que uma vez ao dia apresentaram uma maior taxa de não controle da hipertensão.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma elevada taxa de pacientes com a hipertensão não controlada em tratamento ambulatorial na Liga de Hipertensão do HU-UFMA. Apesar da inexistência de dados para a população geral de hipertensos, acredita-se que os valores de não controle da pressão arterial devam ser muito mais expressivos que os encontrados neste

estudo, ressaltando-se a dificuldade para o controle da hipertensão na população carente devido principalmente à dificuldade para aquisição dos medicamentos. O grupo de risco para o não controle da pressão arterial identificado foi sexo feminino, idade maior que 50 anos, hipertensos graves e cuja a posologia foi maior que uma vez ao dia.

REFERÊNCIAS

1. Burt VL, Curtler JA, Higgins M et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adults US population: data from the health examination surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995; (26):60-9.
2. Chalmers J et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee 1999 World Health Organization: International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; (17):151-85.
3. Clarck LT. Improving compliance and increasing control of hypertension. *Am Heart J* 1991; (121):664-9.
4. Fuchs FD, Lubianca JF, Moraes RS et al. Blood pressure effects of antihypertensive drugs and lifestyle modification in a Brazilian hypertensive cohort. *Hypertension* 1997; (15):783-92.
5. Georgi DM, Mion Jr D, Marcondes MM et al. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influência de variáveis

- estruturais e estratégias que visam a sua melhoria. *Rev Bras Med* 1985; (4):167-76.
6. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) Randomised Trial. *Lancet*. 1998; (351):1755-62.
 7. Horwitz RJ, Horwitz SM. Adherence to the treatment and health outcomes. *Arch Intern Med* 1993; (153):1863-18.
 8. Joint National Committee. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; (157):2413-45.
 9. Lessa I, Fonseca J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1997; (68):443-9.
 10. Oigman W. *Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo*. In: Nobre F, Pierin A, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p. 37-46.
 11. Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. *Am Heart J* 1995; 130 (Pt 1): 572-9.
 12. Tao S, Wu X, Duan X et al. Hypertension prevalence and status of awareness, treatment and control in China. *Chin Med J* 1995; (108): 483-9.
 13. Whelton PK. Epidemiology of hypertension. *Lancet* 1994; (344): 101-6.

Incapacidades físicas oculares em pacientes portadores de hanseníase atendidos no programa saúde da pele do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra/UFMA.

Ocular physical disabilities in leprosy patient carriers assisted in the program health of the skin of the Unit Presidente Dutra University Hospital/UFMA.

Aracely Silva Luz¹, Arlene de Jesus Mendes Caldas², Dorlene Maria Cardoso de Aquino²

RESUMO: Realizou-se um estudo retrospectivo, com o objetivo de estudar as incapacidades físicas oculares em pacientes portadores de hanseníase. A população de estudo foi constituída por 901 casos de hanseníase, diagnosticados no Programa “Saúde da Pele” do Hospital Universitário Presidente Dutra, no período de janeiro/95 a dezembro/99. Destes, 175 foram avaliados quanto as incapacidades físicas oculares, correspondendo a 19,4% da população. Coletou-se os dados da ficha roteiro de avaliação ocular, que compõe o prontuário dos pacientes. Para a análise dos dados, utilizou-se o Programa EPIINFO, versão 6.04b, do CDC-Atlanta-EUA. Os resultados apontaram que 32,6% da população estudada apresentava incapacidades físicas nos olhos, sendo mais freqüentes a anestesia e/ou hipoestesia de córnea, opacidade corneana e lagofalmo. Os maiores percentuais de incapacidades foram observados no sexo feminino, na faixa etária de 45 a 59 anos e nas formas virchowiana e dimorfa. Concluiu-se que apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento da hanseníase, o comprometimento ocular continua presente nos dias atuais.

Descritores: Hanseníase. Incapacidades físicas oculares.

ABSTRACT: A retrospective study aiming at evaluating the ocular physical disabilities in leprosy patients was undertaken. The study population made up 901 leprosy cases diagnosed from January 1995 to December 1999 in the “Skin Health” Program of the Presidente Dutra University Hospital. Of that, 175 cases concerning the ocular physical disabilities, which accounted for 19,4% of the population, were evaluated. Data were collected from the ocular evaluation schedule which is part of the patient prontuary. For analyzing data, EPIINFO program 6.04b (CDC-Atlanta-USA) was applied. The results showed that 32.6% of the studied population presented ocular physical disabilities, being the anesthesia and/or hypostesia of the cornea, opacity and lagophthlmo the most frequent leprosy aspects. The highest disability percentages were represented by females, aging between 45 and 59 years and that bearing the virchowian and domorphic leprosy forms. Although the leprosy diagnosis and treatment methods are increasing it was shown that the ocular aspect of the disease is currently present.

Keyword: Leprosy; Ocular physical disabilities.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução crônica que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos¹.

O Brasil ocupa o 2º lugar do mundo em endemicidade tendo registrado em 1998, 78.699 casos. O estado do Maranhão ocupa o segundo lugar no Brasil e o primeiro da região Nordeste em relação a prevalência com 16, 13 casos /10.000 habitantes².

Constitui-se um sério problema de saúde pública, não somente por sua alta prevalência em alguns países, mas também por seu alto grau incapacitante, causando alterações no nervos periféricos, incluindo o ocular^{3 4}.

Nos olhos, o bacilo de Hansen pode atingir, direta ou indiretamente, todas as estruturas resultando

em incapacidades físicas e alterações oculares, principalmente nos pacientes portadores da forma virchowiana¹.

Em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que havia cerca de 250.000 pacientes cegos em um total de 12 milhões de pacientes com hanseníase⁵.

A ausência de trabalhos que descrevessem os comprometimentos oculares decorrentes da doença, entre os pacientes atendidos no Programa “Saúde da Pele” do Hospital Universitário da UFMA, tornou-se a motivação para este trabalho que teve por objetivos estudar as incapacidades físicas oculares em pacientes portadores de hanseníase atendidos no referido programa.

¹ Enfermeira

² Mestre em Saúde e Ambiente pela UFMA. Docente da UFMA.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo no Programa "Saúde da Pele", no qual foram avaliados as incapacidades físicas e alterações oculares nos pacientes portadores de hanseníase, diagnosticados nos período de Janeiro/95 a dezembro/99.

O Programa "Saúde da Pele" (PSP) é um programa de extensão do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e integra o Serviço de Dermatologia Sanitária do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), em São Luís-MA.

O PSP tem como objetivo: atender, acompanhar e tratar os pacientes portadores de hanseníase inscritos no programa; desenvolver ações voltadas para a prevenção e redução de danos físicos ocasionados pela doença; participar da Vigilância

Epidemiológica na área de hanseníase, através da notificação dos casos novos, exames de contatos e fornecimento à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, de outras informações necessárias ao controle da hanseníase.

A população do estudo foi constituída por 901 casos de hanseníase diagnosticados no período de janeiro/95 a dezembro de/99. Destes, 175 foram avaliados quanto as incapacidades físicas e alterações oculares, correspondendo a 19,4% da população total.

Os dados, coletados da ficha-roteiro de avaliação dos olhos que compõe o prontuário dos pacientes, foram registrados em um questionário específico. Para a análise dos dados, utilizou-se o Programa EPIINFO, versão 6.04b, do CDC-Atlanta-EUA⁶.

RESULTADOS

Os resultados apontados que 32,6% da população estudada apresentavam incapacidades físicas nos olhos; estas foram mais freqüentes entre os pacientes do sexo feminino, faixa etária de 45 a 59 anos e portadores das formas clínicas virchowiana e dimorfa. Apesar da incapacidade física ter sido mais frequente entre os pacientes da faixa etária de 45 a 59 anos, em todas as faixas, foram registradas incapacidades físicas (Tabela1).

Ao considerar-se o grau de incapacidades, observou-se maiores percentuais de Grau I, nas formas tuberculóide (26%) e dimorfa (26,5). Os graus II e III foram mais identificados entre os pacientes portadores

da forma virchowiana com 13,6% e 4,5% respectivamente (Tabela1).

Os resultados relativos às incapacidades físicas registradas mostraram que 24% dos pacientes apresentavam hipostesia e/ou anestesia de córnea. As formas clínicas dimorfa e virchowiana apresentaram maior prevalência desta incapacidade (Tabela2).

Verificou-se que o lagofalmo, o ectrópio e a acuidade visual menor que 0,1 forma mais freqüentes entre os pacientes portadores da forma virchowiana. A triquíase e a opacidade corneana foram mais identificadas entre os da forma dimorfa (Tabela2).

Tabela 1 - População estudada por grau de incapacidade x sexo, idade e forma clínica. programa saúde da pele. Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra. São Luís, 2001.

Variáveis	Grau de Incapacidade									
	Grau 0		Grau I		Grau II		Grau III		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo										
Masculino	70	68,6	25	24,5	5	4,9	2	2,0	102	58,3
Feminino	48	65,8	16	21,9	8	11,0	1	1,4	73	41,7
Idade										
< 15 anos	8	80,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	10	5,7
15 - 29 anos	47	72,3	15	23,1	3	4,6	0	0,0	65	37,1
30 - 44 anos	27	61,4	8	18,2	7	15,9	2	4,5	44	25,1
45 - 59 anos	12	46,2	10	38,5	3	11,5	1	3,8	26	14,9
≥ 60 anos	24	80,0	6	20,0	0	0,0	0	0,0	30	17,2
Forma clínica										
Indeterminada	26	81,3	5	15,6	1	3,1	0	0,0	32	18,3
Tuberculóide	37	74,0	13	26,0	0	0,0	0	0,0	50	28,6
Dimorfa	29	59,2	13	26,5	6	12,2	1	2,0	49	28,0
Virchowiana	26	59,1	10	22,7	6	13,6	2	4,5	44	25,1
Total	118	67,4	40	23,4	13	7,4	3	1,7	175	100,0

Tabela 2 - Incapacidade física por forma clínica. programa saúde da pele. Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra. São Luís-ma, 2001.

Incapacidade Física	Forma Clínica									
	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfo		Virchowiana		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Anestesia e/ou hipoestesia										
Sim	5	15,6	8	16,0	14	28,6	15	34,1	42	24,0
Não	27	84,4	42	84,0	35	71,4	29	65,9	133	76,0
Lagoftalmo										
Sim	1	3,1	0	0,0	2	4,1	2	4,5	5	2,9
Não	31	96,9	50	100,0	47	95,9	42	95,5	170	97,1
Triquíase										
Sim	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	0,6
Não	32	100,0	50	100,0	48	98,0	44	100,0	174	99,4
Ectrópio										
Sim	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	2,3	2	1,1
Não	32	100,0	49	48,0	49	100,0	43	97,7	173	98,9
Opacidade corneana										
Sim	0	0,0	2	4,0	5	10,2	4	9,1	11	6,3
Não	32	100,0	48	69,0	44	89,8	40	90,9	164	93,7
Acuidade visual > 0,1										
Sim	0	0,0	1	2,0	1	2,0	1	2,3	3	1,7
Não	31	96,9	49	98,0	47	96,0	43	97,7	170	97,1
Não realizada	1	3,1	0	0,0	1	2,0	0	0,0	2	1,2
Total	32	18,3	50	28,6	49	28,0	44	25,1	175	100,0

DISCUSSÃO

No presente estudo, os resultados relativos à incapacidade física e sexo foram contrários aos mencionados por Smith⁷ e Ponnighaus et al.⁸.

Em relação à idade, os maiores percentuais encontrados na faixa etária de 45 e 49 anos, assemelharam-se ao relatado por Reddy, Bansal⁹. Entretanto, o registro de pacientes menores de 15 anos, com incapacidades físicas divergiu do mencionado por estes autores e por Kushwau et al.¹⁰.

Talhari e Neves¹ referem que os bacilos de hansen podem atingir quase todas as estruturas dos olhos, seja por ação direta ou indiretamente, por processos reacionais. Os danos poderão ocorrer em todas as formas de hanseníase, sendo a predisposição para as complicações oculares, maior no paciente virchowiano.

Oréfica¹¹, estudando as manifestações oculares da hanseníase, relatou que entre as formas de hanseníase, a virchowiana é a mais grave e a que mais atinge o bulbo ocular. Tal resultado também foi observado neste estudo e apesar de não ter havido diferença percentual entre a incapacidade física nas

formas dimorfa e virchowiana, um maior número de incapacidades foi identificada entre os da forma virchowiana (hipo e/ou anestesia de córnea, lagoftalmo, ectrópio e acuidade visual menor que 0,1).

Em relação às incapacidades físicas identificadas, os resultados relativos a hipo e/ou anestesia de córnea, foram superiores ao mencionado por Zhang et al.¹². Em relação ao lagoftalmo, os resultados foram inferiores aos relatados por Feytuche¹³ e Jofirion¹⁴. A baixa freqüência de pacientes portadores por formas tuberculóides e virchowiana, que apresentavam ectrópio entre a população estudada assemelhou-se aos achados de Oréfica¹¹.

A baixa proporção de pacientes com cegueira e perda da visão relatada por Martinez-Dominguez et al.¹⁵ também foi observada em nosso estudo. Entretanto, Zhang et al.¹² e Nordeen¹⁶ referiram valores superiores aos identificados neste estudo.

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento da hanseníase, observa-se que o comprometimento ocular continua presente nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

1. Talhari S, Neves RG. *Hanseníase*. Manaus: Tropical; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Prevalência da hanseníase segundo a unidade de federação*. 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/hanseníase>.
3. Santos AS. Atuação do enfermeiro no controle epidemiológico da hanseníase. *Rev. Bras. Enfer.*, 1992; 45: 227-30.
4. Vieth H, Saloti SRA, Passearotti S. *Guia de prevenção ocular em hanseníase*. São Paulo: Talmile; 1995.

5. World Health Organization (WHO). *Guia para la eliminacion de la lepra como problema de salud publica*. Geneva: WHO/LEP;1995.
6. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. *Epi Info versão 6: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para computadores*. Atlanta: Centers for Diseases Control and Prevention; 1994.
7. Smith WCS, Parkhe SM. Disability assessment as a measure of progress in leprosy control. *Lepr. Rev.*, 1996; 57:251-59.
8. Ponnighaus IM et al. Disabilities in leprosy patients ascertained in a total population survey in Koronga District, Northern Malav. *Lep. Rev.*,1990; 61:366-74.
9. Reddy BN, Bansal RD. Na epidemiological study of leprosy disability in a leprosy endemic rural population of Pondicherry South India. *Indian J. Lepr*, 1984; 56:191-99.
10. Kushwah SS et al. Na epidemiological study of disabilities among leprosy patients attending leprosy clinic Gqalion. *Lep Indian*, 1981; 53:240-47.
11. Oréfice F. Estudo da histopatologia e clínica ocular em hanseníase em hospital de dermatologia sanitária. [Tese]. Belo Horizonte (MG). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 1988. 90p.
12. Zhang G et al. An epidemiological survey of deformities and disabilities among 14.257 cases of leprosy in 11 countries. *Lep. Rev.*, 1993; 64:43-149.
13. Feytche TJ, Macdougall C. Leprosy and eyes a review. *JR Soc Med London*, 1985; 78:397-400.
14. Joffrion VC, Brand ME. Leprosy of the eyes: a general outline. *Lep. Rev.*, 1998; 52:105-114.
15. Martinez-Domingues et al. Who surveys of disabilities in leprosy in Northern Katsina, Cameroon and Khonkan. *Intern J Lepr*, 1996; 34:244-254.
16. Noordeein SK. *Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública*. Geneva: 1995.

Epidemiologia do carcinoma epidermóide de língua em São Luís-Maranhão

Epidemiology of epidermoid carcinoma of tongue in São Luís-Maranhão

Nôlma Barradas Silva¹, Leopoldo Muniz da Silva², Fernando Félix Calvet Campelo², Abderval Pinto Bandeira Neto², Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento³

RESUMO: Análise dos casos de câncer de língua no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello. Estudou-se 55 prontuários registrados de 1990 a 2000. A distribuição anual do número de casos não mostrou diferença estatisticamente significativa. O câncer de língua alcançou 35% dos casos na cavidade oral, sendo a faixa etária predominante superior a 69 anos. O sexo mais acometido foi o masculino (58%) e a raça não-branca (93%). Quanto à profissão, os lavradores (27,3%) e as domésticas (27,3%) alcançaram as maiores frequências. Os pacientes eram procedentes predominantemente do interior do Estado (61,8%). Demonstra-se neste estudo a situação atual do câncer de língua no Estado e a necessidade de ações em Saúde Pública para implementação do diagnóstico precoce e assim, reduzir a mortalidade por câncer de língua.

Descritores: carcinoma epidermóide, língua.

ABSTRACT: The present study intended to analyze retrospectively the problem of the oral epidermoid carcinoma diagnosed in the period from 1990 to 2000, in the Institute from Maranhão of Oncology Aldenora Bello in São Luís, Maranhão. 55 cases of malign neoplasias of tongue were studied and it all presented was epidermoid carcinoma. All cases were submitted to histopathological exams, which were analysed through: annual distribution, age group, sex, color of the skin, origin, profession, anatomical location and histologic all classification. It was not observed a significant annual variation of epidermoid carcinoma in tongue at time of study. The tongue was the localization more attacked, followed by the lips. The most prevalence of the tongue epidermoid carcinoma was the age = 69 anos; in the male sex (58%) and non white color (93%) which origin of larger index came from rural zone of the State. (61,8%); the profession of larger expression was tiller and maid. So, demonstrate in this study the present tongue cancer situation of State and the necessity of Healthy Public actions to improve precece diagnostic and so reduce the mortality by tongue cancer in Maranhão.

Key-word: epidermoid carcinoma, tongue.

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda maior causa de morte nos Estados Unidos e a expectativa é que no século XXI ela seja a principal. O câncer de cabeça e pescoço representa 5% dos novos casos registrados por ano.¹

O câncer de boca é um problema de saúde pública e sua incidência tem aumentado consideravelmente. É importante que se conheça os aspectos clínicos das lesões cancerizáveis, que se identifiquem os fatores irritantes locais, ambientais e fatores do hospedeiro (idade, raça, sexo e herança genética), além de detectar essas lesões precocemente².

De acordo com os estudos de PENG et al³. na França, a localização mais freqüente deste carcinoma epidermóide bucal é na língua.

O carcinoma espinocelular também conhecido como carcinoma epidermóide é o mais comum na boca. A sobrevida dos pacientes com câncer de boca está diretamente relacionada com a extensão da doença quando o diagnóstico é precoce e o tratamento especializado é aplicado.

A exposição da mucosa bucal a agentes cancerígenos resulta, inicialmente em lesões

inflamatórias inespecíficas que são reversíveis, caso a agressão seja suspensa. Porém se os agentes continuam agredindo a mucosa oral eles provocam reações que podem levar ao desenvolvimento de alterações celulares chamadas de displasias. Dependendo da intensidade e do tempo de exposição aos agentes cancerígenos as displasias evoluem de leve para moderada, daí para a forma grave e, finalmente para carcinoma in situ⁴.

Os fatores de risco mais presentes nos países desenvolvidos são: o álcool e o fumo, sendo que no terceiro mundo, somam-se a eles a desnutrição e a inadequada higiene. Também, MURPHY et al⁵. refere que estes fatores associados à prótese dentária corroboram com a estatística do câncer oral. Na mulher, especialmente, aquelas descendentes dos europeus com deficiência crônica de ferro (Síndrome de Plummer-Vinson) observa-se maior freqüência na língua.

As alterações ocorridas na mucosa, decorrentes da presença dessa substância somam-se a exposição contínua ao calor despreendido pela combustão do fumo, e os portadores de úlceras na cavidade oral são mais vulneráveis pelo contato das

¹ Mestre em Ciências da Saúde pela UFMA. Docente da UFMA.

² Alunos do Curso de graduação de medicina/UFMA, Bolsistas do PIBIC/UFMA-CNPq

³ Doutora em MEDICINA pela UNIFESP-Escola Paulista de Medicina. Docente da UFMA.

substâncias e elementos agressivos com o tecido.

O Brasil ocupa o 4º lugar em incidência no mundo e cerca de 10% dos tumores malignos do corpo humano em brasileiros, estão localizados na boca.⁶ Verificou-se que nos últimos 30 anos, a incidência do câncer de boca no Brasil tem aumentado. Muito desses casos são diagnosticados numa fase muito tardia, levando o paciente à morte ou a cirurgias complicadíssimas e mutilações que provocam deformidade, impedindo o paciente de levar uma vida normal⁶.

SAMPAIO et al.,⁷ na Universidade de São Paulo constatou que o carcinoma epidermóide da cavidade oral predominou no sexo masculino (84,7%) resultando a proporção de 5:1, na faixa etária de 41 a 50 anos (28,8%) e de cor branca (83%).

No que diz respeito ao sexo existe uma clara predominância da neoplasia maligna da cavidade oral

no sexo masculino em relação ao feminino^{8,9}.

THOMAZ et al.¹⁰ desenvolveu recentemente atividades de prevenção e diagnóstico precoce das neoplasias malignas da cavidade oral, demonstrando que a educação é argumento fundamental para a cura e controle dessa enfermidade.

No Maranhão, há escassez de informações científicas que abordem as neoplasias malignas. SILVA¹¹ analisou no Maranhão os casos das neoplasias malignas da cavidade oral referente aos últimos dez anos e demonstrou a predominância do câncer de língua seguido do lábio, os quais foram registrados pelo serviço especializado em Oncologia do Estado. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar os casos de câncer de língua registrados no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello de 1990 a 2000, enfatizando os aspectos epidemiológicos e o diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermóide.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo em prontuários de pacientes com carcinoma epidermóide de língua atendidos no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, São Luís-Maranhão, registrados no período de 1990 a 2000.

As informações obtidas nos prontuários referentes às variáveis em estudo (idade, sexo, raça, profissão, procedência, diagnóstico histopatológico) foram registradas em fichas padronizadas previamente

elaboradas.

Também foi levantado no setor de arquivo do hospital a frequência de outras neoplasias da cavidade oral registrados no mesmo período.

O processamento dos dados foi realizado utilizando-se o programa de informática EpilInfo 2000. O teste estatístico aplicado foi o qui-quadrado a um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

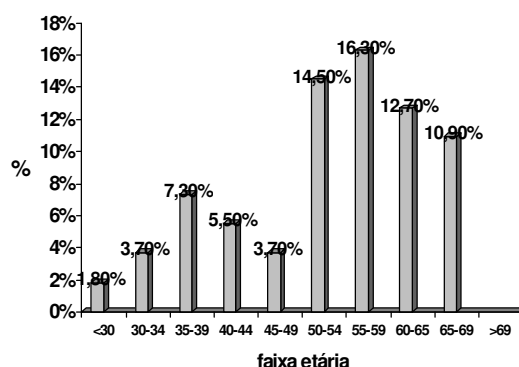
Foram estudados no período de 1990 a 2000, 145 pacientes com diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermóide da cavidade oral. A distribuição anual destes casos não demonstrou variação estatisticamente significativa. Entretanto, em 1995 houve um decréscimo nos registros destas patologias.

A ocorrência do câncer de língua foi verificada, principalmente em pacientes com idade > 69 anos (Figura 1). Entre os pacientes estudados com câncer de língua verificou-se o mais jovem com 27 anos e o mais idoso com 98, a mediana foi de 63 anos e a média geral de 62,67 anos.

A Figura 2 demonstra a distribuição anatômica dos casos de carcinoma epidermóide da cavidade oral destacando a localização do tumor na língua (35%) seguido do acometimento no lábio (17,9%).

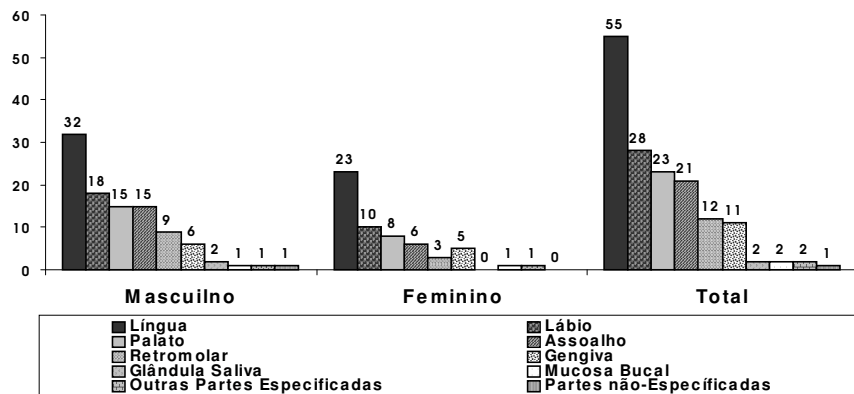
O carcinoma epidermóide de língua foi predominante no sexo masculino (58%) e na raça não branca (93%). Observa-se que neste estudo foi constatada predominância da profissão doméstica (27,3%) e lavrador (27,3%) nos casos de carcinoma epidermóide de língua (Figura 3).

Na Figura 4 observa-se a predominância da procedência dos pacientes com carcinoma epidermóide de língua oriundos do interior do Estado (61,8%), seguido de São Luís (36,4%), capital do Estado do Maranhão.



$$\chi^2 = 9,98p=0,26618$$

Figura 1 - Faixa etária dos casos de câncer de língua diagnosticados no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello. São Luís-Maranhão, 1990 a 2000.



$\chi^2 = 9,98p=0,26618$

Figura 2 – Localização anatômica de tumores malignos da cavidade oral dos casos, segundo o sexo registradas no Instituto Maranhenses de Oncologia Aldenora Bello. São Luís –Maranhão, 1990 a 2000.

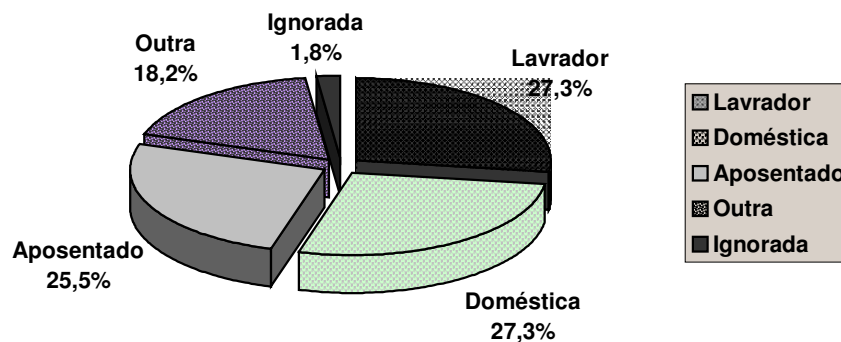


Figura 3 – Profissão dos casos de carcinoma epidermóide de língua registrados no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello. São Luís – Maranhão, 1990 a 2000.

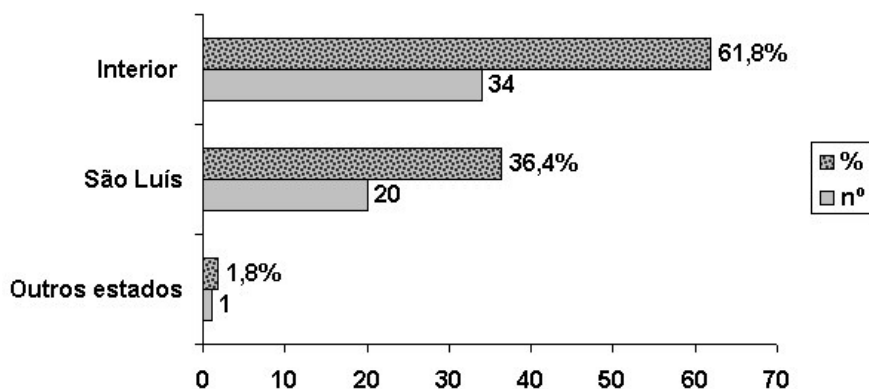


Figura 4 - Procedência dos casos de carcinoma epidermóide de língua registrados no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello. São Luís – Maranhão, 1990 a 2000.

DISCUSSÃO

O carcinoma epidermóide de língua e lábio continuam sendo considerados como um sério problema de Saúde Pública, devido à elevada taxa de incidência e mortalidade. Estes dados concordam com os achados nesta pesquisa, os quais demonstraram predomínio do câncer de língua, seguido da localização no lábio¹².

Levando-se em consideração estes resultados

e diante da diversidade de localização anatômica do carcinoma epidermóide na cavidade bucal destacando a língua, justifica-se a implementação de atitudes práticas, visando um diagnóstico precoce⁶.

O predomínio do acometimento do tumor localizado na língua dos pacientes em estudo reflete diferenças regionais provavelmente provocadas por fatores ambientais, costumes alimentares e culturais,

além de fatores raciais e sócio-econômicos dos lavradores e domésticas, profissões estas mais freqüentemente acometidas por câncer de língua no nosso meio. Tais achados assemelham-se aos de ARAÚJO FILHO et al.¹³, no Estado do Rio de Janeiro.

Muitos fatores contribuem para que ocorra o decréscimo das neoplasias malignas da cavidade oral, dentre eles, o saneamento básico, uso de vacinas e antibióticos que afastaram as doenças infecciosas e parasitárias aumentando a expectativa de vida. Mudanças de hábitos, consumo de alimentos industrializados que contêm conservantes, corantes e aromatizantes, difusão do vício de fumar, hábito de ingerir bebidas alcoólicas, poluentes atmosféricos, são considerados fatores de risco⁵. Contudo, não foi possível neste estudo retrospectivo a obtenção de dados referentes ao hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica, devido à inexistência destas informações no prontuário dos pacientes com câncer de língua.

Em termos gerais, porém, o hábito de fumar vem diminuindo, mas, não há queda esperada da incidência da neoplasia maligna da cavidade oral, o

que sugere a existência de outros agentes carcinogênicos¹³.

Em função da necessidade de se fazer o diagnóstico precoce, que amplia consideravelmente a curabilidade do câncer, inclusive o de boca, fica patente que aos profissionais da saúde, cabe examinar, reconhecer, diagnosticar e orientar o seu paciente com precisão e rapidez.

O carcinoma epidermóide de língua no Maranhão constitui enfermidade degenerativa que acomete principalmente o sexo masculino, faixa etária acima de 69 anos de idade, as profissões lavrador e doméstica, predominantemente oriundos do interior do Estado.

Demonstra-se neste estudo a epidemiologia do câncer de língua no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, Hospital de referência para o câncer no Estado do Maranhão. Assim, sugerimos ações em Saúde Pública para implementação do diagnóstico precoce e assim, reduzir a mortalidade para o câncer de língua.

REFERÊNCIAS

- Murphy G, Mooris LB. *Informed Decisions: American Cancer Society. New York: VKING; 1997.*
- Organização Mundial de Saúde. *Bases para a prevenção de doenças bucais.* São Paulo: Santos, 1992.
- Peng J, Raverdy N, et al. *Épidémiologie descriptive des cancers des voies aérodigestives supérieures dans le département de la Somme.* Bull Cancer 2000; 87(2): 201-206.
- San/SANmed: *Odonto Online [periódico online] 2001.* [capturado 2001 may 31]; Disponível em: <http://www.san.psi.br/sanmed/odontoonline/cancer/cancer6.htm>.
- Souza A, Stevaux OM, Santos GG, et al. *Epidemiologia do carcinoma epidermóide da mucosa bucal: contribuição ao estudo sobre três variáveis, sexo, faixa etária e raça.* R. Odontol. UNICID 1996; 8(2):127-134.
- Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil: Dados de registros de base populacional.* Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer INCA / Pro-Onco; 1995.
- Sampaio MC, Birman EG, Novelli MD. *Carcinoma spinocelular da boca: estudo clínico de 236 casos.* R. ARS CURANDI Odont 1981; 8(2):269-276.
- Sonis S T, Fazio RC, Fang L. *Carcinoma de células escamosas da cabeça e do pescoço.* In: Fazio RC. *Princípios e práticas de medicina oral.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 336-349.
- Neville, et al. *Patologia oral e maxilo facial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.252-313.
- Thomaz EBAF, Cutrim MCFN, Lopes FF. *A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral.* Acta Oncol. Brás. 2000; 20(4):149-152.
- Silva NB. *Aspectos epidemiológicos do carcinoma epidermóide da cavidade oral: casuística do Instituto de Oncologia Aldenora Bello em São Luís (Ma) [dissertação].* Universidade Federal do Maranhão; 2001.
- Sankarannarayanan R, Kebala MD. *Oral cancer in India: epidemiologic and clinic review.* Oral Sur Méd Oral Pathol. 1990; 69(3):325-330.
- Araújo Filho VJF, Carlucci Junior D, Sasaki S et al. *Perfil de incidência do câncer oral em um Hospital Geral em São Paulo.* R. Hosp. Clín. Fac. Med. São Paulo. 1998; 53(3):110-113.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Nôlma Barradas Silva
Rua Duque Bacelar, nº 41, quadra 33, Calhau São Luís-MA
CEP: 65067-510

As razões contraditórias na doação de gametas

Contradictory reasons in gamete donation

Luciane Maria Oliveira Brito¹, Raimundo Antonio da Silva², Maria Bethânia da Costa Chein³,
Luiz Gustavo Oliveira Brito⁴

RESUMO: A utilização das técnicas de Reprodução Humana Assistida objetivando a procriação suscitam inquietações quanto aos aspectos éticos e jurídicos. Embora existam controvérsias pelo avanço tecnológico, pode ser assegurado um futuro promissor no que tange aos recursos utilizados para tal procedimento. Assim são discutidos os aspectos éticos, religiosos, psicológicos, protocolos e pagamentos na doação de gametas tanto masculinos quanto femininos. A doação de oócitos fetais está em fase especulativa observando-se grande procura e pouca disponibilidade de oócitos. Em relação à reprodução após a morte, esta deverá permanecer ainda sob critérios ainda discutidos. Destaca-se a responsabilidade do especialista em Reprodução Humana Assistida, bem como familiares envolvidos, não esquecendo de aplicar o consentimento informado.

Descritores: Doação de gametas; reprodução humana assistida; técnicas; aspectos éticos.

ABSTRACT: Utilization of Assisted Human Reproduction techniques aiming procreation rouses concernings about ethical and juridical aspects. Despite controversies are created by technological advance, it may be assured a promising future in what concerns the used resources for such procedure. Thus, ethical, religious and psychological aspects, protocols and payments are discussed in male and female gamete donation. Fetal oocyte donation is in a speculative stage, observing enormous search and little availability of oocytes. About reproduction after death, this should remain under rules still discussed. It is emphasized the responsibility of specialist in Assisted Human Reproduction, as well as involved relatives, not forgetting to apply informed consentient.

Key words: Gamete donation; assisted human reproduction; techniques; ethical aspects.

INTRODUÇÃO

A utilização das técnicas de Reprodução Humana Assistida pelo profissional de saúde, objetivando a procriação, constitui uma situação de muitas dúvidas no que tange a limite permissivo.

As atuais técnicas de Reprodução Humana Assistida apresentam uma capacidade resolutiva, a tal ponto, que hoje podemos assegurar que, praticamente

quase todo casal tem condições de formar sua prole.

Controvérsias permanecem a despeito do avanço da biotecnologia no sentido de avaliar a licitude de determinados procedimentos, como na doação de gametas, que na visão de Eduardo Leite¹, é um assunto delicado que ainda gera perplexidade, quer de ordem técnica, quer de ordem ética.

DOAÇÃO DE GAMETAS

A doação de gametas masculinos é indicada nos casos de: esterilidade masculina não responsiva a tratamento clínico ou cirúrgico, doenças genéticas e hereditárias, incompatibilidade Rh e insucesso na fertilização "in vivo".

Existem situações que suscitam questionamentos quanto à validade de sua indicação, merecendo, portanto, maior clarividência, tais como: doação de gametas masculinos para mulheres solteiras e/ou homossexuais.

Quanto à doação de gametas femininos, são consensuais as seguintes indicações: disfunção gonadal, falência ovariana prematura, doenças hereditárias e castração ovariana (cirúrgica, química

ou radioterápica).

Em mulheres na peri e pós-menopausa ainda não existe consenso, questionando-se ser o direito ou não da maternidade nesta faixa etária.

Excluindo as indicações citadas, existem outras que despertam polêmicas, como os critérios de seleção dos doadores e receptores, o anonimato ou não das pessoas envolvidas, estado civil, identidade sexual (como nos homossexuais), pagamento por doação e religiosidade dos mesmos.

No Brasil², existe uma resolução (nº 1358/92) do Conselho Federal de Medicina, a qual regulamenta a gratuidade e anonimato da doação.

Sob os auspícios da Comunidade Européia,

¹ Doutora em Ginecologia pela UFRJ. Docente da UFMA.

² Doutora em Ginecologia pela UNIFESP. Docente da UFMA.

³ Doutor em Saúde Pública pela USP. Docente da UFMA.

⁴ Acadêmico de Medicina da UFMA. Bolsista PIBIC-CNPq.

foram realizados dois workshops em Paris (1993) e Corsendonk (1995) para o conhecimento das normas que regem os Centros de Reprodução Assistida na Europa.

Destes encontros resultou um documento que revisado em 1996, culminou na elaboração de um protocolo mínimo para padronizar princípios éticos relacionados à saúde, respeitando a autonomia de cada país³.

Consoante a esse protocolo, os doadores devem ser informados sobre o número máximo de filhos que poderá nascer com seus gametas, por família. Os riscos médicos inerentes a esses procedimentos deverão constar em documentação, conhecida como consentimento informado. O Programa de Doação tem como normas a serem seguidas: a idade de 18 a 45 anos para os doadores de sêmen; até 40 anos para as doadoras de oócitos e proibição da doação de gametas por parte da equipe médica do Centro de Reprodução Assistida.

É incentivado o anonimato e a não remuneração na doação de gametas, a não ser que seja para cobrir os gastos decorrentes das despesas de transporte, alimentação, etc., e mesmo assim, esta quantia deve ser limitada de tal maneira que a motivação da doação não seja comercial.

A bem da verdade, não existe universalidade no que concerne à legislação e aspectos éticos da Reprodução Humana Assistida.

É muito discutível. Os que se posicionam a favor, justificam para não estigmatizar os filhos fertilizados, não permitir a cobrança de heranças e outras despesas aos doadores e ainda não permitir a invasão de privacidade do doador pela curiosidade do filho fertilizado e/ou da família⁴.

Os que são contra, defendem que a verdade deve sempre prevalecer nos relacionamentos, que todos têm o direito de conhecer sua origem biológica, que crianças originadas de doação de gametas podem apresentar uma predisposição genética à doença e por não conhecer sua constituição gênica, podem prejudicar-se de alguma maneira ou ainda uma descoberta acidental de sua origem, através de exames de sangue ou tecido, podendo culminar com traumas

emocionais severos.

Os doadores devem ser de preferência aqueles com prole formada. Todos devem se submeter à avaliação física e psicológica, para rastreio de doenças genéticas, hereditárias e sexualmente transmissíveis. A doação deve ser postergada para seis meses após a criopreservação dos gametas, quando se repete o exame para pesquisa do HIV, mesmo se estes exames não demonstrarem nenhuma alteração.

Os Centros devem estar familiarizadas com as técnicas de Reprodução Assistida e seus equipamentos os mais atualizados possíveis, com certificados de controle de qualidade, renovados periodicamente.

A coleta dos gametas deve ser sempre realizada nos Centros de Reprodução.

Cada doador deverá ter, no máximo 10 nascimentos por doação; este número é o recomendável para se evitar a consangüinidade e conflitos psicossociais⁵.

Desde que numa família os diversos filhos possam ser concebidos com gametas do mesmo doador, o número de famílias receptoras também deve ser limitado por doador.

Cabe aos Centros a divulgação dos resultados sobre as tentativas e número de gravidezes alcançadas, tornando as informações acessíveis ao público.

As receptoras, ao assinarem o termo de consentimento informado, presume-se já sabedoras das etapas desta seleção, do anonimato que devem manter assim como eventual dispensa, se algum dos exames a que se submeterem mostrar-se alterado.

A história reprodutiva do parceiro deverá ser também investigada.

A seleção começa com avaliação psico-social e cuidadoso exame físico. A cavidade uterina é histeroscopia. A avaliação cardio-pulmonar fica reservada para aquelas acima de 40 anos nos Centros que admitem a recepção de gametas sem limites de idade. Segue-se a pesquisa de exames, como grupo sanguíneo, anticorpos anti-rubéola, HIV, hepatites B e C, etc, lembrando que todas estas etapas deverão estar descritas no consentimento informado.

IDADE FEMININA E MASCULINA

Quanto à idade das receptoras é aceita que o limite inferior seja 18 anos, enquanto o superior ainda é motivo de muita celeuma.

Questiona-se a doação de oócitos para mulheres na pós-menopausa, pois é notório que a gravidez nesta faixa etária implica em provável aumento de complicações clínicas (toxemia hipertensiva, placenta prévia, hemorragia pós-parto, embolia pulmonar e outras, cesarianas e doença crônicas), levando a uma maior incidência de morte materna e fetal⁶. Por isso, a American Society for Reproductive Medicine's Ethics

Committee⁷ considera que devemos desencorajar qualquer desejo para tal.

Indivíduos com uma expectativa de vida limitada por doença – câncer, por exemplo – não são impedidos por lei de procriarem e sabidamente dentro de algum tempo tornarão seus filhos órfãos.

Será justo mulheres sem doença serem privadas da maternidade pela idade?

Não há limites para ser receptora de oócitos, qualquer mulher com útero íntegro é uma candidata em potencial⁶.

Fatores médicos, psico-sociais, jurídicos e éticos devem nortear a decisão em ter ou não filhos.

Não devemos considerar somente a idade como fator limitante para impedir uma gravidez e nem considerar ser este desejo uma conduta antiética.

Os médicos e psicológicos, antes de realizarem a captação, devem considerar cada caso e analisá-lo.

É importante ressaltar que o uso de gametas masculinos idosos relaciona-se a maior prevalência de anomalias congênitas, preferindo-se, desta maneira, sêmen de doadores mais jovens⁸.

Outro aspecto de muita controvérsia é aquele sobre doação de gametas para mulheres solteiras.

Aqueles que são contra esta doação^{6,4}, alegam que a ausência de uma estrutura familiar composta por pais heterossexuais, prejudicaria a formação da personalidade da criança.

Por outro lado, aqueles que não se opõem⁹, afirmam que não sendo proibido uma mulher solteira gestar naturalmente, ou seja, “fazer uma produção independente”, como também não é proibido conceder separação judicial aos casais com filhos principalmente menores de 18 anos, por que haveria de se proibir gravidez em mulheres solteiras?

Mais uma vez, o bom senso deve prevalecer e cada caso deve merecer uma avaliação judiciosa.

Outro ponto polêmico é a doação para homossexuais. Estudo comparativo acerca do desenvolvimento físico e psico-social de crianças nascidas por doação, em lares de mães homossexuais, pais homossexuais e crianças nascidas por meios naturais de pais heterossexuais, demonstrou que a única diferença observada era que nos lares de mães homossexuais o relacionamento afetivo era mais harmonioso e o desenvolvimento emocional dos filhos, masculinos e femininos foram ajustados de acordo com seus gêneros^{10,9}.

Aqueles que são contra justificam sua posição alegando as mesmas condições das mulheres solteiras, ou seja, a ausência de estrutura familiar tradicional favoreceria a homossexualidade entre as crianças. Importante lembrar que estas justificativas são baseadas em “achismos”, pois os trabalhos científicos, como já citado, comprovam que não há diferença.

Nesta situação também devemos levar em consideração o bom senso avaliando a situação individualmente⁴.

Quanto ao pagamento ou não dos doadores, a maioria das Comissões de ética concorda que não deve ser dada nenhuma gratificação quanto ao material doado, sendo também a opinião da FIGO⁶.

A American Fertility Society⁵ delibera que os doadores merecem ser recompensados por gastos diretos e indiretos, em decorrência dos riscos e inconveniências a que se submeteram.

O pagamento a doadores favorece comercialização, conseqüentemente pode mascarar informações de suma

importância, como doenças pregressas pessoais e familiares.

O doador ideal seria aquele que fosse motivado por sentimentos altruístas. O tema é controverso e reflete muito a política econômico-social de cada país. Nos estados Unidos o pagamento ou não é de livre escolha. Na França, é proibido³. Na Inglaterra, cobra-se uma taxa ou oferece-se uma permuta com esterilização¹¹. Em nosso país, é gratuito¹².

Os aspectos religiosos interferem no tratamento da infertilidade. O Cristianismo, ou seja, as Igrejas Católica Romana, Ortodoxas e Protestantes proíbem qualquer técnica de Reprodução Humana Assistida, afirmando que: “A procriação não deve ser dissociada da copulação”⁴.

Os judeus também proíbem a doação de gametas, pois esta técnica pode levar ao incesto, gerar questionamentos quanto à herança e permitir que um ser fertilizado artificialmente não tenha herança biológica conhecida. No Islamismo também é proibido, pois a participação de qualquer outra pessoa significa adultério^{13,4}.

Berlinguer¹² comenta que laços familiares já foram consolidados em muitíssimos casos, a partir de crianças nascidas saudavelmente, oriundas de inseminação artificial.

Estão surgindo possibilidades para a utilização de oócitos fetais de fetos abortados, como também de transportar o ovário de feto abortado para mulheres no menacme.

Estas ações estão ainda em fase especulativa e se justificariam pela grande procura e pouca demanda de oócitos, evitando possíveis riscos de doenças adquiridas e complicações dos doadores adultos.

A maturação de oócitos “in vitro” de ovário fetal pode criar uma abundante fonte de oócitos e isto pode reduzir significativamente os custos no processo de doação.

Esta conduta conduz a questões éticas¹⁴ como:

1ª – A doadora (mulher que acabou de abortar) é aquela emocionalmente instável que é cobrada para decidir se sua linhagem deverá ser ou não perpetuada não com o aparecimento de um filho, e sim, de um neto.

2ª – Outro grande problema ético seria saber o comportamento do casal receptor em aceitar oócitos de uma pessoa que nunca nasceu.

3ª – Como será que a pessoa irá reagir, ao saber que sua mãe genética nunca teve sua identidade. Isto poderia levar a uma negação da vida, ou diametralmente retiraria de sua mente a curiosidade em saber quem era sua mãe genética, pois poderia conhecer seus antecedentes biológicos, conhecendo os pais de sua mãe genética, isto é, seus avós genéticos.

4ª – Teoricamente, os oócitos provenientes de fetos abortados possuem uma qualidade de higidez melhor, pois não foram expostos a toxinas ambientais,

no entanto, esta vantagem teórica precisa de comprovação.

Os Programas de Reprodução Humana Assistida devem apresentar na cláusula do consentimento informado, esclarecimentos sobre o destino dos gametas e embriões doados, após a morte ou até certo período de tempo da doação.

Quando não existe, no consentimento informado, nenhuma menção do que fazer com o material criopreservado após a morte de um dos cônjuges, este caso deverá ser encaminhado para justiça comum.

A questão social e legal quanto aos nascidos de doador falecido é, no mínimo, ambígua, mesmo se a inseminação ocorrer em esposa do falecido.

A inseminação nestas situações não implica

o seu reconhecimento na justiça comum, social ou ética visando à legitimidade de herança, pois não é esta a finalidade da Reprodução Humana Assistida¹⁵.

Nestas situações parece que por ser a criança fruto de um desejo paternal expresso legalmente ou socialmente, a mesma mais facilmente irá aceitar a “paternidade órfã”.

De maneira geral, as técnicas de reprodução humana assistida utilizando-se de gametas de doadores sabidamente falecidos, deverão ficar restritas à situações em que um dos parceiros está na iminência de morte ou será submetido a radiação ou quimioterapia e, quando a morte ocorrer, o cônjuge que sobreviver deve requerer a utilização do gameta estocado. Neste caso, a responsabilidade em realizar a reprodução

REFERÊNCIAS

- 1 Leite EO. *Procriações artificiais e o Direito*: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. 480p.
- 2 Brasil. Conselho Federal de Medicina. *Resolução nº 1358/92*. Brasília: 1998.
- 3 Cohen J. Problems in oocyte donation. *Hum Reprod* 1996; 11:1150.
- 4 Schenker JG. Genetic material donation: sperm, oocyte, pre-embryo. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 43:247.
- 5 American Fertility Society for Guidelines for Therapeutic Donor Insemination Sperm. *Fertil Steril* 1993; 59(suppl 1): 1s.
- 6 Eisenberg VH, Schenker JG. Pregnancy in the older woman: scientific and ethical aspects. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 56(2):133-9.
- 7 American Society for Reproductive Medicine's Ethics Committee: Ethical Considerations of Assisted Reproductive Technologies. Oocyte donation to postmenopausal women. *Fertil Steril* 1997; 65 (suppl 1):1s.
- 8 ACOG Committee Opinion Genetic Screening of Gamete Donors. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 60:190.
- 9 Wendland CL., Byrn F. Donor insemination: a comparison of lesbian couples, heterosexual couples and single women. *Fertil Steril* 1996; 65 (4):764-70.
- 10 Brewaeys A. et al. Donor insemination: child development and family function in lesbian mother families. *Hum Reprod* 1997; 12(6): 1349-59.
- 11 Englert Y. Gamete Donation: Current in the European. *Hum Reprod* 1998; 13(2):137.
- 12 Berlinguer G. *Bioética da Reprodução*. In: Questões de vida. São Paulo: Apce-Hucitec-Cebes; 1993. cap.2, p 39-59.
- 13 Eisenberg VH, Schenker JG. Pre-embryo donation: ethical and legal aspects. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 60(1): 51-7.
- 14 American Society for Reproductive Medicine's Ethics Committee: Ethical Considerations of Assisted Reproductive Technologies. The use of fetal oocytes in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1997; 65 (suppl 1): 6s.
- 15 American Society for Reproductive Medicine's Ethics Committee: Ethical Considerations of Assisted Reproductive Technologies. Posthumous reproduction. *Fertil Steril*, 1997; EUA, 65 (suppl 1): 8s.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Profa.Dra. Luciane Maria Oliveira Brito
 Rua Frei Querubim, 59 – Apicum – São Luís – MA
 CEP:65025-420 – E-mail : igmalu@elo.com.br ; lbrito@ufma.br

Gestação de Alto Risco

High risk pregnancy

Marília da Glória Martins

RESUMO: A identificação dos fatores de risco gestacional, principalmente no período pré-concepção, torna-se imperativo para acompanhamento pré-natal especializado, com objetivo único de manter o equilíbrio do ambiente materno no que tange às premissas em busca de conceptos saudáveis.

Descritores: gestação de alto-risco.

ABSTRACT: The identification of gestational risk factors, mainly in the period pre-conception, it becomes imperative for specialized prenatal assistance with the only objective of maintaining the balance of the maternal atmosphere in what plays to the necessities in searching for healthy fetus.

Key Word: high risk pregnancy

INTRODUÇÃO

A gravidez é evento fisiológico cujo desenvolvimento exige adaptações do organismo materno voltado para a nutrição e bem estar do concepto devendo culminar ao redor da 40^a a 42^a semana, com produto vivo, saudável, com peso e idade adequados¹.

Nos idos dos anos 60, Hon e Nesbitt², cunharam o termo “gestação de alto-risco” para referirem-se a inadequacidade que o ambiente materno oferece, eventualmente, ao feto ou condições patológicas ligadas ao próprio ovo.

A definição de gestação de alto-risco que exprime o conceito epidemiológico é de Luz “gestação de maior risco fetal é aquela em que o feto, por atributos maternos, de gestação ou de parto, apresenta chance aumentada de dano (morte ante/pós-parto ou seqüela) em relação a outro feto gerado em condições sem os referidos atributos”³.

Esta definição realça bem os riscos fetais,

componentes mais relevantes do risco gravídico, dada a acentuada redução da mortalidade materna. Deve-se ter em conta, no entanto, que os fatores que elevam o risco materno sempre determinam a correspondente elevação do risco fetal e, em contrapartida, o risco fetal pode existir sem afetar o risco materno.^{4 5}

Feto de alto-risco exprime melhor do que gravidez de alto-risco, pois se refere à parte do risco gravídico que deve merecer maior atenção, sem desprezar, contudo, os cuidados especiais à mãe.^{4 5} Imperativo sem dúvida, é a prevenção e os cuidados no período pré-concepção, cujo objetivo é evitar que as doenças assintomáticas ocorram na mãe ou feto com a redução de riscos reais ou potenciais, ou minimizando e eliminando problemas que possam ocorrer por doenças pré-existentes⁶.

O cuidado e o aconselhamento pré-concepção são exemplos de prevenção primária.

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO NO PERÍODO PRÉ-CONCEPÇÃO

Nos ambulatórios que cuidam da saúde da mulher na faixa áurea do período reprodutivo ou da “saúde pré-concepção” poderão arrolar e implementar medidas auxiliares de diagnóstico e tratamento aos exames de avaliação para os riscos gestacionais e doenças. O aconselhamento da saúde pré-concepção deve incluir perguntas a respeito da história clínica, reprodutiva e familiar, hábitos nutricionais, exposição a medicamentos e questões psicossociais de cada mulher que especificamente tem a intenção de adquirir informações quanto aos futuros riscos reprodutivos. As mulheres precisam ter informações quanto a sua saúde e principalmente em relação a uma gravidez futura. A consulta pré-concepção emana-se de princípios educativos para proporcionar tomada de decisões que possam otimizar, minimizar ou até mesmo desaconselhar uma futura

gravidez. Exemplos como os de mulheres insulino-dependentes que, tratadas antes da concepção, com controle adequado, podem diminuir acentuadamente a incidência de má-formações congênitas, comparadas àquelas que, insistem no controle glicêmico somente no período pré-natal. As mulheres com hipertensão pulmonar primária têm risco de morte em mais de 40%, estas tem o direito de saber da gravidade que a gravidez lhes expõe⁷.

Com a identificação dos riscos, com educação e o conhecimento sobre possíveis intervenções, se desejadas, as mulheres informadas ou casais têm a opção de escolher se aceitam o risco aumentado que a gravidez pode impor à saúde da mãe, como à saúde dos seus filhos, modificando riscos ou optando pela não-gravidez⁸.

AVALIAÇÃO DA SAÚDE PRÉ-CONCEPÇÃO

I - Anamnese:

1. História social
2. História nutricional
3. História clínica
4. História infecciosa
5. História da medicação
6. História reprodutiva
7. História familiar

II - Exames laboratoriais:

1. Hematócrito
2. Sorologia para rubéola: imunização se indicada
3. Sorologia para sífilis
4. Tipagem sanguínea
5. Rastreamento para:
 - Toxoplasmose
 - Citomegalovirus
 - Clamídia
 - Gonorréia
 - Tuberculose
 - HIV

Readaptado de Cefalo, Moos (1995)

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ANTENATAL

A identificação antenatal dos riscos tem como primaz objetivo reduzir a morbidade e mortalidade perinatal mediante a implementação de medidas capazes de avaliar o crescimento intra-uterino, a função placentária e a maturidade fetal.⁷ Selecionar a população de gestantes de alto-risco, nos parece a conduta mais sensata, oportunidade equânime para aplicar os procedimentos propedêuticos com vistas à manter a higidez do conceito e prorrogar a gestação o quanto possível.

Àquelas merecedoras de monitoração cadenciada seriam as gestantes para as quais, em julgamento ou classificação antecipada, haveria vantagem no acompanhamento intensivo. Classificá-las,

portanto, é salutare para se ter conhecimento prévio se esta realmente se beneficiará do acompanhamento minucioso durante a gestação ou no trabalho de parto ou em ambos.

Várias são as proposições de critérios de risco visando a avaliar os óbices que estão sujeitos os conceptos no decorrer de determinada gestação. A maioria de tais proposições codifica os elementos de risco atribuindo-lhes valor numérico que, somados, quantificam o grau de risco. Na Enfermaria de Observação da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil, desde 1987 adotamos a classificação de Nesbitt, Aubrey, para avaliar o risco gestacional (ver anexo).

COMENTÁRIO

O pré-natal constitui-se ação básica, preventiva e de baixo custo, obrigatório a todas as gestantes independente das condições sociais, econômicas e raciais, dando margem discriminatória quando evidenciadas as gestantes de alto-risco.¹⁰

Unicamente a atenção intensificada da assistência pré-natal permitirá a identificação das gestantes de alto-risco. A esta população os serviços especializados devem oferecer-lhes e possibilitar atendimento de forma intensiva e minuciosa. Os fatores de riscos gestacionais relatados por muitos pesquisadores, advém de estudos epidemiológicos ligados principalmente à mortalidade perinatal, e geralmente realizados em grandes áreas envolvendo grande população.

Não raramente, o pré-natal iniciado o mais precocemente possível poderá ser tarde demais para prevenir ou até mesmo tratar certos transtornos causados por efeitos adversos ao desenvolvimento

saudável do conceito, por estados especiais danosos pré-existentes¹⁰.

Apontados os riscos, é imperativo instituir propedêutica múltipla e diversificada para orientar as medidas terapêuticas pertinentes a cada caso individualmente, e até a hospitalização da paciente.

A prática diária nos estimula a utilizar o conceito de alto-risco gestacional para a melhoria da assistência, entretanto existe pouca compreensão científica do assunto, dando margem a uma prática subjetiva, simplista e não padronizada. Assim, o hábito de reconhecer os fatores de riscos, verificar e identificá-los para todo o sempre, permite sobremodo, limitação dos equívocos os quais levam comumente ao exagero de atribuir-se causalidade nem sempre comprovadas¹¹.

De forma coerente nunca será exagero realçar a cautela necessária ao se tomar conhecimento de contribuições ao tema, principalmente no que se referere a extrapolações.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MATERNO E FETAL
(NESBITT, AUBREY 1969)**

<p>1. IDADE MATERNA</p> <p>< 15 anos 20 () 15-19 10 () 20-29 0 () 30-34 5 () 35-39 10 () > 40 20 ()</p>	<p>Infecções específicas</p> <p>Urinárias Aguda 5 () Crônica 25 ()</p> <p>Sífilis</p> <p>Tratada 0 () Não-tratada 20 () Em atividade 30 ()</p>	<p>6. ALTERAÇÕES NO TRATO GENITAL</p> <p>Antecedente de apresentações anômalas 10 () Cesáreas anteriores 30 () Anomalias do colo ou Insuficiência cervical 20 () Miomas > 5 cm 20 () Miomas submucosos 30 ()</p>
<p>2. RAÇA E ESTADO CIVIL</p> <p>Branca 0 () Não – branca 5 () Solteira 5 () Casada 0 ()</p>	<p>Diabetes</p> <p>Pré 20 () Evidente 30 ()</p>	<p>Vício pélvico</p> <p>Bacia limite 10 () Vício evidente 30 ()</p>
<p>3. PARIDADE</p> <p>0 10 () 1-3 0 () 4-7 5 () > 8 10 ()</p>	<p>Hipertensão crônica</p> <p>Leve / Moderada 15 () Grave 30 () Nefrite 30 ()</p>	<p>Tumores ovarianos</p> <p>> 6 cm 20 () Endometriose 5 ()</p>
<p>4. PASSADO OBSTÉTRICO</p> <p>Abortamentos</p> <p>1 5 () 2 15 () ≥ 3 30 ()</p>	<p>Cardiopatia</p> <p>Classe I e II 10 () Classe II e IV 30 () Antecedentes de Insuficiência 30 ()</p>	<p>7. ESTADO EMOCIONAL</p> <p><i>(grau de 0 a 20 baseando-se em: medo, atitudes, preconceitos, hostilidades; gestações anteriores sem assistência, padrão da assistência à criança e responsabilidades, família como unidade, relacionamento conjugal e história de doença psiquiátrica na família)</i></p>
<p>Natimortos</p> <p>1 10 () ≥ 2 30 ()</p> <p>Anomalias congênitas</p> <p>1 10 () ≥ 2 20 ()</p>	<p>Anemia</p> <p>Hb 10-11 5 () Hb 9-10 10 () Hb < 9 20 ()</p>	<p>8.CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS</p> <p><i>(grau de 0 a 10 baseando-se em: emprego do marido e da paciente, salário anual adequado, assistência pública, nível educacional do marido e da paciente, moradia e localidade, facilidade e ambiente da vizinhança)</i></p>
<p>Prematuros</p> <p>1 10 () ≥ 2 20 ()</p> <p>Neomortos</p> <p>1 10 () ≥ 2 30 ()</p>	<p>Nutrição</p> <p>Desnutrição 20 () Obesidade 30 () Dietas inadequadas 10 ()</p>	<p>Moradia</p> <p>() Casa própria () Aluguel Nº de cômodos _____ Nº de pessoas que residem _____</p>
<p>Lesões na infância</p> <p>Físicas 10 ()</p>	<p>Fator Rh</p> <p>Sensibilizada 30 () RN anterior afetado 30 () Antecedentes de incompatibilidade ABO 20 ()</p>	<p>Renda familiar mensal</p> <p>R\$ _____ Grau de escolaridade _____</p>
<p>5. INTERCORRÊNCIAS MÉDICO-OBSTÉTRICAS E NUTRIÇÃO</p> <p>Enfermidades sistêmicas</p> <p>Agudas e moderadas 5 () Agudas e graves 15 () Crônicas não-debilitantes 5 () Crônicas debilitantes 20 ()</p>	<p>Disfunção menstrual</p> <p><i>Recorrente</i></p> <p>Esterilidade involuntária por menos de 2 anos 10 () Esterilidade voluntária por mais de 2 anos 20 ()</p>	<p>RESULTADO TOTAL DAS 8 CATEGORIAS:</p> <p>100 MENOS O RESULTADO ACIMA É IGUAL AO ÍNDICE DE CUIDADO DA SAÚDE MATERNA E DO INFANTE.</p> <p>CONSIDERAR</p> <p>< 70 - ALTO-RISCO 70-84 – MODERADO RISCO ≥ 85 – BAIXO RISCO</p>

REFERÊNCIAS

1. Belfort P, Orlandi O. *Avaliação antenatal de risco*. In: Belfort P, Orlandi O. Rio de Janeiro: Manole; 1983. 139-49.
2. Nesbitt, R.E, Aubrey, R.H. Value of semi-objective grading system of identifying the vulnerable group. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1969; 103-972.
3. Luz TP. Gestação de alto-risco: revisão de conceitos e tentativas de definição à luz da epidemiologia. *J Brás Ginec.* 1975; 80-105.
4. Ciari JC, Almeida P. Elementos de avaliação do risco gravídico. *Rer Saúde Publ.* São Paulo, 1972; 6-57.
5. Belfort P, Mendes L, Oliveira P. Gestação de alto-risco. *J Bras Ginec.* 1977; 83-139.
6. Gold EM. Identification of the high-risk fetus. *Clin Obstet. Gynecol.* 1968; 11-1069.
7. Rezende J, Montenegro CAB. *Gestação de alto-risco*. In: Rezende, Montenegro. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. 345-62.
8. Cefalo RC, Moos MK. *Preconceptional Health Care: A practical Guide*. St Louis: Mosby-Year Book; 1994.
9. Cefalo RC, Bowes JW, Moos MK. *Cuidados na pré-concepção: métodos de prevenção*. In: Baillière Tindal. *Clinicas Obstétricas e Ginecológicas*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1995. 405-17.
10. Sokol RJ, Stojkov J, Chik L. Maternal fetal risk assessment: a clinical guide to monitoring. *Obst Gynec.* 1979; 22:547.
11. Martins MG. *Assistência Pré-natal*. In: Martins MG. *Manual de Rotinas em Obstetrícia*. São Luis: Sioge; 1998. 90-98.
12. Reis AFF. *Fatores preditivos de risco fetal: contribuição ao estudo da identificação precoce da gestação de alto-risco*. [Tese]. Rio de Janeiro: 1980.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Marília da Glória Martins

AV 01 QD E C 21

Jd. Coelho Neto - Calhau – CEP: 65 066-240- São Luis-MA

e-mail: martinsm@elo.com.br

Cisto ósseo aneurismático de costela

Rib aneurismal cyst bone

Elias Amorim¹, Ricardo Mauricio Batista Feitosa Cuba², Jairo Sousa Pacheco³

RESUMO: Os autores apresentam um caso de cisto ósseo aneurismático de costela em uma paciente do sexo feminino de doze anos. Os cistos ósseos aneurismáticos são patologias raras em costelas, que torna esta discussão muito importante, sendo que a ressecção cirúrgica é a principal opção de tratamento nestes casos.

Descritores: osso, cistos, cisto aneurismático, neoplasia.

ABSTRACT: The authors present a rib aneurismal bone cyst case in a female twelve year old patient. The aneurismal bone cyst is a rare pathology in ribs, what makes this discussion important, even though the surgical resection is the main therapeutic action in the cases, employed tecnica in patient studied.

Key Words: bone, cyst, aneurismal cyst, neoplasms.

INTRODUÇÃO

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão pouco freqüente que compromete menos de 1,3% de todos os tumores ósseos. Não é uma neoplasia verdadeira, porém se comporta como tal. Predomina em crianças e adultos jovens, acometendo

principalmente as extremidades de ossos longos ou coluna vertebral, e seu tratamento não se encontra totalmente estabelecido. Corresponde a cerca de 3% de todos os cistos aqueles que acometem as costelas¹.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 12 anos de idade, admitida no setor de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUPD-UFMA) com queixa de dor em hemitórax esquerdo, associada a aumento de volume a nível do sétimo espaço intercostal há cerca de um ano. Foi submetida a radiografia de tórax com incidência pósterio-anterior e lateral esquerda, que evidenciou lesão em sexto arco costal, de aspecto cístico, com sinais de lise óssea.

A paciente foi submetida a uma toracotomia

pósterio-lateral esquerda sob anestesia geral, tendo sido encontrada e ressecada massa cística no sexto arco costal (Figura 1), com margem de segurança. Em seguida, foi realizado inventário da cavidade pleural esquerda, que não evidenciou alterações e drenagem fechada da mesma com dreno torácico 32F.

O dreno permaneceu por 48 horas do período pós-operatório e no sexto dia a paciente teve alta hospitalar para seguimento ambulatorial. A peça foi enviada para exame histopatológico, cujo resultado foi de cisto ósseo aneurismático (Figura 2).



Figura 1 - Lesão cística de costela após ressecção.

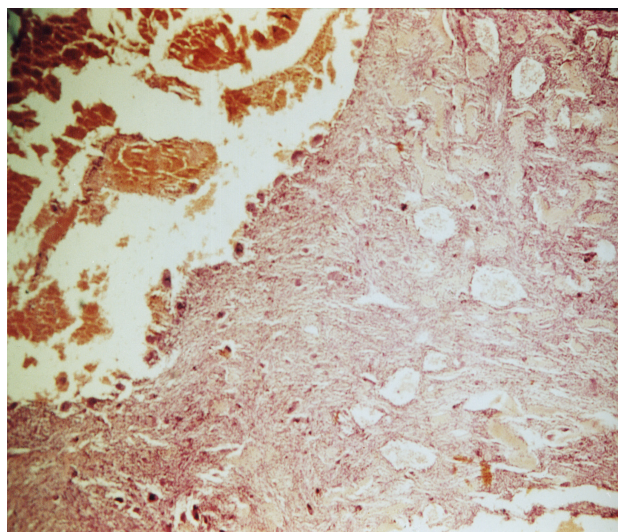


Figura 2 - Aspecto histopatológico da peça operatória.

¹ Cirurgião torácico do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra da UFMA.

² Cirurgião geral do Hospital do Servidor Público Estadual – HSE-IPEM.

³ Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra da UFMA.

DISCUSSÃO

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão que acomete principalmente a metáfise de ossos longos e região posterior das vértebras, com predominância no sexo feminino e abaixo dos 20 anos de idade¹. A literatura mostra que apenas 3% dos cistos ósseos aneurismáticos acometem as costelas².

Ainda há controvérsias em relação à sua etiologia, se realmente é uma lesão distinta ou alteração fisiopatológica de neoplasia pré-existente^{1 5}. Pois, poderia traduzir alteração arteriovenosa de de uma lesão primária como o tumor de células gigantes, o osteblastoma, o condroblastoma epifisário e até mesmo o osteossarcoma. Apresenta comportamento de lesão maligna, tendo em vista sua rápida expansão e agressividade local^{2 4}.

As manifestações clínicas dependem do osso

acometido, mas em geral há aumento de volume local associado a edema, hipersensibilidade à palpação e dor local com semanas ou mesmo meses de evolução. Radiologicamente mostram-se como lesão lítica, radiolúcida, excêntrica, expansiva e com destruição ou diminuição da espessura cortical². O diagnóstico baseia-se na correlação de dados clínicos, radiológicos e histológico da peça cirúrgica e os tratamentos mais utilizados são a ressecção cirúrgica, embolização com polivinil-álcool, preenchimento do cisto com cianoacrilato ou amputação³. No caso exposto a opção de tratamento escolhida foi a ressecção da costela acometida, com margem de segurança, devido ao tamanho da lesão, embora alguns autores optem pela ressecção completa do arco costal².

REFERÊNCIAS

1. Pires de Camargo, O., Croci, AT, Barbosa de Oliveira, NR. et al. Cisto ósseo aneurismático: análise retrospectiva de 98 casos tratados no IOT-HC-FMUSP de 1950 a 1997. 1997; 32(11): 857-62.
2. Nunez, RA, Alanis, L M B, Cortazar, J S. Disnea progresiva como sintoma principal de quiste oséo aneurismático en una costilla: informe de un caso. *Rev. Mex. Ortop. Traumatol.* 1994; 8(1): 32-4.
3. Lima, JA, Mesquita, GV, Pontes Jr, AV. et al. Cisto ósseo aneurismático. *An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb.* 2001; 46(1): 63-6.
4. Bertoni, F, Bacchini, R, Capanna, R, et al. Solid variant of aneurysmal bone cyst. *Cancer.* 1992; (71):729-34.
5. Dahlin, DC., McLeod, RA. Aneurysmal bone cyst and other non-neoplastic conditions. *Skeletal Radiol.* 1982; (8):243-50.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Elias Amorim
Rua D, Qda. 8, nº 16 – Planalto Anil 2.
São Luís (MA) CEP 65052-820

Lipóido Proteinose em Pele e Mucosas

Lipoid proteinosis in skin and mucosae

Luiz Gustavo Oliveira Brito ¹, Fernanda Medeiros Câmara Costa ², Kycia Queiroga de Carvalho², Polianna de Oliveira Matos ³, Raimunda Ribeiro da Silva⁴, Ivan Abreu Figueiredo ⁵

RESUMO: Os autores descrevem um caso de lipóido proteinose, um raro distúrbio, caracterizado pela deposição de material eosinofílico principalmente na pele e mucosas. Discute-se o seu quadro clínico e laboratorial, prognóstico e tratamento sintomático com base no relato de caso de uma paciente de 13 anos com história familiar do mesmo distúrbio. Apresentou a paciente acometimento de pele, mucosas, rouquidão, disfagia. Foi realizada biópsia de pele que mostrou infiltração da derme e tecido subcutâneo por deposição de material hialino. O tratamento sintomático foi realizado com retinóides.

Descritores : Lipóido proteinose; doença recessiva; colágeno; dermatologia.

ABSTRACT: The authors describe a case of lipoid proteinosis, a rare disturbance, characterized by the deposition of eosinophilic material specially in the skin and mucosae. Its clinical aspects, prognosis and symptomatic treatment are discussed focused in a report case of a 13-year-old patient with family history of the disturbance. The patient presented skin and mucosae lesions, hoarseness, disfagy. It was realized skin biopsy which showed dermal and subcutaneous infiltration with the deposition of hyaline material. Symptomatic treatment was done with retinoids.

Key words: Lipoid proteinosis; recessive disorder; collagen; dermatology.

INTRODUÇÃO

Lipóido proteinose, doença de Urbach-Wiethe ou hyalinosis cutis et mucosae, é uma doença autossômica recessiva rara, caracterizada pela deposição de material eosinofílico, semelhante ao hialino, na pele, laringe, mucosas, cérebro e outros órgãos internos. Não se sabe se esse depósito é um fenômeno primário ou secundário; contudo, verificou-se que o mesmo é constituído de mucopolissacarídeos, ácido hialurônico, gordura neutra e colesterol¹.

Sua patogênese é desconhecida, mas existem duas teorias que tentam explicar sua origem; uma, chamada lisossomal, baseia-se no fato de terem sido encontrados fibroblastos lesionados contendo inclusões

eletrodensas intracitoplasmáticas; outra, fundada em anormalidades do colágeno, pelo fato de terem sido detectados níveis reduzidos de RNA mensageiro de pró-colágeno tipo 1^{1,2}.

Existem apenas 300 casos relatados na literatura atual. É mais comum em europeus, sem diferença de incidência entre os sexos, sendo mais comum o aparecimento em crianças³.

Assim, o objetivo deste artigo foi descrever o relato de lipóido proteinose de pele e mucosas em uma paciente de 13 anos, fazendo uma discussão junto à literatura disponível sobre o quadro clínico-laboratorial e tratamento.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 13 anos, solteira, branca, natural de Tutóia-MA, residente no município da Raposa-MA, estudante (4ª série do 1º grau), procurou o Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUPD-UFMA) com queixa principal de manchas brancas em todo o corpo há mais ou menos 10 anos e prurido há 5 meses.

A mesma relatou que desde os 2 anos de vida começou a apresentar em face e posteriormente em todo o corpo manchas hipocrômicas descamativas e vesículas que se rompiam, liberando líquido de aspecto

hemorrágico. Refere ainda restrição à mobilidade da língua, choro com escassa produção de lágrimas e rouquidão da voz, sendo nesta mais intensa que a dos irmãos, que também possuem quadro similar. Nega tonturas, convulsões, dispnéia, alopecia. Refere ainda prurido de predomínio noturno em região glútea, axilas e dobras interdigitais.

Sua história pregressa mostra possuir um estado habitual de saúde regular. Refere como doenças da infância varicela, coqueluche, parotidite. Foi imunizada, contudo, sem saber especificar. Nega diabetes mellitus, hipertensão arterial, cirurgias prévias,

¹ Acadêmico do 4º ano de Medicina da UFMA. Bolsista PIBIC-CNPq.

² Acadêmicos do 4º ano de Medicina - UFMA.

³ Médica do Serviço de Dermatologia do HUPD.

⁴ Mestranda em Saúde em Ambiente pela UFMA. Docente da UFMA.

⁵ Doutorando em Políticas Públicas – UFMA. Docente da UFMA.

alergias ou uso de quaisquer medicamentos atual. Quanto à história familiar, tem pai e mãe saudáveis. Apresenta dois irmãos com o mesmo quadro clínico, assim como familiares paternos (tios e avós).

Reside em casa de taipa, em situação sócio-econômica ruim. Possui água encanada e esgoto. Dieta habitual variada. Nega tabagismo e etilismo.

Quanto aos antecedentes fisiológicos, nasceu de parto eutócico a termo, menarca aos 12 anos, com duração de 6 dias, fluxo regular. Desenvolvimento psicomotor normal.

Ao exame físico, encontrou-se a paciente em rouquidão, disfágica, com dificuldade de protusão da língua e presença de pápulas na mesma. Pele de coloração amarelada, grosseira, espessa em face, axila e nádegas, com cicatrizes de aspecto acneiforme, cotovelos com placas hiperkeratóticas. Presença de

pápulas pruriginosas disseminadas pelo corpo com predileção por abdômen e região inguinal (Figuras 1 e 2).

Foi sugerido como hipótese diagnóstica lipido proteinose e escabiose com infecção bacteriana secundária.

Como exames complementares, após o tratamento da infecção secundária e escabiose, foi realizada biópsia de pele, onde se evidenciou infiltração da derme e tecido subcutâneo com depósito hialino extracelular e espessamento homogêneo da parede de algumas vênulas.

Para o tratamento, foi indicado o uso dos retinoides como tratamento de cicatrizes e encaminhado para a pediatria para fazer a investigação de envolvimento de outros órgãos ou sistemas.



Figura 1. Vista da região frontal da paciente. Observar placa amarelada em rosto.



Figura 2. Vista da região glútea da paciente.

DISCUSSÃO

A apresentação com rouquidão na infância é típica, devendo-se ao acúmulo de material hialino nas cordas vocais, obstruindo a laringe, podendo provocar dispnéia. A doença progride com alterações na pele e mucosas, com o aparecimento inicial de vesículas e bolhas que evoluem para crostas hemorrágicas ao redor da face e extremidades distais, principalmente. Essas lesões prolongam-se até a adolescência, quando cicatrizam; nesta época, a pele torna-se amarelada, grossa e com aspecto de cera.

Segue-se o desenvolvimento de placas e nódulos na face, axila e escroto, coincidindo com o depósito na derme. A cavidade oral pode apresentar

uma prega com múltiplas pápulas na língua e gengiva, com disfagia; presença de hipoplasia ou aplasia dos dentes, principalmente nos incisivos laterais e pré-molares. Quando o sistema nervoso central é envolvido, sintomas neurológicos podem ocorrer³.

A paciente em questão foi examinada exaustivamente no sentido de se fazer o diagnóstico diferencial com outras nosologias, como a protoporfiria eritropoiética e outras doenças de deposição hialina e mucopolissacaridoses⁴. A história clínica e o exame físico foram decisivos na confirmação diagnóstica feita pela biópsia. Foram também solicitados outros exames, como o fundo de olho que mostra claramente a

formação de uma membrana amarelada em dois terços dos pacientes (membrana de Dursen Burch), e a radiografia de sela turca onde a mesma, segundo Rook⁶, é patognomônica da lipóido proteinose (sinal da foice), não tendo estes exames sido realizados pela paciente.

Contudo, a histopatologia evidenciou o depósito hialino extracelular com proliferação endotelial e espessamento capilar, principalmente de veias profundas. Na imunohistoquímica, os tipos 4 e 5 de colágeno são mais produzidos ao redor da veia, enquanto que os tipos 1 e 3 são reduzidos em quantidade e anormalmente hidrolisados na derme. Olsen e cols. encontraram níveis elevados de RNAm de colágeno tipo 4 em várias amostras de tecidos⁵.

Não existe tratamento efetivo para esta

nosologia. A doença tem um curso flutuante, e para o tratamento da pele e mucosas, inicialmente se utilizou o dimetilsulfóxido oral cuja melhora se evidenciava após 3 anos de tratamento contínuo. Atualmente, têm se utilizado os retinoides, especificamente o etretinato, onde se constata uma resposta após um período de 3 meses. Outras alternativas encontradas são a dermoabrasão², onde em alguns trabalhos se encontrou melhora nas lesões de pele. Para as pápulas nas cordas vocais, a ressecção cirúrgica tem mostrado melhora na qualidade da voz². A expectativa de vida é normal, sendo o prognóstico discretamente negativo quando há obstrução laríngea ou envolvimento visceral mais grave; contudo não há tratamento efetivo, apenas sintomático.

CONCLUSÃO

A paciente apresentou uma evolução favorável com o uso de retinóides em um período de 6 meses observado pela equipe médica. Contudo, não retornou mais ao Serviço de Dermatologia. Faz-se necessário o

conhecimento desta rara dermatose por pediatras, dermatologistas, radiologistas e oftalmologistas para sua identificação precoce e adequado encaminhamento ao especialista.

REFERÊNCIAS

1. Arnold HL, Odon RB, James WD. Errors of metabolism: lipid proteinosis. In: Andrew's Diseases of Skin. Clinical Dermatology. Philadelphia: W.B.Saunders; 1980. p.609-10.
2. Buchan NG, Kemble JV. Successful surgical treatment of lipid proteinosis. *Br J Dermatol* 1974 May; 90(5): 561-6.
3. Caplan RM. Visceral involvement in lipid proteinosis. *Arch Dermatol* 1967 Feb; 95(2): 149-55.
4. Caro I. Lipoid proteinosis. *Int J Dermatol* 1978; (17): 388.
5. Olsen DR. Expression of basement membrane zone genes coding for Type IV procollagen and laminin by human skin fibroblasts in vitro. *J Invest Dermatol* 1988; (90): 734.
6. Rook A. Lipoid proteinosis. *Br J Dermatol* 1976; (95): 48.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Luiz Gustavo Oliveira Brito
Rua Frei Querubim, 59 – Apicum
CEP: 65025-420 – São Luís – MA
e-mail: igmalu@elo.com.br

Síndrome de Mirizzi

Mirizzi's Syndrome

Orlando Jorge Martins Torres ¹, Lucy Anne Lopes Melo ², Carlos Eduardo Corrêa Rodrigues ³

RESUMO: Objetivo: O propósito deste estudo é apresentar um caso de Síndrome de Mirizzi .

Relato do Caso: Paciente do sexo feminino, 36 anos foi admitida no Hospital Universitário apresentando icterícia obstrutiva, dor abdominal e prurido. A ressonância nuclear magnética demonstrou dilatação das vias biliares intra-hepática e síndrome de Mirizzi. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico e a evolução pós-operatória ocorreu sem anormalidades.

Conclusões: A síndrome de Mirizzi é uma condição incomum e lesões das vias biliares podem ocorrer durante o tratamento cirúrgico.

Descritores: Síndrome de Mirizzi; icterícia obstrutiva; cirurgia biliar.

ABSTRACT: *Background : The aim of the present study is to report a case of Mirizzi's Syndrome. Case report : A 36 years old woman presented at University Hospital with obstructive jaundice, abdominal pain and pruritus. The magnetic resonance showed intra-hepatic biliary dilatation and Mirizzi's syndrome. The patient underwent to surgical treatment and the postoperative course was uneventful.*

Conclusions: Mirizzi's syndrome is a rare condition and biliary tract injuries may occur during surgical treatment.

Key words : *Mirizzi Syndrome ; obstructive jaundice ; biliary surgery.*

INTRODUÇÃO

Uma das raras complicações da presença de cálculos na vesícula biliar é a ocorrência de icterícia em pacientes com colelitíase, onde há compressão extrínseca da via biliar principal ou do ducto cístico por cálculo impactado na bolsa de Hartmann. A primeira descrição desta situação deve-se a Pablo Mirizzi, quando observou alguns fatores que poderiam causar colestase extra-hepática em determinados grupos de pacientes portadores de litíase vesicular ^{1 2}

Os cálculos grandes e a colecistite aguda com necrose de pressão e reação inflamatória local do cálculo dentro do ducto hepático comum, produzem icterícia com componentes variáveis de compressão extrínseca e intrínseca pelo cálculo bloqueando o fluxo biliar, podendo evoluir para colangite ³.

A icterícia que ocorre como consequência

desta doença é indistinguível da coledocolitíase e o processo inflamatório e fibrótico subsequente torna dificultado, em algumas situações, o diagnóstico com o carcinoma da bifurcação da via biliar ou da vesícula ^{4 5}.

Mesmo que esta síndrome seja encontrada em somente 0,7% a 1,1% dos pacientes submetidos a colecistectomia, sua importância deve ser realçada não só pelo índice elevado de iatrogenia biliar nestas condições, mas também porque a morfologia radiológica e mesmo macroscópica local, pode ser confundida com neoplasia ^{4 5}.

A oportunidade que tivemos de diagnosticar e tratar uma paciente portadora da referida condição nos motiva a realizar o presente estudo.

RELATO DO CASO

Paciente de 36 anos, feminino, branca, foi admitida no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, por apresentar icterícia, dor abdominal e prurido generalizado pelo corpo. A paciente relatava história de seis meses de duração de epigastria, plenitude gástrica, associada à intolerância a alimentos gordurosos. Havia sido internada há um mês em outro hospital por nove dias apresentando icterícia associada a colúria, acolia fecal e prurido cutâneo generalizado. Apresentou um episódio de febre, negava náuseas e vômitos. Referia naquele período perda ponderal de aproximadamente 6 kg em 15 dias.

A paciente foi transferida em seguida e à admissão, apresentava-se, ao exame físico, hidratada, afebril, com icterícia de pele e mucosas (+++/4+), e lesões eritemato-crostosas em membros inferiores devido ao intenso prurido. Os sinais vitais estavam normais. O abdome apresentava-se flácido, indolor à palpação superficial e profunda, espaço de Traube livre, sem visceromegalias e/ou massas palpáveis. Ruídos hidroaéreos presentes e demais aparelhos normais.

O hemograma mostrava leucocitose de 10.800 com 91% de segmentados. A uréia 48,36 mg/dl; creatinina de 1,60 mg/dl; bilirrubina total igual a 18,2 mg/dl com bilirrubina direta igual a 16,0 mg/dl; AST e

¹ Coordenador do Mestrado em Clínica Cirúrgica da UFMA. Professor Livre-Docente.

² Estudante de Medicina da UFMA.

³ Médico

ALT normais; amilase e lipase normais; gama GT de 117,35 u/l e fosfatase alcalina de 1.142 u/l; proteínas totais, alfa-feto proteína e antígeno carcino-embrionário normais. Realizou-se uma ultra-sonografia abdominal que revelou fígado levemente aumentado de volume com dilatação das vias biliares intra-hepáticas e um cálculo em região infundibular da vesícula biliar. O hepatocolédoco media 1,2 cm. A tomografia computadorizada do abdome demonstrou presença de cálculo localizado no colo vesicular, mais precisamente na topografia do ducto cístico e hepático comum e uma importante dilatação das vias biliares intra-hepáticas, bem como da vesícula biliar. A ressonância nuclear magnética do abdome observou uma importante dilatação das vias biliares intra-hepáticas e da vesícula biliar, observando-se formação nodular (cálculo) situada na projeção da confluência dos ductos cístico e hepático comum.

A paciente foi submetida a laparotomia através de uma incisão subcostal tipo Kocher, onde se evidenciou vesícula biliar bem distendida. Foi feita a aspiração do conteúdo da vesícula e esta foi liberada do leito hepático, do fundo para o colo, após isolamento e reparo do ducto cístico e artéria cística. Em seguida

a vesícula foi retirada e, no seu infundíbulo, foi observado cálculo de aproximadamente 1,0 cm de diâmetro. A abertura da vesícula biliar para inspeção de rotina mostrou mucosa com hiperemia e áreas de erosões na topografia do infundíbulo; sem sinais de neoplasia. A exploração da via biliar principal foi realizada pelo ducto cístico através de colangiografia transoperatória que demonstrou fluxo normal para o duodeno. Após revisão da cavidade abdominal, foi colocado um dreno de Penrose número 3 no leito da vesícula biliar. A síntese da parede abdominal foi realizada por planos. A paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório imediato e recebeu alta hospitalar no 4º dia do período pós-operatório.

O controle clínico e laboratorial realizado no 15º e 30º dia do período pós-operatório mostrou regressão do prurido, seguido da icterícia. As enzimas hepáticas retornaram a níveis normais em 30 dias após a cirurgia. A paciente não apresentou queixas neste período. O exame anátomo-patológico da vesícula biliar demonstrou colecistite crônica com erosões e ausência de neoplasia.

DISCUSSÃO

As causas mais comuns de icterícia, nos pacientes com litíase biliar, incluem coledocolitíase, papilite estenosante, pancreatite aguda e neoplasias das vias biliares e pancreática associadas^{4,6}. Raramente a icterícia pode ser decorrente da Síndrome de Mirizzi. Esta síndrome é uma condição incomum em que o ducto hepático comum é obstruído devido a cálculo impactado na bolsa de Hartmann da vesícula ou no ducto cístico (Mirizzi tipo I). A compressão constante do cálculo, associado à inflamação das estruturas envolvidas pode resultar em fístula entre o infundíbulo da vesícula ou o ducto cístico e o ducto hepático comum. Na fístula colecistobiliar (Mirizzi tipo II) o cálculo pode migrar para a via biliar principal, enquanto que na fístula colecisto-entérica o paciente pode apresentar obstrução intestinal denominado íleo biliar. O diagnóstico pré-operatório é importante, uma vez que o procedimento cirúrgico pode ser complicado nestes pacientes^{5,6,7}.

Alguns autores admitem estar aumentado o risco de lesão da via biliar principal em pacientes com Síndrome de Mirizzi^{1,2,3}. A área do triângulo hepatocístico formado pelo ducto hepático comum, ducto cístico e borda inferior do fígado, é envolvida por um denso processo inflamatório, com firmes aderências entre a vesícula e o ligamento hépato-duodenal, distorcendo sua anatomia e tornando desnecessária e perigosa a dissecação desta região. Dessa forma, o diagnóstico pré-operatório deve ser ressaltado. A causa desta síndrome é uma entrada atípica em paralelo ou posterior do ducto cístico ou anomalia do colédoco. A litíase biliar está presente em todos os casos^{1,3,7,8}.

A compressão extrínseca pelo cálculo no

infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico recebe esta denominação em homenagem ao cirurgião argentino que a descreveu pela primeira vez². Mc Sherry e colaboradores, em 1982 classificaram a Síndrome de Mirizzi em dois tipos, dependendo da ausência (TIPO I) ou presença (TIPO II) de fístula biliar acima especificada⁹. Os pacientes com Mirizzi tipo II apresentam uma fístula colecistobiliar por erosão de 2/3 do perímetro da via biliar e passagem para o ducto hepático comum⁷. Csandes et al, subclassificaram o tipo II em três categorias baseado na porcentagem da parede do ducto que apresentou erosão pelo cálculo deixando a Síndrome de Mirizzi em tipos I, II, III e IV⁸. A importância dessa classificação é orientar o cirurgião na sua estratégia cirúrgica. Na Síndrome de Mirizzi tipo I, o caso aqui relatado, a colecistectomia parcial com a retirada do cálculo, deixando intacto o infundíbulo vesicular, parece ser uma abordagem sensata. Na tipo II, recomenda-se evitar a dissecação da área do triângulo hepatocístico, pois essa manobra pode resultar em aumento do índice de lesão da via biliar. A apresentação clínica mais comum é a presença de icterícia em pacientes com colelitíase e frequentemente o paciente apresenta manifestações clínicas de colecistite aguda^{3,4,10}. A imagem radiológica demonstra compressão extrínseca do colédoco e pode ser observado cálculo grande a nível do cístico. A suspeita radiológica desta síndrome pode ser permitida quando se observa: a) a via biliar intra e extra-hepática dilatada acima do ducto cístico; b) cálculo biliar no colo da vesícula ou ducto cístico; c) vesícula biliar com paredes espessadas e contraídas; d) colédoco distal ao cálculo com diâmetro normal^{4,6,7}.

A metodologia de estudo utilizada por diferentes autores é a ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada, colangiografia transparietal ou colangiografia por ressonância nuclear magnética. O primeiro método nos informa sobre o estado da via biliar, a presença de cálculos, o tamanho e localização destes, a espessura da parede da vesícula, o diâmetro das vias biliares e descarta outras doenças que provocam icterícia obstrutiva. A colangiografia transparietal ou por ressonância magnética determinam com maior precisão a zona de obstrução, delimita o cálculo causador da mesma e põe em evidência uma fístula biliar cuja presença confirma o diagnóstico. A tomografia computadorizada pode mostrar dilatação do sistema biliar acima do nível do colo da vesícula com colédoco distal normal. O segmento afetado geralmente apresenta de dois a três cm de extensão⁵. Esses exames são importantes para identificar o local e a causa da estenose biliar. Na Síndrome de Mirizzi, a imagem é de estenose do ducto hepático comum sugestiva de compressão extrínseca. Entretanto na maioria das vezes o diagnóstico da Síndrome de Mirizzi é estabelecido durante a colecistectomia. Apesar disto é importante tentar fazer o diagnóstico pré-operatório dessa síndrome para se evitar lesões iatrogênicas da via biliar durante a dissecação da região anatômica distorcida. A presença de massa inflamatória endurecida na região pode fazer o diagnóstico errôneo de tumor do hilo hepático^{3 5}. O diagnóstico pré-operatório correto alerta o cirurgião sobre a

complexidade do ato cirúrgico.

A retirada do cálculo pelo fundo da vesícula, que em geral está escleroatrófica, é uma tática adequada. Com isso, podemos identificar a extensão e a localização da erosão na via biliar principal e utilizá-la para retirada de outros eventuais cálculos de colédoco. Mesmo com o estudo radiológico intra-operatório, que pode ser realizado a partir da colocação de dreno no pertuito fistuloso, a possibilidade de colangiocarcinoma não pode ser excluída, ressaltando-se, assim, a importância do estudo anátomo-patológico de congelação, quando persiste a dúvida diagnóstica da etiologia da icterícia obstrutiva⁵.

Vários métodos endoscópicos e cirúrgicos têm sido propostos na literatura para reparo destes defeitos no colédoco^{3 10 11}. Quando a via biliar principal não está seccionada totalmente, grande parte dessas lesões pode ser reparada através de uma coledocoplastia, utilizando-se tecido da vesícula, com colocação de dreno de Kher distalmente ao fechamento. Quando a secção do colédoco for completa, ou quando a técnica supra mencionada for julgada impossível de ser realizada pela fibrose existente, ou mesmo por insuficiente tecido vesicular disponível, a hepaticojejunostomia é opção recomendável^{13 10}.

Por ser condição incomum na clínica cirúrgica e pelas possíveis complicações no seu manuseio, acreditamos que a Síndrome de Mirizzi deva ser incluída sempre no diagnóstico diferencial de icterícia obstrutiva em pacientes com cálculos biliares.

REFERÊNCIAS

1. Coelho JCU, Matias JEF, Campos ACL, et al. Mirizzi Syndrome: report of a case. *Rev Bras Cir.* 1990; (80):139-141.
2. Mirizzi PL. Síndrome del conducto hepático. *J Int Cir.* 1948; (8): 731-33.
3. Baer HV, Matthews JJ, Schweizer WP, et al. Management of the Mirizzi Syndrome and the surgical implications of cholecystcholedochal fistula. *Br J Surg.* 1990; (77): 743-45.
4. Daewar G, Chung SC, Li AK. Operative strategy in Mirizzi syndrome. *Surg. Gynecol Obstet.* 1990; (171):157-159.
5. Becker CD, Hassler H, Terrier F. Preoperative diagnosis of the Mirizzi Syndrome limitations of sonography and computed tomography. *AJR.* 1984; (143): 591-596.
6. Bonini C, Gimenez C, Rolle A, et al. Mirizzi Syndrome and bilio-biliary fistula: preoperative diagnosis. *Rev Arg Radiol.* 1990; (54):183-190.
7. Csandes A, Diaz JC, Burdiles P, et al. Classification and treatment of Mirizzi's Syndrome and cholecystcholedochal fistula. *Rev Chil Cir.* 1989; (41):57-62.
8. Csandes A, Diaz JC, Burdiles P, et al. Mirizzi Syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg.* 1989; (76):1139-1143.
9. McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi Syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol.* 1982; (1):219-225.
10. Lima LP, Wendt FAR, Teixeira PH, et al. Síndrome de Mirizzi: uma experiência cirúrgica. *Rev Col Bras Cir.* 1993; (5):261-264.
11. Esercizio G, Thonke FUS, Soehendra N. Endoscopic treatment of Mirizzi syndrome. *HBP Surg (Suppl).* 1997; 115-121.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Orlando Torres
Rua Ipanema, Ed. Luggano Bloco I / 204 - São Francisco
CEP – 65076-060 / São Luís - MA
E-mail: otorres@elo.com.br

Disfunção erétil e a prática do ciclismo

Erectile dysfunction and cycling practice

Cálide Soares Gomes¹

A impotência sexual ou disfunção erétil peniana tem etiologia multifatorial. Classicamente dividida em causas orgânicas e causas psicogênicas, é freqüente uma associação das duas. A distinção não é clinicamente fácil de realizar visto que afecções orgânicas interferindo na função erétil poderão, adversamente, afetar o estado psicológico do paciente e vice-versa. Apenas cerca de 5 a 10% dos casos ocorrem por razões essencialmente psicogênicas. Causas essencialmente orgânicas são as mais freqüentes, variando de 50 a 70% dos casos. Porém, na maioria dos casos, mais de um fator está associado e, invariavelmente, a disfunção erétil orgânica é associada ou complicada por fatores psicogênicos, a chamada disfunção erétil de natureza mista.

A disfunção erétil apresenta vários fatores de risco como: idade avançada; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica; distúrbios circulatórios do próprio pênis; enfermidades vasculares periféricas; enfermidades neurológicas; enfermidades endócrinas; traumatismos da medula espinhal, pelve ou períneo; operações pélvicas radicais; radioterapia; priapismo; alcoolismo; tabagismo; consumo de maconha e/ou cocaína; uso de antihipertensivos, tranqüilizantes e psicotrópicos; dificuldades de relacionamento com a parceira; estresse; ansiedade de desempenho sexual; depressão; personalidade obsessivo-compulsiva; desvios sexuais. Recentemente, um novo fator de risco tem sido implicado na gênese da disfunção erétil: a prática do ciclismo.

O ciclismo é uma excelente atividade para o sistema cárdio-respiratório. Porém, dependendo da maneira como for praticado poderá afetar adversamente a função erétil do pênis. Quanto maior o tempo sentado sobre um selim estreito e não acolchoado que sustenta a maior parte do peso do corpo do ciclista, maior a pressão exercida sobre a linha média do períneo, especificamente sobre a crura peniana que é interna, fixa, apoiada em estruturas ósseas pélvicas. Essa mórbida pressão exercida sobre o períneo, que às vezes chega a 200 kg, traumatiza e comprime artérias penianas responsáveis pela irrigação sangüínea e conseqüente ereção. O traumatismo persistente e continuado provoca alterações obstrutivas e/ou cicatriciais sobre as delicadas estruturas responsáveis pela ereção peniana. O dano pode se estender para algumas veias penianas e pela delicada malha erétil dos corpos cavernosos. Abrupta ou lentamente,

ocorrerão manifestações clínicas de disfunção erétil peniana onde um aspecto está habitualmente presente: hipoestesia perineal.

Nem todo ciclista desenvolverá disfunção erétil e nem toda disfunção erétil em ciclistas será por trauma ou compressão sobre o períneo. Um conjunto de fatores precisará coexistir: 1-Selins inadequados, não acolchoados ou muito estreitos. 2-Longos percursos em estradas, repetidos com freqüência. 3-Ciclismo praticado em pistas irregulares ou muito acidentadas quando a trepidação ou choques do períneo contra o selim ou o quadro da bicicleta poderão gerar pressões transitórias equivalentes a 200 Kg ou mais. 4-Pacientes muito pesados gerarão maior pressão sobre o períneo. 5-Pacientes que já apresentam algum grau de disfunção erétil ou outros fatores de risco. Lembrar que as bicicletas estáticas ou ergométricas apresentam os mesmos riscos.

É possível praticar o ciclismo com pouca agressão ao períneo obedecendo às seguintes regras: 1-Usar sempre um selim bem acolchoado. 2-Evitar selins estreitos. Se for o caso, trocá-los por outros mais largos e acolchoados. 3-Angular a ponta ou nariz do selim, alguns graus para baixo. 4-Especialmente em longas jornadas, passeios, competições, terrenos acidentados etc, ficar em pé nos pedais a cada 5 ou 10 minutos, por cerca de 3 minutos, para desbloquear a circulação sangüínea. 5-Usar as pernas apoiadas nos pedais para a absorção de choques do terreno. 6-Em bicicletas estáticas ou ergométricas, usar sempre selins largos e acolchoados; ficar em pé nos pedais a cada 5 ou 10 minutos, por cerca de 1 minuto, para aliviar a compressão perineal.

Está bem estabelecido que a pressão do selim sobre o períneo é responsável por lesões arteriais que podem ser responsáveis por disfunção erétil peniana isolada ou associada a outros fatores de risco. Entretanto, apenas uma pequena porcentagem dos ciclistas desenvolverá disfunção erétil atribuída à prática do esporte. O esporte praticado sem os devidos cuidados, especialmente por pacientes predispostos, certamente lesa estruturas importantes responsáveis pela ereção peniana e será o responsável pela disfunção erétil de alguns, mas não de todos os ciclistas. Não é redundante reafirmar que com os devidos cuidados, o ciclismo continuará sendo uma prática segura e prazerosa para seus aficcionados.

¹ Professor de Clínica Cirúrgica em Urologia do Departamento de Medicina II da UFMA

REFERÊNCIAS

1. Sommer F, König D, Graft C, Schwarzer U, Bertram C, Klotz T, Engelmann U. Impotence and genital numbness in cyclists. *Int J Sports Med.* 2001; 22(6):410-3.
2. Sommer F, Schwarzer U, Klotz T, Caspers HP, Haupt G, Engelmann U. Erectile dysfunction in cyclists. Is there any difference in penile blood flow during cycling in an upright versus a reclining position? *Eur Urol.* 2001; 39(6):720-3.
3. Miller TA. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. *Am Fam Physician.* 2000; 1(61):95-110.
4. Andersen KV, Bovim G. Impotence and nerve entrapment in long distance amateur cyclists. *Acta Neurol Scand.* 1997; 95(4):233-40.
5. Matthews LA, Herbener TE, Seftel AD. Impotence associated with blunt pelvic and perineal trauma: penile revascularization as a treatment option. *Semin Urol.* 1995; 13(1):66-72.
6. Desai KM, Gingell JC. Hazards of long distance cycling. *BMJ.* 1989; 22(298):1072-3.
7. Kerstein MD, Gould SA, French-Sherry E, Pirman C. Perineal trauma and vasculogenic impotence. *J Urol.* 1982; 127(1):57.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Cálide Soares Gomes

Praça da Misericórdia, 200 – Centro. CEP 65015-300. São Luís-MA

E-mail:calide@zaz.com.br

Homepage: <http://www.geocities.com/calidesg>

Pré-natal do futuro

Marília da Glória Martins¹, Lívia Teresa M. Rios²

CONSIDERAÇÕES

A atenção pré-natal teve seu início em 1901, quando Ballantyne publicou seu “alegato em favor de um hospital de maternidade”, estabelecendo aí um ramo da medicina terapêutica e preventiva em todo o mundo. Em sentido amplo, incluía não somente as atividades médicas, como também a educação de meninas e mulheres, para que compreendessem seus potenciais benefícios, e as indicações de condições dietéticas e sociais orientadas para a saúde, de maneira que, quando uma mulher engravidasse, já contasse com assistência física e psicológica prévias, estando assim, preparadas desde os primeiros instantes da gestação¹.

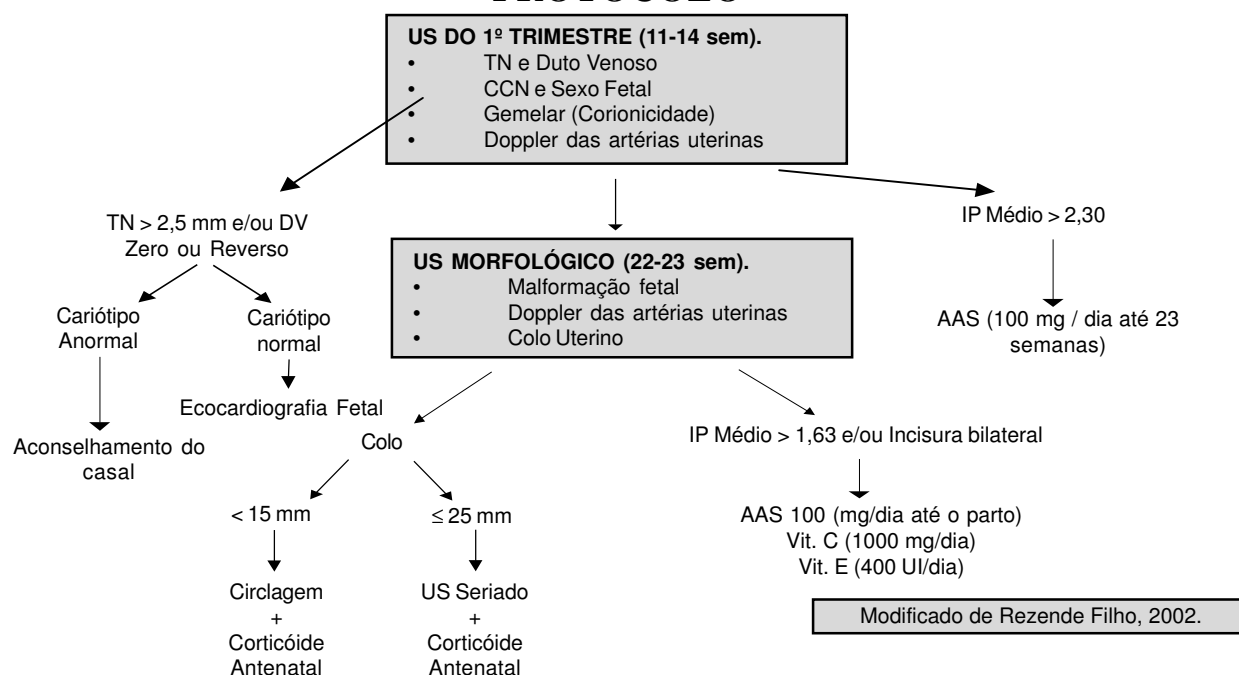
Das especialidades médicas a Obstetrícia foi a que mais progrediu ao longo deste século, tanto experimental quanto clinicamente. Na década de 70 o feto era um ser completamente inatingível, uma incógnita em relação ao seu bem estar intra-útero e a sua sobrevivência. Os anos 80 surgiram mostrando aos perinatologistas, uma especialidade completamente mudada, trazendo os conceitos e a identificação da gestação e do feto igualmente de alto-risco, determinando e orientando propedêutica ultra-sonográfica obstétrica e propedêutica invasiva intra-útero, período inicial das investigações e da terapêutica materna e fetal.

O exame ultra-sonográfico de rotina não mais se fixa somente na biometria fetal. Elásticas são as suas aplicabilidades para o primeiro trimestre, buscando maiores detalhamentos no segundo trimestre. A dopplervelocimetria obstétrica é exame que propicia a avaliação da resistência vascular nos compartimentos materno, placentário e fetal, rastreando a inadequacidade placentária de origem vascular, que pode ocasionar no curso da gravidez, patologias como a pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, descolamento prematuro da placenta e óbito fetal.

O uso antenatal de 100 mg de Aspirina associada a 1 000 mg de Vitamina C e 400 UI de Vitamina E, a partir da 11^a- 14^a semana da gravidez até o parto na profilaxia da pré-eclâmpsia, são propostas de condutas recomendadas e acolhidas na maioria dos grandes serviços de obstetrícia do mundo^{2 3 4 6}. As evidências mostram que o uso de corticosteróides antenatais em múltiplas doses, ministrados semanalmente a partir da 24^a até 34^a semana em pacientes com risco de parto pré-termo, reduz o risco de síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e óbito neonatal⁵.

Direcionar os métodos propedêuticos aliados à terapêutica adequada são cuidados detalhados da clínica obstétrica moderna. Sem estas observações o pré-natal torna-se apenas um apanágio dissimulado da rotina.

PROTOCOLO



Legenda: TN - Translucência nucal, CCN - Comprimento cabeça - nádega, IP - Índice de pulsatilidade, DV - Duto venoso, US - Ultra-sonografia

¹ Doutora em Obstetrícia. Docente da UFMA.

² Especialista em Ultra-sonografia. Docente da UFMA.

REFERÊNCIAS

1. Browne, J.C.M, Dixon, G. *Papel de la atención prenatal*. In: Atención prenatal. Argentina: Intermédica; 1979. p.1-8
2. Heath, V.C.F., Souka, A.P., Erasms, I., Nicolaides, K.H. Cervical length at 23 weeks gestation: the value of Shirodkar suture for the short cervix. *Ultras. Obstet. Gynecol.* 1998; 12-318.
3. Albaiges, G., Missfelder-Lobos, H. Lees, C., Parra, M., Nicolaides, K.H. One-stage screening for pregnancy complications by color Doppler assessment of the uterine arteries at 23 weeks gestation. *Obstet. Gynecol.* 2000; 96-559.
4. Chapell, L., Seed, P.T., Briley, A.L., Kelly, F.J., Lee, R., Hunt, B.J., et al. *Effect of antioxidants on the occurrence of pre-eclampsia in women at increased risk: a randomized trial*. *Lancet*; 1999. 354-810.
5. Martins, M.G. *Terapia antibiótica na prevenção do parto pré-termo: estudo prospectivo aleatório e duplo-cego*. [Tese]. São Paulo, 2001.
6. Montenegro, C.A.B; Rezende, J.F; Lima, M.L.L. Profilaxia da Toxemia Gravídica cmo o Provital: Programa de Saúde Pública. *Femina*. 2002; (30):7 429-431.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Marília da Glória Martins
AV 01 QD E C 21
Jd. Coelho Neto - Calhau – CEP: 65 066-240- São Luis-MA
e-mail: martinsm@elo.com.br

***Resumo das dissertações de Mestrado
em Saúde e Ambiente da UFMA***

CALDAS, Arlene de Jesus Mendes . Infecção por Leishmania chagasi em crianças de uma área endêmica de leishmaniose visceral americana (LVA) na Ilha de São Luís- Maranhão/ Brasil . UFMA - MA, 1998. [Dissertação].

Professor- orientador: Jackson Maurício Lopes Costa

RESUMO: Realizou-se estudo prospectivo sobre infecção por **L.(L.)chagasi** em crianças de zero a cinco anos nas localidades de Vila Nova e Bom Viver no município de Raposa -MA, no período de julho de 1997 a junho de 1998, com o objetivo de descrever as características da infecção por **L.(L.)chagasi**. Vila Nova e Bom Viver são localidades oriundas de invasões, a primeira com instalação mais recente e a segunda, mais antiga. A atividade principal de sobrevivência foi a pesca e o artesanato. As condições sócio -econômicas eram precárias nas duas localidades, não existindo coleta pública de lixo e rede de esgoto, renda mensal inferior a 1 ou 2 salários mínimos, baixo nível de escolaridade entre os pais, famílias numerosas e precárias condições de moradia, entretanto, existia água potável na maioria das casas. Realizou-se primeiramente um inquérito populacional nas duas localidades, através de visitas domiciliares, e, em seguida, o atendimento individual da criança em um posto de saúde. O estudo processou-se em duas fases, com um intervalo de sete meses entre elas. Na primeira fase, realizou-se o preenchimento da ficha questionário de 648 crianças de zero a cinco anos, com dados gerais da casa, da família e da criança; coleta de material para o exame sorológico (ELISA); aferição dos dados antropométricos e realização do teste de IDRM com antígeno de **L. amazonensis**, fornecido pelo Laboratório de Imunologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. A segunda fase foi realizada com 572 crianças. O menor número de crianças na segunda fase deu-se em decorrências de intensas migrações. Nesta fase, foram aferidos os dados antropométricos, coleta de material para exame sorológico e realização do IDRM. O teste de IDRM foi realizado em 639 crianças das duas localidades na primeira fase, apresentando prevalência de infecção de 18,6%, e na segunda fase com 572 crianças e incidência de 10,8%. O exame ELISA, na primeira fase, realizou-se com 638 crianças apresentando prevalência de infecção de 13,5% e na segunda fase, com 572 crianças e incidência de 28,5%. Observou-se que houve um aumento estatisticamente significativo na positividade dos dois exames entre as duas fases, com predomínio na faixa etária de 24 a 48 meses. A prevalência da desnutrição nas localidades estudadas foi de 26,0% no indicador altura/idade, 1,2% peso/altura e 9,6% peso/idade, tendo como referência o padrão do National Center of Health Statistics (NCHS). Em análise ajustada realizada através da regressão de Cox, foram constatadas as características sócio-demográficas e epidemiológicas da população estudada associadas à infecção por **L.(L.)chagasi**. As variáveis como residir em Vila Nova e existência de flebotomíneos no intra e peridomicílio foram fatores de risco fortemente associados à infecção pelo teste de IDRM e, pelo exame ELISA as variáveis: idade na faixa etária de 24 a 71 meses e atividade da criança entre 18:00 e 20:00h. O elevado índice da incidência de infecção por **L.(L.) chagasi** nas localidades estudadas indica a presença das formas assintomáticas e/ou oligossintomática da doença nas crianças de zero a cinco anos.

RIBEIRO, Marizélia Rodrigues Costa . A Educação Ambiental no Cotidiano da Unidade Integrada Henrique de La Roque Almeida. UFMA - MA, 1998. [Dissertação].

Professor- orientador: Fernando Antonio Guimarães Ramos

RESUMO: Educação ambiental no cotidiano escolar. Apresenta como tema central as ações em educação ambiental no ensino fundamental da Unidade Integrada "Henrique de La Roque Almeida", escola pública da rede municipal de São Luís, capital do Estado do Maranhão - Brasil. Objetiva conhecer as ações em Educação Ambiental: suas formas de desenvolvimento e entraves relacionados com o corpo docente, currículo escolar e atividades extracurriculares. Aborda a inter-relação desenvolvimento- educação-meio ambiente nas sociedades capitalistas. Apresenta o naturalismo como principal categoria nas representações de meio ambiente e educação ambiental. Relaciona o papel da educação na hegemonia da classe dominante. Discute o cotidiano e, em especial, o cotidiano escolar como elemento para conhecer a realidade. Utiliza a etnografia para diagnóstico da situação de ações de educação ambiental no cotidiano da escola pesquisada: observação participante, entrevistas e análise de documentos. Caracteriza o trabalho como estudo de caso etnográfico. Diagnostica a situação das práticas de educação ambiental na escola pesquisada durante os três últimos meses do ano de 1997. Busca o contexto social do bairro, onde se situa a escola, assim como as respectivas histórias para compreender a as representações dos atores sociais. Analisa as representações do corpo docente sobre meio ambiente, educação ambiental, ambientes da escola e bairro, programas ambientais da escola e bairro e possíveis soluções, entraves na implantação de um programa de educação ambiental no cotidiano da escola, contribuição da educação ambiental para o bairro e escola e integração escola comunidade. Desvenda a formação do professor na problemática ambiental. Usa como base para a análise do conhecimento a "Conferência de Tbilisi". Demonstra estar o

conhecimento em nível de senso comum, dentro do naturalismo. Confronta dados da literatura, políticas educacionais e o conhecimento do cotidiano da escola. Sugere a construção de projetos políticos em consonância com a realidade social.

**SILVA, Conceição de Maria Pedrozo. Avaliação clínico- epidemiológica da Cromoblastomicose no Estado do Maranhão- Brasil. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].
Professor- orientador: Jackson Maurício Lopes Costa**

RESUMO: Saúde da Família: Uma utopia realizável, estuda o Programa Saúde da Família –PSF, tendo por base a análise das concepções dos profissionais que coordenam e executam o programa nas questões relativas ao processo saúde/doença; relação equipe/paciente e possibilidades transformadoras do PSF. Aborda brevemente, as políticas de saúde instituídas na Europa Ocidental desde o século XVIII até a atualidade, e sua influência nos modelos assistenciais praticados no Brasil desde o início deste século até a implantação do Sistema Único de Saúde e dentro deste PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro. Utiliza a metodologia qualitativa para aproximar-se das concepções dos sujeitos do PSF, assentada na idéia de que estas concepções estão em permanente reconstrução e fazem parte de uma realidade histórica, social e culturalmente construída. Essas concepções indicam elementos importantes para a consolidação da estratégia do Saúde da Família como extensão da cobertura populacional, a necessidade de formação e capacitação adequadas, o apoio estrutural das instituições e a constituição de um novo modelo de trabalho. A análise aponta para o importante papel desempenhado pelos sujeitos do PSF que, diante de suas concepções e relações cotidianas com as famílias, favorecem, no plano concreto das práticas de saúde, a viabilidade desde o processo de mudança no modelo de assistência à saúde.

**MENDES, Wellington da Silva. Dinâmica da ocupação do espaço na cidade de São Luís e a Leishmaniose Visceral Humana . UFMA- MA, 1999. [Dissertação].
Professor- orientador: José Ribamar Trovão**

RESUMO: A dinâmica da ocupação dos espaços no município de São Luís e a leishmaniose visceral humana no período de setembro de 1982 a dezembro de 1997. Neste período ocorreram 1089 casos de calazar em que a morbi- mortalidade predominou em crianças com até três anos de idade. A epidemia foi do tipo progressiva, apresentou variação sazonal com um maior número de casos nos meses de julho a dezembro. A expansão ocorreu em três cordões de crescimento, o primeiro voltado para o litoral norte da ilha, o segundo dirigido para o centro da capital e o terceiro e mais significativo voltado para áreas rurais ao sul e leste da ilha. Posteriormente a expansão em direção ao litoral e para o centro foi perdendo força progressivamente e a epidemia passou por processo de periferização coincidindo com o momento em que o crescimento horizontal na cidade ocorria principalmente na periferia. As áreas de ocupação ilegal e recente detinham a maioria dos casos enquanto que os bairros da classe média, com infra-estrutura básica dos serviços, eram poupados mesmo quando se localizavam em pleno eixo de expansão da epidemia. Nos últimos anos a moléstia passou a predominar nas áreas rurais ao sul e a leste da ilha. Observou-se que a política oficial de controle da epidemia baseada em número total de casos notificados e não em coeficiente de incidência pode desviar a atenção de áreas com baixo número absoluto de casos com elevado coeficiente de incidência.

**ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Brito. Avaliação da qualidade da assistência ao parto hospitalar no Sistema Único de Saúde em São Luís. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].
Professor- orientador: Antonio Augusto Moura da Silva**

RESUMO: O propósito deste trabalho é avaliar a quantidade das assistência prestada ao parto nas maternidades ligadas ao SUS em São Luís, segundo a perspectiva da epidemiologia, visando subsidiar futuros programas de intervenção. A abordagem metodológica escolhida tomou por base o trabalho de Donabedian. Segundo esse autor, a avaliação de qualidade requer, como melhor estratégia, a seleção de um conjunto de indicadores representativo dos principais componentes da qualidade por ele descrito, estrutura, processo e resultados. Foi realizado um estudo transversal prospectivo com amostragem representativa dos nascimentos ocorridos no período de um mês, visando a observação in foco das características da assistência prestada às gestantes. Foram realizadas 368 entrevistas com perguntas direcionadas às mães e ao profissional responsável pelo parto. Algumas variáveis foram coletadas através de observação direta nos prontuários e livros de registro do serviço. Os indicadores selecionados foram relativos à recepção e admissão na maternidade, acompanhamento do trabalho de parto e

assistência hospitalar. O indicador de resultado utilizado foi o coeficiente de mortalidade neonatal reduzível por adequada atenção ao parto proposto pela Fundação SEADE. A metodologia proposta permitiu identificar uma maternidade com qualidade boa, duas com qualidade regular e um serviço com baixa qualidade

**ARAGÃO, Vânia Maria de Farias. Avaliação da qualidade de assistência ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde em São Luís. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].
Professor- orientador: Antonio Augusto Moura da Silva**

RESUMO: A qualidade da assistência neonatal em 4 maternidades públicas de São Luís foi avaliada através de indicadores selecionados de estrutura, processo e resultado, utilizando-se a metodologia proposta por Donabedian para avaliação da qualidade em serviços de saúde. Foram estudados 368 nascimentos através de entrevistas com as mães e com os profissionais que atenderam ao recém-nascido, complementado com os dados dos prontuários. Os dados de estrutura foram obtidos com entrevistas com os diretores das maternidades ou funcionários indicados por eles, corroborados por observação do pesquisador. A estrutura de atendimento ao recém-nascido mostrou-se deficiente em vários aspectos, em algumas maternidades, principalmente por falta de adequação da estrutura física de alguns berçários que dificultam a lavagem das mãos e a desinfecção de materiais. O número de profissionais foi insuficiente para o atendimento do binômio mãe- filho em todas as maternidades, comprometendo a qualidade do atendimento. Faltam equipamentos básicos e material de reposição. Quanto ao processo, foi observado um baixo percentual de atendimento ao recém-nascido por pediatria na sala de parto(38,3%), o mesmo ocorrendo em relação à execução do Apgar(42,7%). A auxiliar de enfermagem foi o profissional responsável pela maioria dos atendimentos em sala de parto e foi detectado um baixo percentual de treinamento formal para realizar este procedimento nesta categoria. A administração de vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica do recém-nascido e a credeização para a profilaxia da oftalmia gonocócica são feitos rotineiramente em todas as maternidades e alcançaram elevado percentual de execução. Todas as maternidades estudadas utilizam o sistema de alojamento conjunto imediatamente após o parto normal. Os recém-nascidos não permanecem em sala de observação. Quanto ao coeficiente de mortalidade neonatal, indicador de resultados selecionados, duas maternidades apresentaram um elevado coeficiente 30,00 e 47,55 por 1000 nascidos vivos; uma exibiu um coeficiente intermediário de 9,9% e outra um baixo coeficiente intermediário de 9,93% e a outra um baixo de 2,45%. Devido às grandes diferenças no nível da população atendida pelas maternidades estudadas, torna-se difícil correlacionar a mortalidade como fator discriminatório da qualidade entre elas. As maternidades C e D alcançaram uma contagem de pontos ao redor de 80% do padrão, para a maioria dos indicadores, ficando com uma boa classificação enquanto as maternidades A e B não alcançaram o mesmo desempenho, ficando com uma boa classificação.

**RIBEIRO, Aurim Rezende. Ação bloqueadora de canais de cálcio de compostos terpenoidais presentes no extrato etanólico de *Cecropia adenopus*. UFMA/ MA, 1999. [Dissertação].
Professor- orientador: Roberto Sigfrido Gallegos Olea**

RESUMO: A espécie vegetal *Cecropia adenopus* (Moraceae), embaúba, encontrada em regiões tropicais é bastante utilizada com fins curativos pela população como hipotensora, diurética, contra tosse, asma e bronquite. Este trabalho teve como objetivo o fracionamento, o isolamento, a purificação e a identificação de substâncias químicas das folhas da planta, assim como a realização de testes farmacológicos para a verificação da ação bloqueadora dos canais de cálcio. Para o presente estudo as folhas da planta foram coletadas no Campus do Bacanga, São Luís-MA em agosto/98. Uma excisada desta espécie encontra-se depositada no herbário Ático Seabra-UFMA, sob o número 1107. O pó das folhas secas(500g) foi extraído do diclorometano. O extrato DCM(12,36 g), cromatografado em coluna de sílica gel forneceu várias frações, entre as quais, a fração 26 apresentou ótimo grau de pureza, sendo então, caracterizada por técnicas espectroscópica como o asteróide b-sitosterol. Um extrato etanólico(11,95g) obtido do resíduo anterior, foi particionado com acetato de etila, que produziu, entre outras, a fração F-A-1 com perfil cromatográfico semelhante a uma fração padrão, que em ensaios prévios mostrou-se ativa em relação ao bloqueio de canais de cálcio. A-A-1 (10 a 100 mg/ml) foi submetida a testes farmacológicos em musculatura lisa uterina de rata, produzindo um desvio significativo das curvas dose-efeito para a direita com redução do efeito máximo, indicando ação bloqueadora de canais de cálcio. Uma análise espectroscópica desta fração demonstrou que a mesma se compõe de uma mistura de trierpenos cujo constituinte majoritário é o ácido olean-12-en-1a, 3b-diacetoxi-29-óico.

**BRANCO, Maria dos Remédios Freitas Carvalho. Gerenciamento Intra- unidade dos resíduos sólidos dos Hospitais do Município de São Luís- Maranhão, Brasil. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].
Professor- orientador: Jackson Maurício Lopes Costa**

RESUMO: O gerenciamento de resíduos sólidos foi analisado em quatro hospitais contratados do Sistema único de Saúde no município de São Luís: dois públicos (Hospitais A e B), um filantrópico (Hospital C) e um privado (Hospital D). Havia programa de controle de infecção hospitalar nestas quatro unidades. Em nenhum dos quatro hospitais existiam pias, sabão, dispensadores de sabão líquido, papel toalha porta papel (suporte) disponíveis e em quantidade suficiente para lavagem das mãos. No Hospital A, constatou-se na área de coleta de sangue do laboratório que não eram adotadas as recomendações de não recapar as agulhas contaminadas com sangue. Havia padronização de normas de limpeza e desinfecção de áreas e limpeza, desinfecção e esterilização de artigos no Hospital C. A limpeza úmida era usada em áreas críticas e semicríticas de forma regular no Hospital C. O Hospital A possuía aspecto sujo e mal conservado. No Hospital B poucos setores estavam limpos. O Hospital C passava impressão de ambiente limpo na maioria dos setores visitados. O Hospital D encontrava-se em reformas. Não existiam planos de gerenciamento de resíduos, classificação de resíduos, manual ou rotinas sobre gerenciamento de resíduos, nem responsável técnico pelo gerenciamento dos resíduos nestas quatro unidades. Não havia respeito à norma de preenchimento dos sacos somente a dois terços da capacidade; amarradura da boca do saco com, pelo menos, dois nós; e uso de sacos duplos ou triplos para resíduos densos, em nenhuma das quatro unidades. Os programas de controle de infecção hospitalar previam o emprego de pré-embalagem para resíduos perfurantes e cortantes em três unidades; mas este uso ocorria de forma incorreta nestes três hospitais. O saco plástico de cor branca leitosa não era usado em nenhuma das quatro unidades. Nestes quatro hospitais existiam recipientes para resíduos infectantes com paredes contínuas e tampa acionada por pedal, providos de saco plástico em seu interior, mas em número insuficiente. Os resíduos infectantes, além de serem depositados em recipientes inadequados, eram misturados a resíduos comuns. Nenhuma das quatro unidades possuía sala de resíduos. Coleta e transporte internos não obedeciam fluxos exclusivos, preestabelecido, com constância e horários, sentido único e fixo, em nenhuma das quatro unidades. Os carros de coleta interna I e II conforme as especificações da legislação vigente não foram encontrados em nenhum dos quatro hospitais. Todos os quatro hospitais tinham abrigo de resíduos, mas nenhum deles estava de acordo com as especificações exigidas pela legislação brasileira. Os resíduos anatomopatológicos eram encaminhados pelos Hospitais B e C para sepultamento. O hospital B fazia tratamento dos resíduos, mas sem classifica-lo, encaminhando para o incinerador quase a totalidade dos resíduos. Encontrou-se desrespeito à legislação vigente sobre gerenciamento de resíduos sólidos nos quatro hospitais analisados.

**AMARAL, Flávia Maria Mendonça. Frutos de *Luffa operculata* (L.) Cogn.: Avaliação da comercialização e controle de qualidade de amostras adquiridas em mercados de São Luís-MA. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].
Professora- orientadora: Maria Nilce de Sousa Ribeiro**

RESUMO: Frutos de *Luffa operculata* (L.) Cogn. (Cucurbitaceae), conhecida popularmente como cabacinha ou buchinha, ocorre no estado do Maranhão na região do cerrado, sendo os frutos secos muito utilizados na prática popular em forma de infuso ou decocto no tratamento da sinusite. Considerando que a maioria da população maranhense adquire as plantas para uso medicinal em mercados, neste estudo foram avaliadas as condições de comercialização das espécies vegetais, e em particular dos frutos de *Luffa operculata* (L.) Cogn., em mercados de São Luís- MA e avaliada a qualidade das amostras da espécie vegetal adquirida em bancas de vendas nesses locais. As análises das amostras foram realizadas por comparação aos dados da literatura e a uma amostra coletada no município de Cajapió- MA. Os resultados comprovaram as condições precárias de comercialização de espécies vegetais nos mercados selecionados nesse estudo e a má qualidade dos frutos de *Luffa operculata* (L.) Cogn., evidenciada pela análise da pureza e integridade; expondo, assim, a população maranhense ao risco real de aquisição e utilização de espécie vegetal imprópria ao consumo, o que resultou na necessidade de elaboração de um manual para orientação ao consumidor na aquisição de plantas para uso medicinal comercializada em mercados, visando contribuir no controle da comercialização e no emprego de seguro e eficaz de plantas para uso medicinal.

COUTINHO, Denise Fernandes. Banco de dados de plantas medicinais utilizadas no estado do Maranhão e caracterização farmacodiagnóstica da espécie *Bryophyllum calycinum* Salisb. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].

Professora- orientadora: Maria Nilce Sousa Ribeiro

RESUMO: O presente trabalho teve como objetivos o desenvolvimento de um banco de dados a partir de plantas medicinais, utilizadas no Estado do Maranhão e a caracterização farmacológica das folhas de *Bryophyllum calycinum* Salisb. A idéia de desenvolvermos um banco de dados surgiu da necessidade da organização das informações científicas referentes a espécies medicinais encontradas na flora maranhense, que se encontram dispersas no mundo inteiro e dessa forma obter uma fonte de consulta fácil e rápida acerca das mesmas. O programa de banco de dados permite a obtenção de dados sobre o nome científico, família, nome vulgar, distribuição geográfica, uso terapêutico, cultivo, partes estudadas, substâncias químicas, identificação química, ensaios farmacológicos, estudos toxicológicos e referências bibliográficas. Este apresenta um recurso de pesquisa que é realizado através de palavras-chave que dependerão do campo de consulta escolhido, podendo, também, realizar pesquisas cruzadas, associando dados diferentes. É possível, ainda, a visualização de fotos das espécies, bem como de suas estruturas anatômicas e de substâncias químicas. A espécie *Bryophyllum calycinum* Salisb, pertencente à família Carassulaceae, é comumente conhecida por Santa Quitéria, folha da fortuna, pirarucu, coirama, dentre outras. Na medicina popular, suas folhas são empregadas, principalmente, no tratamento de problemas da pele, úlceras gástricas, glaucoma e infecções da via respiratória. A caracterização farmacognóstica das folhas desta espécie compreendeu o seu estudo farmacobotânico, ou seja, a descrição morfo-anatômica, a abordagem fitoquímica e sua caracterização físico-química. No estudo morfológico(macroscópico), foi determinado que a espécie apresenta folhas simples e compostas, de consistência suculenta, ovais, pecioladas, com margens crenadas, de coloração verde-escura na página superior e verde- clara na inferior. O estudo anatômico foi realizado em cortes transversais e paradérmicos, sendo observadas as seguintes características: epiderme glabra, com células de paredes anticlinais onduladas, estômatos em ambas as faces, principalmente do tipo anisocítico, mesofilo homogêneo, presença de grãos de amido, idioblastos de conteúdo marrom-escuro e feixes vasculares colaterais. A abordagem fitoquímica permitiu detectar as seguintes classes de substâncias: flavonóides, glicosídeos cianogênicos, substâncias fenólicas, esteróides e triterpenóides. A caracterização físico-química da droga demonstrou que os teores de umidade no material fresco e as cinzas totais encontram-se, respectivamente, em 90,8% e 9,58%. Os resultados obtidos, tanto do banco de dados como do estudo farmacodiagnóstico, contribuirão com dados científicos para a elaboração de monografias de drogas vegetais, indispensável para a fabricação de fitoterápicos, como determina a Portaria nº 06 de janeiro de 1995 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

NOBRE, Raimunda Nonata Leão Lopes. Saúde da Família: Uma utopia realizável. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].

Professor- orientador: Raimundo Antonio da Silva

RESUMO: A cromoblastomicose é uma infecção fúngica granulomatosa que acomete pele e tecido celular subcutâneo, tendo como principal agente etiológico, o *Fonsecaea pedrosoi*. De distribuição universal, está presente principalmente nos países de clima tropical, quente e úmido. No Brasil, encontra-se em vários Estados. No Maranhão, tem comportamento endêmico na microrregião da Baixada maranhense. Realizou-se o estudo clínico, epidemiológico e laboratorial de 66 casos de cromoblastomicose, autóctones do Estado do Maranhão, bem como o estudo das prováveis "reserváreas" dos fungos causadores desta micose. Observou-se que 53% dos pacientes encontravam-se entre 40 e 60 anos, 87,8% eram do sexo masculino, numa proporção de 7:1. A maioria(75,8%) eram oriundas da mesorregião norte do Estado. Com relação à atividade profissional, 83,3% eram lavradores. Na maioria apresentavam as lesões em membros inferiores(54,6%), com lesões em placas vegetantes em 81,5% e tempo de evolução da doença variando de 1 a 30 anos. Análise das reserváreas mostrou variação no grau de fertilidade do solo, sendo, em geral, solos de baixa fertilidade, mas com alto índice pluviométrico, mostrando a importância da umidade para estes fungos. Os pacientes foram classificados de acordo com a gravidade da doença em leve, moderada e grave, de acordo com a extensão do envolvimento da pele e do tecido celular subcutâneo. Encontrou-se 56 pacientes com as formas moderadas ou grave da doença. O diagnóstico foi estabelecido pela observação de células muriformes em 87,5% dos pacientes. A cultura foi positiva em 53 amostras, e o *Fonsecaea pedrosoi* foi isolado em 98,1%. O exame histopatológico foi positivo em 87,7% das biópsias realizadas. A cromoblastomicose tem comportamento endêmico no Estado do Maranhão, sendo esta micose de grande importância para a região.

COIMBRA, Liberata Campos. Adequação do uso da assistência pré-natal em São Luís. UFMA - MA, 1999. [Dissertação].

Professor- orientador: Antonio Augusto Moura da Silva

RESUMO: A adequação do uso da assistência pré-natal no município de São Luís- Maranhão e a alguns fatores associados foram investigados através do estudo transversal, em uma amostra sistemática, estratificada por maternidades, de todos os nascimentos hospitalares em São Luís, no período de março de 1997 a fevereiro de 1998. Foram avaliados indicadores sócio- econômicos e demográficos, a saúde reprodutiva, a morbidade na gravidez e a utilização de serviços pré-natais. Utilizou-se um questionário padronizado respondido pelas puérperas antes da alta hospitalar. Na análise dos dados utilizou-se estatística descritiva com estimação pontual e com intervalos de confiança de prevalência dos diversos indicadores analisados, bem como o “odds ratio” e regressão logística para buscar associação entre as variáveis, adotando-se uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Para análise da adequação do uso da assistência pré-natal, utilizou-se o índice “Adequacy of Prenatal Care Utilization” –APNCU e propôs-se um novo índice baseado nas recomendações do Ministério da Saúde brasileiro. Foram entrevistadas 2.831 puérperas, atendidos em 10 unidades de saúde públicas e privadas do município. A cobertura do pré-natal foi de 89,5% com 60,2% iniciando o pré-natal no primeiro trimestre e 62,9% realizando cinco ou mais consultas. A cobertura da vacina antitetânica foi de 54,6%; 77,7% realizaram VDRL e 87,5% tipagem sanguínea. O médico realizou 89,4% e o enfermeiro 24,1% dos atendimentos. O Sistema Único de Saúde financiou 84,2% da assistência. A adequação do uso da assistência pré-natal pelo índice de APNCU foi de 13%, incluindo 3% de pré- natal intensivo e pelo índice proposto, 49,6%. O atendimento em serviços públicos de saúde, a baixa escolaridade materna, o baixo nível de renda e a mulher não Ter companheiro tiveram associação com a inadequação do atendimento pelos dois índices analisados. A inadequação também esteve associada com a mulher ter mais de 35 anos e alta paridade pelo índice proposto, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde.

MORAES, José Ribamar. Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luís- MA, de 1980 a 1997. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].

Professor- orientador: Antonio Augusto Moura da Silva

RESUMO: Este trabalho tem por finalidade analisar no período de 1980 a 1997 a tendência da mortalidade por causas externas em São Luís. Trata-se de um trabalho baseado em dados secundários fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde. As causas externas foram analisadas de acordo com a categoria de três e de dois dígitos das Classificações Internacionais de Doenças, CID’s 9a. e 10a. Revisões, para a determinação da mortalidade e específica assim como a mortalidade proporcional segundo sexo e faixa etária. Do ponto de vista estatístico, os intervalos de confiança foram calculados pela distribuição binomial, para os casos maiores ou iguais a cem óbitos e pela distribuição de poisson, para os menos de cem casos. Para a escolha do modelo de ajuste, foi utilizada a regressão linear ou exponencial, conforme o caso e adotado nível de significância de 0,05. Houve uma tendência de queda significativa para as causas externas em geral principalmente entre as mulheres. Quanto às faixas etárias as que apresentaram as quedas mais significantes foram de 0 a 9 e de 30 a 49 anos de idade ($p < 0,05$). Os homicídios apresentaram tendência de aumento altamente significativa, tanto entre os homens como entre as mulheres, na faixa etária de 10 a 29 anos de idade ($p < 0,05$). Conclui-se que enquanto as causas externas apresentaram tendência de queda, os homicídios apresentaram tendência de aumento altamente significativa.

FERREIRA, Denecy Alves Pereira. Avaliação de Qualidade do Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB no Maranhão, 1997 a 1999. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].

Professor- orientador: Antonio Augusto Moura da Silva

RESUMO: Para acompanhar as ações desenvolvidas e orientar continuamente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa da Saúde da Família, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB em 1998. Ao ser implantado, incorporou as informações do Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS geradas pelos Agentes Comunitários de Saúde desde 1993. O SIAB é um sistema informatizado, alimentado mensalmente com informações sócio-demográficas, ambientais e epidemiológica das famílias cadastradas e ações desenvolvidas pelo ACS e demais membros da equipe do PSF. Com a descentralização da Saúde, através do SUS, as esferas nacional, estadual e municipal necessitarão de informações capazes de lhes permitir traçar grandes diretrizes e implementar ações eficazes na

área da saúde. É nesse sentido que se torna urgente a obtenção de informações claras, precisas e confiáveis sobre a saúde no Brasil sob pena de se estar implementando ações sem nenhum planejamento sério, portanto, sem nenhuma segurança de bons resultados. Sobre esse prisma justifica-se esse trabalho de avaliação, com a perspectiva de contribuir para a consolidação do SIAB como instrumento de acompanhamento às ações dos programas e gerenciamento das ações de saúde. Neste estudo, utilizando-se dados secundários do SIAB, inicialmente foram identificadas a cobertura populacional do PACS/PSF no Maranhão e a cobertura do SIAB segundo a emissão dos relatórios de "Consolidação das Famílias Cadastradas na área Geral" e de "Série Histórica das Informações de Saúde da Área geral" nos anos de 1997 e 1999. Outrossim avaliar a ausência e a consistência das informações em três municípios, selecionados por livre escolha da pesquisadora. Os dados aqui apresentados demonstram aumento na cobertura populacional do PACS/PSF ao final de 1999 e o visível crescimento no volume de informações após a implantação e informatização do SIAB. Indicadores de cobertura populacional, indicadores epidemiológicos e ambientais dos três municípios foram submetidos à avaliação de consistência interna externa. Os resultados da avaliação apontam inconsistência em todos indicadores e nos três municípios selecionados. As inconsistências são atribuídas, provavelmente, à deficiência no processo da análise crítica desses dados em nível local, acompanhamento e supervisão dos ACS durante suas atividades, assim como a falta de uniformização conceitual quanto à compreensão de algumas variáveis.

**MOREIRA, Rosilene da Conceição Rodrigues. Leishmaniose tegumentar americana (LTA) na amazônia do Maranhão, Brasil: nível de conhecimento e uso de terapêuticas alternativas em populações rurais. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].
Professor- orientador: Jackson Maurício Lopes Costa**

RESUMO: Realizou-se estudo visando identificar e comparar que conhecimentos básicos e uso de terapias alternativas relativos à LTA, têm populações residentes em cinco áreas rurais (Sexta Vicinal, Quinta Vicinal, Trilha 410, Vila União e Buritizinho) pertencentes ao município de Buriticupu, Maranhão. No período de setembro de 1997 a janeiro de 1998, aplicou-se questionários com perguntas abertas e fechadas, abordando aspectos epidemiológicos, modos de prevenção, clínica e terapêutica alternativa. A população estudada foi de 378 (19%) indivíduos de um total de 1.980 habitantes. Na Sexta Vicinal (35 indivíduos), Quinta Vicinal (63), Trilha 410 (96), Vila União (85) e Buritizinho (99). Dos entrevistados, 72% tinham poucos conhecimentos dos modos de transmissão, 96,9% já ouviram falar da doença, a maioria obteve informações com amigos, 60,7% conheciam a LTA como lésh. O Glucantime foi a droga mais citada para o tratamento, 29,6% relataram uso de plantas no local da lesão. O Citrus limon (limão) foi a planta mais citada (15,4%) dos entrevistados, o modo de uso mais freqüente era o pó espalhado sobre a lesão. Conclui-se que o nível de conhecimento sobre a LTA foi incipiente, principalmente na prevenção e terapêutica, situação similar nas cinco áreas estudadas.

**PACHECO, Maria de Jesus Torres. A experiência da maternidade em adolescentes: entre sentimentos e decisões. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].
Professora- orientadora: Zeny de Carvalho Lamy**

RESUMO: Experiência da maternidade em adolescentes. Apresenta como tema central situações vivenciadas com a maternidade por adolescentes que procuram o Posto de Saúde para a assistência a seus filhos, situado na Cidade Operária, bairro da periferia de São Luís, capital do Maranhão. Tem como objetivos: analisar as interações que ocorrem no cotidiano, a partir da gravidez, com o companheiro, amigos, família e o filho; identificar situações vivenciadas na escola e no trabalho; conhecer as percepções que tinham do corpo durante a gravidez e após o nascimento do filho; trabalhar com os pressupostos de mudanças no relacionamento familiar, com o companheiro e amigos após a gravidez e maternidade; a evasão escolar ou afastamento do trabalho causa interrupções precoces em seu cotidiano, sendo o filho o principal impedimento do retorno a essas atividades, ocasionando dificuldades na interação com o mesmo e na aceitação da maternidade; dificuldades na aceitação da gravidez e nas suas possíveis modificações corporais após o nascimento do filho. Situa a temática no contexto histórico social; utiliza na metodologia a abordagem qualitativa como instrumento, a observação participante, o questionário e a entrevista semi-estruturada; como categorias analíticas, a gravidez e a maternidade; na análise emprega a hermenêutica-dialética, proposta por Minayo (1998); nos resultados descreve o cenário e os sujeitos do estudo e as categorias empíricas dos grupos; no grupo de primíparas as adolescentes expressam os comentários e discriminações por serem novas, aceitam o corpo grávido e fantasiam o filho que irá nascer; relatam a aproximação com a família e companheiro e as mudanças depois do nascimento do filho, enfatizam as limitações às atividades sociais. No grupo das múltiparas, referem estas, o apoio e as cobranças familiares diante de outro filho; refere

mais às modificações estéticas do corpo; são ambivalentes nos sentimentos com os filhos. Dois pressupostos foram confirmados, não foi encontrada nesses grupos a dificuldade referente às modificações corporais. As relações de gênero e a família constituem focos centrais nas narrativas. Propõem-se ações nas políticas públicas e em especial na área saúde e educação, as quais resgatem a adolescente ao convívio social.

GOMES, Lenimar Veiga. Características químicas e microbiológicas da água, do pescado e do camarão da Lagoa da Jansen, contaminados por esgotos domésticos em São Luís-MA. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].

Professor- orientador: Paulo Roberto Saraiva Cavalcante

RESUMO: A Laguna da Jansen foi originada de um impacto ambiental em um manguezal, devido à construção das avenidas Maestro João Nunes e Colares Moreira, na área urbana da cidade de São Luís-MA. Sua água foi analisada em relação aos parâmetros físicos e químicos como: transparência, temperatura, condutividade elétrica, salinidade, pH, oxigênio dissolvido, D.B.O., amônia e enxofre. Análises microbiológicas foram realizadas na água bem como em amostras de peixe e camarão com objetivo de se determinar o número de coliformes total e fecal pelo método dos tubos múltiplos. As amostras foram coletadas de agosto a dezembro de ano? em seis sítios. Os valores de pH variaram de 6,9 a 8,3 a temperatura de 27 a 30,5°C, enquanto a variação da turbidez foi de 12 a 29 NTU, embora a transparência tenha sido baixa no período. A salinidade e a condutividade elétrica foram consideravelmente altas devido à contribuição de águas salinas, além da intensa evaporação e ausência de chuva típica do período amostral. Os valores de amônia e enxofre foram relativamente maiores em pontos próximos às palafitas. D.B.O e o oxigênio dissolvido apresentaram altas concentrações em sítios com maiores acúmulos de matéria orgânica. Em todos os pontos analisados o número provável de coliformes NMP na água apresentou resultados maiores do que os estabelecidos pelo CONAMA para águas do tipo 7 (salobras). Os coliformes fecais encontrados nos peixes foram de 1.400 E. coli/g para camarão e 900 E. coli/g, sendo superior aos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que determina valores de 100 E.coli/g. A matéria orgânica de esgotos domésticos, da vegetação aquática, de mangue e sua decomposição a altas temperaturas, são fatores que estão provavelmente contribuindo para eutrofização da água e a contaminação da biota aquática investigada.

PEREIRA, Liduína Uchôa Lopes. Avaliação da qualidade de assistência no alojamento conjunto, em São Luís. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].

Professor- orientador: Fernando Lamy Filho

RESUMO: Avaliação da qualidade da assistência prestada nos alojamentos Conjunto das cinco maiores maternidades públicas ou filantrópicas, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de São Luís, através de indicadores selecionados de estrutura, processo e resultado. Utilizou-se a metodologia proposta por Donabedian para avaliação em serviços de saúde. Entrevistaram-se 351 mães internadas em sistema de alojamento conjunto, no momento da alta hospitalar, e 158 profissionais que trabalhavam no alojamento conjunto dessas maternidades. Estudaram-se na avaliação da estrutura recursos humanos, físicos e materiais. Utilizaram-se as atividades ou procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, como indicadores de processo. Consideraram-se os conhecimentos adquiridos pelas mães durante a internação, a satisfação em ficar com o filho no alojamento conjunto, o percentual de amamentação exclusiva durante internação e no momento da alta, a ausência de aleitamento cruzado e a dificuldade na visita dos familiares, como indicadores de resultado. Observou-se que o alojamento conjunto é praticado em todas as maternidades, mas que 16,2% dos bebês, sem problemas, foram encaminhados para um berçário. A avaliação da estrutura do Alojamento Conjunto mostrou-se deficiente principalmente em relação aos recursos humanos, com insuficiência ou falta de pediatras e enfermeiras. Dentre as maternidades, a 4 apresentou-se como a mais deficitária e a 5 a que mais se aproximou dos padrões exigidos. Quanto ao processo, observou-se que somente 15,1% das mães receberam informações sobre o alojamento conjunto no pré-natal, 53,3% sobre amamentação, 37,4% sobre higiene e menos da metade (39,3%) receberam orientação em grupo, sendo que, na maternidade 4, nenhuma mãe recebeu orientação. Quanto ao resultado, 100% das mães gostaram de ficar com seus filhos no alojamento, embora tenham relatado dificuldades em cuidar do bebê, principalmente por falta de ajuda. Foi observada amamentação cruzada em todas as maternidades (5,4%). Em relação aos resultados da assistência, a maternidade 1 apresentou os melhores índices e a 3 os mais deficitários. Identificaram-se através da avaliação final duas maternidades com boa qualidade, uma com qualidade regular e duas com baixa qualidade.

MAIA, Jacione Lemos Botelho. Parâmetros farmacognósticos para controle de qualidade de *Plectranthus barbatus*. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].

Professora- orientadora: Dra. Terezinha de Jesus Almeida Silva Rêgo

RESUMO: O chá das folhas de *Plectranthus barbatus* Andr. (Lamiaceae), conhecido vulgarmente como boldo, boldo nacional ou malva santa, é largamente empregado na prática popular contra distúrbios hepáticos e gástricos, tendo atividade farmacológica comprovada como hipossecrator gástrico. Esta espécie é muitas vezes substituída ou mesmo adulterada com outras espécies vegetais que apresentam morfologias semelhantes ou por receberem a mesma denominação popular, destacando-se como seus principais substitutos e/ou falsificadores, *Plectranthus neochilus* Schltr. e *plectranthus grandis* (Cramer) Willense. Frente a esta realidade este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de estabelecer parâmetros para o controle de qualidade da espécie *Plectranthus barbatus*, visando fornecer subsídios para diferenciação entre a espécie validada e estes adulterantes. Algumas características macroscópicas e organolépticas das folhas frescas permitem a diferenciação entre as espécies, sendo melhor evidenciadas através das fotocópias coloridas do material in natura fornecidas neste trabalho que são padrões autênticos facilitadores da identificação. As análises macroscópica e organoléptica das folhas secas e dos pós, também contribuem para a diagnose diferencial entre *Plectranthus barbatus* e esses adulterantes. Entretanto, as características microscópicas dos cortes transversais de folhas das espécies em estudo, contribuem para diagnosticar *Plectranthus barbatus* e *Plectranthus neochilus*, porém, a diferenciação entre as folhas de *Plectranthus barbatus* e *Plectranthus grandis* é difícil. Outros parâmetros fornecidos neste trabalho poderão contribuir, ainda, para diferenciação entre *Plectranthus barbatus* e *Plectranthus neochilus*, como teor de cinzas e cromatografia em camada delgada. Não há diferença significativa entre os rendimentos dos óleos essenciais das três espécies. A técnica de cromatografia gasosa/ espectrometria de massas revelou-se um excelente parâmetro de diferenciação entre estas espécies, permitindo a avaliação qualitativa e/ou quantitativa de alguns constituintes identificados. A análise dos resultados apresentados permite concluir que estes parâmetros correlacionados fornecem subsídios para o controle de qualidade da espécie validada.

COSTA, Diana Mendes. Papel das bactérias gram-negativas do solo na resistência adquirida aos antimicrobianos. UFMA - MA, 2001. [Dissertação].

Professor- orientador: Valério Monteiro Neto

RESUMO: A resistência bacteriana aos antimicrobianos tem-se tornado um grave problema de saúde pública em todo o mundo, indicando a necessidade de investigações sobre os diferentes aspectos clínicos e não-clínicos que poderiam contribuir para o fenômeno. Este estudo teve por objetivo determinar o potencial que as bactérias gram-negativas do solo, oriundas de uma área isenta de pressões seletivas, teriam na difusão da resistência adquirida. A determinação do número de bactérias gram-negativas resistentes à ampicilina, cefalotina, cefazolina, cerfepime, cerftriaxona, gentamicina e imipenem foi realizada através da contagem em placas contendo o meio VRBD e o antibiótico. Das colônias detectadas, 15 a 25 de cada contagem foram identificadas através de testes bioquímicos convencionais. As cepas sensíveis ao ácido nalidixico foram utilizadas como doadoras e a *Escherichia coli* K12 DH5a como receptora em experimento de conjugação. Extrações de DNA plasmidial das amostras bacterianas do solo foram empregadas em procedimentos de transformação da *E. coli* DH5a. Foi determinado o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos dos transconjugantes, transformantes e das amostras doadoras. As maiores contagens bacterianas foram obtidas para a ampicilina, cefalotina, cefazolina e gentamicina, com concentrações superiores a 10 (elevado a quinta potência) UFC/g. Entre as 124 amostras identificadas houve uma predominância de bactérias não- fermentadoras com 114 amostras bacterianas, representando 14 espécies, principalmente: *Shewanella*, *Putrefaciens*, *Chyseeobacterium meningosepticum*, *Bukholderia cepacia* e *B. pickettii* que totalizaram 78,2% de todas as amostras bacterianas. Houve a identificação de apenas duas espécies da família Enterobacteriaceae, o *Citrobacter freundii* e a *Serratia marcescens*. Das 27 amostras utilizadas na conjugação, 3 (11,1%) transferiram determinantes de resistência com 17 (35,4%) das 48 extrações de DNA plasmidial testadas. Os antibiogramas realizados com as amostras doadoras, com os transconjugantes e transformantes revelaram que, além da resistência ao antibiótico contra o qual foram selecionadas, essas bactérias transferiram simultaneamente outros determinantes de resistência, incluindo a resistência aos B-lactâmicos, tetraciclina e sulfonamidas. Em suma, apesar das controvérsias sobre a relevância, as bactérias gram-negativas do solo apresentam um potencial para atuarem na difusão da resistência adquirida.

**CARTÁGENES, Maria do Socorro de Sousa. Estudo da atividade hipotensora de *Sechium edule* Sw. (chuchu). UFMA - MA, 2001. [Dissertação].
Professor- orientador: Marilene Oliveira da Rocha Borges**

RESUMO: O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o efeito do fruto de *Sechium edule* Sw (chuchu), na pressão arterial e sistema vascular de ratos normotensos. O extrato bruto do fruto (EBF) foi obtido conforme uso popular, sendo semi-purificado por processos químicos. As frações obtidas foram monitoradas utilizando-se métodos farmacológicos in vivo, em ratos, e in vitro, em preparações isoladas de musculatura lisa vascular e não- vascular. A administração crônica EBF reduziu a pressão arterial de ratos normotensos. Este efeito parece estar relacionado a presença de substâncias antagonistas do cálcio, na musculatura lisa vascular. Os resultados da análise espectroscópica indicaram a presença, dentre outros compostos, de açúcares complexos. Desta forma o presente trabalho confirma a atividade hipotensora do fruto de *Sechium edule* SW.

**MENDES, Arilza Maria Correia. Triterpenos e atividades imunossupressora de *Vernonia scorpioides* Pers. (Asteraceae). UFMA - MA, 2001. [Dissertação].
Professor- orientador: Roberto Sigfrido Gallegos Olea**

RESUMO: *Veromia scorpioides* Pers., espécie vegetal da família Asteraceae, conhecida como enxuga, é utilizada popularmente no tratamento de leucorréia. Neste trabalho relatamos os resultados químicos e biológicos obtidos com o estudo das folhas da planta. A partição do extrato metanólico com $\text{CHCl}_3/\text{H}_2\text{O}$, e a seguir, o fracionamento da fração clorofórmica em coluna filtrante, levou ao isolamento de compostos terpenoidais, os quais através de técnicas espectroscópicas de RMN de ^1H e de ^{13}C foram identificados como esteróide estigmasterol e os triterpenos a-amirina e lupeol. A partir do lupeol foram derivados dois compostos, o acetil lupeol e a lupenona. Os testes imunológicos permitem mostrar que: O extrato metanólico bem como a fração clorofórmica apresentam atividade imunossupressora e inibem o desenvolvimento do tumor Erlich, o lupeol apresenta atividade imunossupressora e inibe rejeição de transplante, entretanto não inibe o desenvolvimento do tumor de Erlich, a lupenona apresenta atividade imunossupressora e o acetil lupeol inibe o desenvolvimento do tumor de Erlich.

REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ÓRGÃO OFICIAL DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
NORMAS REDATORIAIS

INSTRUÇÕES AOS COLABORADORES

A Revista do Hospital Universitário/UFMA órgão oficial do Hospital Universitário é publicada quadrimensalmente, e se propõe à divulgação de artigos concernentes à área da saúde que contribuam para o seu ensino e desenvolvimento.

A Revista do Hospital Universitário/UFMA passa a seguir o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio Medical Periodical Journals" elaborado pelo "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), conhecido como "Convenção de Vancouver". É utilizada a 5ª Edição de 1997 publicada no New Engl J Med, 1997, 336(4): 309-315. Os originais dos artigos deverão ser entregues no NUPEC - 5º andar HUUPD - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP. 65.020-070, São Luís-MA. Brasil / Tel.: (0**98)219.1084 / e-mail: npc@huufma.br

INFORMAÇÕES GERAIS

Os artigos apresentados para publicação devem ser inéditos, impressos em computador, espaço duplo, papel branco nos formatos de 210 mm x 297 mm ou A4, em páginas separadas, devidamente numeradas e com margens de 2,5 cm acompanhadas de disquete contendo o respectivo material, digitados no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, letra arial, tamanho 12. O(s) autor(es) deverá(o) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao editor chefe da revista acompanhadas de carta assinada pelo autor e todos os co-autores autorizando a publicação. Se houver dúvida, o autor deverá consultar diretamente o editor chefe.

FORMA E ESTILO

Os artigos devem ser concisos e redigidos em português no máximo em 15 páginas. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Texto; 4) Abstract e Key Words; 5) Referências; 6) Endereço completo do autor e e-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

CATEGORIA DOS ARTIGOS

Artigo Original: Deve ser constituído de Resumo, Abstract, Introdução, Método, Resultados, Discussão e Referências. Recomenda-se cuidadosa seleção das referências, limitando-se em cerca de vinte permitindo-se um máximo de seis autores.

Artigo de Atualização e Revisão: Deve ser publicação de matéria de grande interesse da comunidade científica. O formato é semelhante ao artigo original (Resumo, Abstract, Introdução, Conclusão). Número de autor: dois.

Relato de Caso: Deve ser restrito a casos relevantes que necessitem de divulgação científica.

Nota Prévia: Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a quinhentas palavras, cinco referências e duas ilustrações.

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS

A) Página de Título: O título deve ser redigido em português e em inglês. Deve conter o máximo de informação e o mínimo de palavras. Não deve conter fórmulas, abreviações e interrogações. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do autor(es) seguido de seus títulos profissionais e do nome da Instituição onde o trabalho foi realizado. Para Artigos Originais admite-se até seis autores e, nos Relatos de Casos e Notas Prévias, apenas três.

B) Resumo: Deve conter no máximo duzentos e cinquenta palavras, em caso de Artigo Original e de Atualização e, cem para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve ser informativo, contendo o objetivo, os procedimentos, os resultados com sua significância estatística e as conclusões.

Deve ser compreensível, evitando-se informações vagas e que não estejam no texto, para poderem ser utilizadas amplamente deve conter:

1. Objetivo: com o propósito do trabalho
2. Método: descrição do material dos pacientes e do método.
3. Resultados: descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível com significado.

4. Conclusões.

C) Descritores: De acordo com a lista do Index Medicus. Podendo ser citados até 3 (Três).

D) Abstract: Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

1. Background: O propósito do trabalho ou investigação.
2. Methods: Descrição do material e método.
3. Results: Descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível seu significado.
4. Conclusions:
5. Key Words: De acordo com o index Medicus.

E) Introdução: Deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

F) Ética: Toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa

envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CÉP).

G) Métodos: (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método): O texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores.

H) Resultados: Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

I) Discussão: Deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluídas as conclusões do trabalho.

J) Referências: Devem ser no máximo de 20 e predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, restringindo-se aos trabalhos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as Normas do Index Medicus. As citações devem ser referidas no texto pelos respectivos números, acima da palavra correspondente sem vírgula e sem parêntese. Observações não publicadas ou referências a "Summaries" de Congressos e comunicações pessoais devem ser citadas no texto, entre parênteses. Ex.: (Attie AD, et al: Hepatology, 1981, 1:492, Summary). Mencionar todos os autores, quando até três, citando apenas os três primeiros, seguidas de et al., quando existirem mais de três autores. Exemplos de formas de referências:

1. em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista. Ano mês dia; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.

2. em Livro: Autor. Título. Edição. Local de Publicação: Editora; data da publicação. Bogossian L. *Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

3. em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. páginas. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editores. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

4. em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano.

páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica: estudo de 35 casos*. [Dissertação]. Niterói(RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

5. em Material eletrônico:

A) Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

B) Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição física. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

C) Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965.

Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas.

TABELAS

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word.

ILUSTRAÇÕES

São fotografias, gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127 mmx178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.