

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Revista do Hospital Universitário/UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fernando Antonio Guimarães Ramos
Reitor

José Américo da Costa Barroqueiro
Vice-Reitor

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro
Presidente do Conselho de Administração

Natalino Salgado Filho
Diretor Geral

Nair Portela Silva Coutinho
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

Alessandra Enes Rocha
Diretora Adjunta de Administração e Finanças

Marina do Nascimento Sousa
Diretora Adjunta de Planejamento

Zeny de Carvalho Lamy
Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais

Redação e Administração da Revista

Hospital Universitário/UFMA
Rua Barão de Itapary, 227 - Centro
São Luís - Maranhão - CEP: 65020-070
Telefone: (98) 2109-1242
Email: revista@huufma.br

REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Editora Científica

Arlene de Jesus Mendes Caldas

Editores Associados

Adalgisa de Souza Paiva Ferreira - UFMA
Alcione Miranda dos Santos - UFMA
Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA
Manuel Santos Faria - UFMA
Natalino Salgado Filho - UFMA

Conselho Editorial

Alcimar Nunes Pinheiro - UFMA
Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ
Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA
Antonio Rafael da Silva - UFMA
Elba Gomide Mochel - UFMA
Feliciano Santos Pinheiro - UFMA
Fernando Antonio Guimarães Ramos - UFMA
Fernando Lamy Filho - UFMA
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ
José Wanderley Vasconcelos - UFMA
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA
Manoel Santos Faria - UFMA
Marília da Glória Martins - UFMA
Orlando Jorge Martins Torres - UFMA
Raimundo Antonio da Silva - UFMA
Sirliane Sousa Paiva - UFMA
Zeni de Carvalho Lamy - HUUFMA

Normalização Bibliográfica

Ana Luzia de Sá Magalhães

Editoração Eletrônica

João Lindoso Farias Neto

Tiragem

500 exemplares

Revista do Hospital Universitário / UFMA, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.1, n.1, 1995-...-São Luís, 1995.

v. 6, n. 2, 2005

Quadrimestral.

(ISSN – 1677-4647)

1. Ciências da Saúde – periódicos. I. Universidade Federal do Maranhão II. Hospital Universitário.

CDU: 61(05)

Editorial	7
Artigos/Articles	
Introdução à Bioética. Volnei Garrafa.....	9
A eutanásia como uma questão sobre a qualidade de vida e de morte do doente terminal. Wildoberto Batista Gurgel	14
A má-notícia na ótica do cuidador: tipificação dos discursos de uma equipe de profissionais da saúde sobre a má-notícia. Wildoberto Batista Gurgel, Nair Portela Silva Coutinho, Raimundo Antônio da Silva, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha, Cristiane Luciana de Araújo.....	20
Gerenciamento eletrônico da informação: a experiência do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HU/UFMA. Ana Luzia de Sá Magalhães, Joselina Santana de Sousa, Telma Maria Santana Amaral	26
Estudo das infecções oportunistas em pacientes com HIV/Aids. Terezinha de Jesus Martins Feitoza, Adson Carlos Linhares Amorim, Sérgio Sousa Sena Santos, Dorlene Maria Cardoso de Aquino, Arlene de Jesus Mendes Caldas	30
Prevalência e fatores associados à presença de disfunção erétil em portadores de hipertensão arterial. Francisco das Chagas Monteiro Júnior, Natalino Salgado Filho, Pedro Antônio Muniz Ferreira, Luciana Coelho de Azevedo, Wellington Santana da Silva Júnior, Carolina Cipriano Monteiro, Márcio Mendes Pereira, Natália Ribeiro Mandarinó	35
Hemorroidectomia: técnica de Longo versus método tradicional (Milligan-Morgan). Joaquim David Carneiro Neto, João Batista Pinheiro Barreto, Natália Sousa Freitas, Marcelo Araújo Queiroz	40
Anopexia mecânica do reto. Joaquim David Carneiro Neto, João Batista Pinheiro Barreto, Natália Sousa Freitas, Marcelo Araújo Queiroz	45
Relato de caso/Case report	
Schwannoma benigno de vulva: relato de caso. José Anselmo Cordeiro Lopes, Ana Lúcia Abreu-Silva, Antonio Augusto Fernandes Ribeiro, Luís Flávio Furtado Ribeiro	49
Teratoma maduro do mediastino posterior com extensão abdominal transdiafragmática. José de Ribamar Vale, Marcos Lorenzo Raicces.....	52
Normas Redatoriais/Notes to Contributors	

Neste número da Revista do Hospital Universitário serão apresentados vários artigos resultantes da produção científica de docentes, técnicos, alunos de graduação e pós-graduação e de professores convidados. Garantir a publicação de um periódico, que dissemine nossa produção de conhecimentos é um dever e uma responsabilidade da Direção, que deve ser partilhada com todo o coletivo para que se possa atingir não somente a meta estabelecida, mas a difusão do conhecimento produzido. Nosso cenário de prática profissional - instituição de assistência, ensino, pesquisa e extensão é um celeiro para observações, registros e investigações voltadas para nosso cotidiano, para os processos de trabalho, práticas pedagógicas, gestão, cuidados, relação profissional e tantos outros temas relevantes para troca de experiências e fortalecimento da pesquisa no âmbito do SUS. Segue-se com breve apresentação dos artigos e estudos de casos.

Introdução à Bioética, apresenta uma visão geral desta, incluindo um breve histórico crítico de seu desenvolvimento até o início do século XXI.

O artigo Eutanásia como uma questão sobre a qualidade de vida e de morte do doente terminal, traz uma discussão sobre o tema a partir da realidade das UTIs brasileiras comparada com a realidade do atendimento paliativo.

A má notícia na ótica do cuidador, demonstra a tipificação dos discursos de uma equipe de profissionais de saúde atuantes em uma UTI neonatal.

Gerenciamento eletrônico da informação: a experiência do serviço de arquivo médico e estatística do HU/UFMA, apresenta o sistema eletrônico de gerenciamento da informação clínica como ferramenta para obtenção de informação de forma mais rápida, consistente e precisa sobre os dados do paciente e tramitação do prontuário no complexo hospitalar.

Infecções oportunistas em pacientes HIV/AIDS, estudo retrospectivo comprovando que a prevenção e o controle dessas infecções deve se constituir em meta prioritária dos Serviços de Saúde.

O estudo da prevalência e fatores associados a presença de disfunção erétil em portadores de hipertensão arterial, vem contribuir com a temática, determinando a prevalência e investigando as variáveis associadas à presença de DE na população observada

Hemorroidectomia: técnica de Longo versus método tradicional Milligan-Morgan, avalia a eficácia da hemorroidectomia - Técnica de Longo - comparando com o método tradicional, analisando a intensidade da dor, tempo de cirurgia, tempo de internação, complicações, uso de analgésicos e retorno ao trabalho.

Schwannoma Benigno de Vulva: tumor raro que acomete a bainha mielínica de nervos periféricos composta quase exclusivamente de células de Schwannoma.

Em Anopexia mecânica do reto, os autores realizaram um estudo descritivo com pacientes com sintomatologia indicativa de tratamento cirúrgico da doença hemorroidária submetidos a tratamento com grampeador PPH.

Teratoma Maduro do Mediastino com extensão Abdominal Transdiafragmática, diagnosticado em achado ocasional de radiografia do tórax e submetido a excisão cirúrgica.

São Luís (MA), agosto de 2005.

Nair Portela Silva Coutinho
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

Introdução à Bioética

An Introduction to bioethics

Volnei Garrafa¹

Resumo: O artigo apresenta uma visão geral da bioética, incluindo breve histórico crítico do seu desenvolvimento até o início do século XXI. Interpreta a bioética como ética aplicada, introduzindo os referenciais epistemológicos da disciplina e relacionados com as situações ou problemas concretos constatados nos países periféricos do mundo, especialmente da América Latina e Caribe. Sistematiza a temática bioética em dois grandes campos historicamente considerados: bioética das situações emergentes (novas) e bioética das situações persistentes (antigas, recorrentes). Reforça a crítica à não universalização dos princípios tradicionais da bioética, defendendo a contextualização das diferentes situações ou conflitos a serem estudados, às suas respectivas realidades culturais, sociais, políticas, religiosas, de preferência sexual, etc.

Descritores: Bioética, Ética Aplicada, Estatuto Epistemológico.

Abstract: The article presents a general vision of bioethics, including brief critical historical aspects of its development up to the beginning of the 21st. century. It interprets bioethics as applied ethics, introducing the epistemological references of the subject and those related to concrete situations or problems that are verified in peripheral countries of the world, especially of Latin America and Caribbean. It systematizes bioethical issues in two great fields that are historically considered: bioethics of emergent situations (new ones) and bioethics of persistent situations (old, recurrent ones). The paper reinforces the criticism to the non universality of bioethical traditional principles, defending that the different situations or conflicts to be analyzed must be considered according to their respective context, in terms of cultural, social, political, religious, sexual realities, etc.

Keywords: Bioethics, Applied Ethics, Epistemological Statute.

INTRODUÇÃO

Todo conhecimento novo - seja ele científico, filosófico, jurídico ou social - gera grandes discussões com relação à definição dos seus limites teóricos, objetivos, linhas de trabalho e ação. Com a bioética as coisas não aconteceram de modo diferente. Apesar de significar um estímulo ao pluralismo e à tolerância, a definição de normas e comportamentos válidos para sua prática requer o confronto das variadas tendências e exigências.

A bioética surgiu concretamente no início dos anos 1970, a partir dos Estados Unidos, tendo imediatamente se irradiado para a Europa e, em seguida, para o restante do mundo. Sua conotação original se relacionava com uma questão de ética global, ou seja, com a preocupação ética de preservação futura do planeta, a partir da constatação de que algumas novas descobertas e suas aplicações, ao invés de trazer benefícios para a espécie humana e para o futuro da humanidade, passaram a originar preocupações e até mesmo destruição do meio ambiente, da biodiversidade e do próprio ecossistema terrestre, podendo ocasionar danos irreparáveis ao planeta e às formas de vida nele existentes.

BREVE HISTÓRICO

O neologismo bioética tornou-se internacionalmente reconhecido a partir de uma publicação do

cancerologista estadunidense Van Rensselaer Potter¹. Anteriormente, no início do século XX, essa mesma palavra já havia sido mencionada por outros autores, mas pela sua imprecisão conceitual inicial fora vítima de críticas e comentários pouco lisonjeiros.

O filósofo e bioeticista italiano Maurizio Mori considera que o renascimento da ética aplicada, aliado ao novo interesse pela moralidade do tratamento dispensado aos animais e pelos problemas da ética normativa em geral, constitui um dos aspectos mais significativos da reflexão cultural dos últimos anos: "Nesse sentido, os anos 70 parecem constituir um daqueles períodos históricos nos quais nasce alguma coisa de novo e a história se encontra diante de uma encruzilhada que pode levar a mudanças significativas"².

Segundo a Encyclopedia of Bioethics, a bioética abarca a ética médica, mas não se limita a ela, estendendo-se muito além dos limites tradicionais que tratam dos problemas deontológicos que decorrem das relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes³. Apesar da conceitualização da jovem bioética ainda estar em constante evolução, está claro que ela não significa apenas uma moral do bem e do mal ou um saber universitário a ser transmitido e aplicado diretamente na realidade concreta, como as ciências biomédicas, jurídicas ou sociais, por exemplo.

O desenvolvimento histórico da bioética pode ser estabelecido com base em quatro "etapas" ou "momen-

¹ Professor titular e coordenador da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília.

tos” bem determinados: 1. A etapa de fundação, relacionada com os anos 1970, quando os primeiros autores que sobre ela se debruçaram, estabeleceram suas bases conceituais; 2. A etapa de expansão e consolidação, relacionada com a década de 80, quando se expandiu por todos os continentes por meio de eventos, livros e revistas científicas especializadas, principalmente a partir do estabelecimento dos quatro princípios bioéticos básicos, sobre os quais falarei mais adiante; 3. A etapa de revisão crítica e que compreende o período posterior aos anos 1990 até o início de 2005, e que se caracteriza por dois movimentos: a) o surgimento de críticas ao “princípioalismo” (ou seja, a corrente estadunidense baseada em “princípios” pretensamente universais), com conseqüente ampliação do seu campo de atuação a partir da constatação da existência de “diferenças” entre os diversos atores sociais e culturais, espaço onde movimentos emergentes como o feminismo e de defesa dos negros e homossexuais, entre outros, adquiriram grande importância; b) a necessidade de se enfrentar de modo ético e concreto as questões sanitárias mais básicas, como a equidade no atendimento sanitário e a universalidade do acesso das pessoas aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico. Esta última questão, extremamente atual, diz respeito à ética da responsabilidade pública do Estado frente aos cidadãos, no que se refere à priorização, alocação, distribuição e controle de recursos financeiros direcionados às ações de saúde; 4. A etapa de ampliação conceitual, que se caracteriza após a homologação, em 10 de outubro de 2005, em Paris, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, a qual, além de confirmar o caráter pluralista e multi-inter-transdisciplinar da bioética, amplia definitivamente sua agenda para além da temática biomédica-biotecnológica, para os campos social e ambiental⁴.

O pluralismo dos valores, a responsabilidade individual e pública, assim como o tema da tolerância - entre outros indicadores essenciais para uma nova abordagem ética, além do que chamo de “os quatro ‘P’s necessários a uma prática ética responsável” (prevenção, proteção, precaução e prudência) - são necessários, mas não suficientes, pois podem favorecer procedimentos que respeitem todos os pontos de vista, porém, com relação ao conteúdo, torna-se indispensável a introdução de outros referenciais, critérios e princípios. Neste sentido, embora recebendo críticas, principalmente de pesquisadores latino-americanos e de alguns europeus, os investigadores estadunidenses vêm trabalhando a bioética a partir exclusivamente dos quatro princípios tradicionais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A teoria principialista, criada por Tom Beauchamp e James Childress a partir do conhecido “Relatório Belmont” e explicitada no livro *Principles of Biomedical Ethics*, publicado inicialmente em 1979, tomou como fundamento esses quatro princípios básicos⁵, os quais seriam uma espécie de mantra, um instrumento acessível e prático para análise dos conflitos surgidos no campo bioético. Como este contexto foi produzido a partir da visão anglo-saxônica do mun-

do, o tema da autonomia foi maximizado hierarquicamente com relação aos outros três, tornando-se uma espécie de super-princípio; este fato contribuiu para que a visão individual dos conflitos passasse a ser aceita como vertente decisiva para a resolução dos mesmos, o que nem sempre acontece⁶.

Em diversas nações indígenas, por exemplo, ou mesmo em algumas culturas orientais, o tema da autonomia é praticamente desconhecido. O perigo na utilização maximalista da autonomia está em cairmos no extremo do individualismo exacerbado, que pode sufocar qualquer direcionamento no sentido da visão inversa, coletiva, indispensável para o enfrentamento das tremendas injustiças sociais relacionadas com a exclusão social e, mais do que nunca, hoje constatadas em nosso planeta.

É necessário ressaltar, como já foi dito, que existem outras categorias ou referenciais - como a responsabilidade, a proteção, a prudência, a libertação, a tolerância e a solidariedade, entre tantas outras - que podem auxiliar na busca de diretrizes e na formulação de normas mais ampliadas, mas sempre de interesse bioético, embora, da mesma forma, sob o ponto de vista do rigor acadêmico também necessitem ser constantemente reavaliadas e reinterpretadas.

A bioética como ética aplicada

Atualmente, a bioética se apresenta como “a procura de um comportamento responsável de parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento e de pesquisa com relação à humanidade... Tendo descartado em nome da objetividade qualquer forma de subjetividade, sentimentos ou mitos, a racionalidade científica não pode - sozinha estabelecer os fundamentos da bioética... Além da honestidade, do rigor científico ou da procura da verdade - pré-requisitos de uma boa formação científica - a reflexão bioética pressupõe algumas questões humanas que não estão incluídas nos currículos universitários”⁷.

No sentido amplo do conceito que se pretende dar à bioética, seus verdadeiros fundamentos somente podem ser encontrados por meio de uma ação multi-inter-transdisciplinar que inclua, além das ciências médicas e biológicas, também a filosofia, o direito, a teologia, a antropologia, a ciência política, a comunicação, a sociologia, a economia⁸. Autores como Schramm vão ainda mais longe ao concluir que, na sua gênese, a ética (que ele chama de “ética natural”) tem um fundamento biológico: “A legitimação do agir ético só seria uma elaboração secundária de algo que de fato pertence à biologia humana... Podemos afirmar, portanto, que toda ética é, antes e fundamentalmente, uma bioética”⁹.

A propósito, embora o objetivo do presente texto seja apresentar um breve panorama introdutório e geral da bioética para os profissionais de saúde e de outras áreas menos familiarizados com a disciplina, é indispensável reforçar que incorre em grave equívoco conceitual aquele que reduzir a bioética exclusivamente aos quatro princípios já mencionados. Com 35 anos de vida, a especialidade já tem seu estatuto

epistemológico solidamente assentado em bases teóricas de indispensável conhecimento e domínio por parte dos estudiosos interessados no seu estudo. De acordo com publicação recente da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da UNESCO – REDBIOÉTICA⁸, os referenciais epistemológicos de uma bioética comprometida com a realidade concreta dos países periféricos, especialmente da região, seriam: 1. A não universalidade das diferentes situações, com necessidade de contextualização dos problemas específicos sob exame aos respectivos referenciais culturais, religiosos, políticos, de preferência sexual, etc.; 2. O respeito ao pluralismo moral, a partir das visões morais diferenciadas sobre os mesmos assuntos e constatadas nas sociedades plurais e democráticas do século XXI; 3. Sua inequívoca aptidão para constituir um novo núcleo de conhecimento necessariamente multi-interdisciplinar; 4. Sua característica de ser uma “ética aplicada”, ou seja, originária da filosofia e comprometida em proporcionar respostas concretas aos conflitos que se apresentam; 5. A análise concreta dos fatos a partir do referencial do pensamento complexo (na visão de Edgar Morin) ou da totalidade concreta (na visão de Karel Kosik), que não significa a soma das partes de uma determinada questão, mas sua interpretação estruturada onde todos conceitos e elementos se iluminam mutuamente, proporcionando uma noção mais palpável e harmônica de realidade; 6. A necessidade de estruturação do discurso bioético, que deve ter como base a comunicação e a linguagem (para se manifestar), a argumentação (que deve primar pela homogeneidade e lógica), a coerência (na exposição das idéias) e a tolerância (relativa ao convívio pacífico frente a visões morais diferenciadas).

Uma das bases de sustentação da bioética, como já foi dito, é a “ética prática” ou “ética aplicada”. Atualmente, este campo específico da filosofia (ainda contestado por muitos filósofos...) tem sua utilização mais aperfeiçoada, mais acabada, exatamente através da bioética. Isso é até certo ponto natural, uma vez que os grandes dilemas que passaram a se apresentar às pessoas e coletividades, na suas vidas cotidianas e práticas, principalmente dos últimos 50 anos, começaram a exigir respostas ou decisões muitas vezes imediatas e sempre concretas. Neste contexto, encontram-se temas como as novas tecnologias reprodutivas, os transplantes de órgãos e tecidos humanos, as terapias gênicas e tantas outras situações que atingem, de certo modo, os limites, os confins da vida, e que dizem respeito ao mais íntimo da espécie humana e seu bem-estar e desenvolvimento futuro.

A rapidez dos avanços científicos e tecnológicos exigiu que as diversas áreas de conhecimento envolvidas com os fenômenos relacionados ao nascimento, vida e morte das pessoas se adequassem à nova realidade. A filosofia, por exemplo, viu-se repentinamente obrigada a caminhar com agilidade compatível à evolução dos conceitos e das descobertas e com as conseqüentes mudanças que passaram a se verificar no cotidiano das pessoas e coletividades. Parâmetros morais secularmente estagnados passaram a ser questi-

onados e transformados, gerando a necessidade do estabelecimento de novos referenciais éticos que, por sua vez, requerem da sociedade também ordenamentos jurídicos pertinentes à nova realidade.

Bioética das situações emergentes e bioética das situações persistentes

No sentido até aqui exposto, estão se tornando cada dia mais freqüentes e delicados os conflitos gerados entre o progresso biomédico e os direitos humanos. Em alguns momentos já tem sido rompido, até de forma inescrupulosa, o frágil limite que separa as duas situações. Com tudo isso, cria-se uma série de distorções, como nas questões relacionadas com a mercantilização de óvulos, espermatozoides e úteros nas fecundações assistidas e a compra-venda de órgãos humanos em casos de transplantes. Nestes casos, invariavelmente, cidadãos pobres são os vendedores e pessoas com poder aquisitivo são as compradoras. Incontáveis exemplos também acontecem no campo da saúde pública, onde recursos financeiros indispensáveis de projetos que visam a sobrevivência de milhares de pessoas são freqüentemente desviados por políticos ou técnicos, para atividades de importância secundária, que não guardam nenhuma relação com as finalidades originais dos referidos projetos¹⁰.

Todos estes variados temas, portanto, que vão desde os dilemas éticos que se colocam ao administrador de saúde frente à repartição de verbas insuficientes para atividades impostergáveis, até problemas gerados a partir da aplicação da tecnologia de ponta, são hoje objeto da bioética, que, em poucos anos de vida, ampliou substancialmente seu campo de estudo, ação e influência.

A discussão bioética surge, assim, para contribuir na procura de respostas equilibradas ante os conflitos atuais e os das próximas décadas. Já tendo sido sepultado o mito da neutralidade da ciência, a bioética requer abordagens pluralistas e transdisciplinares a partir de visões complexas da totalidade concreta que nos cerca e onde vivemos. Para os países do Hemisfério Sul do mundo, no entanto, não é suficiente a aceitação acrítica das propostas, tampouco as amarras (ou limitações) conceituais sobre bioética vindas dos países do Primeiro Mundo, onde as discussões giram preferencialmente em torno de avançadas situações-limite decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico acelerado. Os estudiosos do assunto têm o compromisso de aproveitar a abrangência e oportunidade que a bioética proporciona, em se tratando de um movimento (ou uma nova disciplina...) que estuda a ética das situações de vida no seu amplo sentido, ampliando seu campo de influência teórica e prática.

De acordo com esse quadro, objetivando melhor sistematização e compreensão de sua área de estudo e abrangência, a Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (até o ano 2004, denominada de Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética, ligado ao Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da UnB), desde 1995, organiza seus programas de pós-

graduação e classificada a bioética partir de dois grandes campos de atuação, de acordo com sua historicidade: a bioética das situações emergentes e a bioética das situações persistentes ¹¹.

Com relação à bioética das situações emergentes, estão relacionados principalmente os temas surgidos mais recentemente e que se referem às questões derivadas do grande desenvolvimento biotecnológico experimentado nos últimos cinquenta anos. Entre elas, podem ser mencionados o projeto genoma humano e todas situações relacionadas com a engenharia genética, incluindo a medicina preditiva e a terapia gênica; as doações e transplantes de órgãos e tecidos humanos, com todas suas inferências que se refletem na vida e na morte das pessoas na sociedade e a relação disso tudo com as “listas de espera” e o papel controlador e moralizador do Estado; o tema da saúde reprodutiva, que passa por diversos capítulos, que vão desde a fecundação assistida propriamente dita, passando por assuntos como a seleção e descarte de embriões, a eugenia (escolha de sexo e determinadas características físicas do futuro bebê), as “mães de alu-

guel”, a clonagem, etc.; as questões relacionadas com a biossegurança, cada dia mais importantes e complexas; as pesquisas científicas envolvendo seres humanos e seu controle ético; entre outras.

No que se refere à bioética das situações persistentes, que são aquelas que persistem teimosamente desde a Antigüidade, estão listadas todas as que dizem respeito à exclusão social; às discriminações de gênero, raça, sexualidade e outras; os temas da equidade, da universalidade e da alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde; os direitos humanos e a democracia, de modo geral, e suas repercussões na saúde e na vida das pessoas e das comunidades; o aborto; a eutanásia. Enquanto outros autores preferem colocar estas duas últimas situações entre os temas “emergentes” ou de “limites”, parece ser mais adequado classificá-las como persistentes, a partir de sua conotação histórica, uma vez que se enquadram entre aquelas situações que se mantêm teimosamente na pauta da comédia humana desde os tempos do Antigo Testamento.

CONCLUSÃO

Em todos os temas inerentes à bioética, existe uma questão que, sem dúvida, atravessa longitudinalmente os problemas e conflitos a serem abordados e estudados e à qual o filósofo alemão Hans Jonas dedicou toda sua vida, ou seja, à ética da responsabilidade ¹². Seja com relação à bioética das situações persistentes ou das situações emergentes, o referencial universal da responsabilidade não pode ser deixado de lado.

Com relação a ele, três aspectos podem ser considerados e analisados: a ética da responsabilidade individual, que se refere ao papel e aos compromissos que cada um de nós deve assumir frente a si mesmo e aos seus semelhantes, seja em ações privadas ou públicas, singulares ou coletivas; a ética da responsabilidade pública, que diz respeito ao papel e aos deveres dos Estados democráticos frente não só a temas universais como a cidadania e os direitos humanos, mas também com relação ao cumprimento das cartas constitucionais de cada nação, principalmente nos capítulos referentes diretamente à saúde e vida das pessoas; e a ética da responsabilidade planetária, que significa o compromisso de cada um de nós, cidadãos do mundo, de cada país e do próprio conjunto de todas as nações, frente ao desafio que é a preservação do planeta, em respeito àqueles que virão depois de nós.

A bioética, assim, diferentemente da ética profissional e deontológica, de cunho legalista, não tem por base a proibição, a limitação ou a negação. Ao contrário, atua com base na legitimidade das ações e situações, tratando de atuar afirmativamente, positivamente. Para ela, a essência é a liberdade, porém, com compromisso e responsabilidade ¹³.

Parece-me, portanto, que melhor que ater-nos a princípios rígidos, é tentarmos realizar esforços para

melhor contextualizar cada situação conflitiva, dentro de seus aspectos sociais, culturais, econômicos, biológicos... Neste sentido, o movimento feminista, por exemplo, conseguiu mostrar de forma clara ao mundo a importância de se compreender e respeitar as diferenças. O conceito de diferença, nas questões de gênero, do mesmo modo que nas questões raciais ou de preferência sexual, não significa desigualdade (ou inferioridade...). Pelo contrário, resgata a necessidade democrática de que cada situação seja contextualizada exatamente a partir desses parâmetros diferenciais para que, assim, se dê a verdadeira igualdade. Desde aspectos mais simples e diretos como aqueles referentes aos direitos de uma gestante, até aqueles que dizem respeito à igualdade de acesso para todas as pessoas indistintamente na disputa por postos de trabalho - conquistas consideradas longínquas para alguns grupos sociais há algumas décadas atrás – apesar das dificuldades ainda enfrentadas, ganharam novo impulso com os avanços destes movimentos democráticos.

Da mesma forma, com a homologação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, a agenda bioética do século XXI foi significativamente ampliada, projetando-se para além das questões exclusivamente biomédicas e biotecnológicas às quais fora reduzida nos anos 1980 e 90 a partir dos interesses e de uma visão unilateral dos países desenvolvidos. A nova referência conceitual da disciplina passou a proporcionar aos estudiosos do assunto um espectro mais amplo de possibilidades de atuação, que incorpora os campos da bioética social e da bioética ambiental, indispensáveis para a consecução de uma bioética realmente empenhada com a ética das situações da vida humana e planetária (da qual a humana diretamente depende...) no seu mais amplo sentido.

REFERÊNCIAS

- 1 Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. Prentice Hall Inc. New Jersey (USA): Englewood Cliffs; 1971.
- 2 Mori M. A bioética: sua natureza e história. *Humanidades* (UnB), 1994; 9 (4): 332-341.
- 3 Reich, W. (Ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. The Free Press. New York; 1978.
- 4 Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Rev. Brasileira Bioética*, 2005; 1 (2):122-132.
- 5 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford university Press; 1979.
- 6 Selleti J, Garrafa V. *As raízes cristãs da autonomia*. Petrópolis; Vozes: 2005.
- 7 Berlinguer G. *Questões de vida: ética, ciência, saúde*. São Paulo: APCE/Hucitec; 1993.
- 8 Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridad, complejidad y totalidad concreta. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. (coords.). *Estatuto epistemológico de la bioética*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; p. 67-86.
- 9 Schramm FR. Toda ética é, antes, uma bioética. *Humanidades* (UnB), 1994; 9 (4): 324-331.
- 10 Berlinguer G, Garrafa V. *O mercado humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo*. 2. ed. Brasília: Ed. UnB; 2001.
- 11 Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 2003; 17 (5-6): 399-416.
- 12 Jonas H. *Il principio della responsabilità*. Torino: Einaudi; 1990.
- 13 Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. *Medicina – Conselho Federal*, 1998; 97:28.

Endereço para correspondência:

Prof. Volnei Garrafa
Caixa Postal 04367; Universidade de Brasília
70904-970, Brasília, DF
E-mail: volnei@unb.br

A eutanásia como uma questão sobre a qualidade de vida e de morte do doente terminal

The euthanasia as a question about the terminal patients life and death quality

Wildoberto Batista Gurgel¹

Resumo: Discussão sobre o tema da eutanásia a partir da realidade das UTIs brasileiras comparada com a realidade do atendimento paliativo. Pretende-se discutir a questão da eutanásia de um ponto de vista laico e prático. Coloca-se a questão dos tratamentos intensivo e paliativo dispensados ao doente terminal. Questiona-se até que ponto a prática da distanásia nas UTIs não deve ser substituída pela oferta de uma boa morte concedida através do cuidado paliativo. Percebe-se que nas UTIs brasileiras existem dois problemas éticos sérios: o critério para a seleção de leitos e a prática da distanásia. Acredita-se que o cuidado paliativo soluciona três questões fundamentais ligadas ao doente terminal: barateia seus custos hospitalares, oferece uma morte mais digna e redimensiona a questão da morte e do morrer como uma questão social.

Descritores: Eutanásia, Distanásia UTI, Ética prática.

Abstract: A discussion on euthanasia's subject based on Brazilian Intensive Care Unit's reality compared to reality of palliative treatment. It is intended to discuss the matter of euthanasia from a lay and practical point of view. It deals with the matter of intensive and palliative cares offered to terminal patients. It is questioned how far the practice of disthanasia in Intensive Care Units should be replaced by offering a good death through palliative care. It is realized that, in Brazilian Intensive Care Units, there are two serious ethical problems: the criterion for distribution of beds and the practice of disthanasia. It is believed that palliative care solves three fundamental questions connected to terminal patients: it cheapens their hospital costs, if offers a worthier death and it resizes the matter of death and dying as a social matter.

Keywords: Euthanasia, Disthanasia, Intensive Care Unit, Practical Ethics.

INTRODUÇÃO

Discutir a eutanásia é uma das questões típicas do sensacionalismo ético contemporâneo. Ela está na mídia e quase todo mundo já tem uma opinião formada a respeito. No entanto, muitas dessas opiniões não sobrevivem a um debate de meia hora. Ou porque o locutor não tem argumentos que possam ser demonstrados nesse intervalo de tempo. Ou porque o locutor é do tipo que acredita dogmaticamente na sua opinião, a tal ponto de se dispensar da tarefa de pensar em como argumentá-la. Os fatos são que discutir a eutanásia virou tema da moda, e que essa discussão pode ser feita de qualquer modo, porque o importante é ter algo a dizer sobre ele. Mas, não é assim que eu penso. Na minha opinião, trazer essa questão à tona é assumir um antigo legado da tradição filosófica que, desde Heráclito, Sócrates e Platão, tem definido a tarefa do filósofo como um saber morrer, como aquele que aprendendo a morrer, aprendeu a viver. Como aquele que se prepara para uma boa morte (eutanásia, em grego). No entanto, a questão da morte e do morrer se tornou complexa demais para ser única e exclusivamente uma questão da filosofia, ou de uma área do saber apenas, seja ela qual for.

Morrer, hoje em dia, se tornou muito complicado. Não morremos mais como antigamente: acompanhados de nossos entes queridos em nosso leito ou defendendo nossas honras nos campos de batalha. Era

simples demais. Morriamos pela espada, pela peste, por uma doença letal ou pelo consumir dos anos. Hoje, como relata Philippe Ariès¹, a morte não é mais um evento social, vivenciado no âmbito domiciliar e cercada por rituais e emoções públicas. Ela é um evento privado e proibido de ser trazido publicamente à fala, principalmente nas ciências da saúde, que, ironicamente, são as ciências que na sua prática profissional mais se deparam com essa questão². Justamente por isso, quero aqui apresentar a tese de que a discussão acerca da eutanásia, nos moldes atuais, é fruto da criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), e a forma mais compatível para enfrentar essa questão é aquela preconizada pela ética prática.

A INVENÇÃO DA DISTANÁSIA

Há outras formas de discutir esse tema, tais como as discussões religiosas, as etimológicas ou uma história da eutanásia. Há também posturas bem emotivas, algumas mesmo bastante metafísicas. Respeito poucas dessas abordagens, gosto de menos ainda e algumas nem discuto. Particularmente, prefiro enfrentar essa questão pela via da ética prática, tal como está preconizada por Peter Singer³ e me limitando somente à época contemporânea, uma vez que as duas têm o mesmo fundamento: a questão da morte e do morrer.

¹ Mestre em Filosofia. Docente da UFMA

Localizo essa questão dentro do paradigma da medicalização da vida, uma vez que com tal paradigma, as concepções de morte e morrer mudaram. A morte deixou de ser algo familiar, e até mesmo social, para se tornar um ato isolado e excludente. Ela virou um dos temas tabus, como o sexo. Só que já realizamos uma revolução sexual, ao passo que ainda estamos longe de realizar uma revolução tanatológica. Pois, a morte continua sendo interpretada como um castigo, ao modelo dos cristãos ou ao modelo dos existencialistas. Isto é, como o preço do pecado ou como a possibilidade que porá fim a todas as outras possibilidades.

Se a morte for uma inimiga, devemos lutar contra ela. Se for um fim das possibilidades, devemos procurar impossibilitá-la. Assim, a medicalização da vida e da morte é a luta das ciências da saúde contra a morte e o morrer. Dentre as formas de medicalização da vida associadas à morte e ao morrer estão a descoberta dos antibióticos e a criação das UTIs. Darei destaque a essa última.

Entre a sua criação nos EUA, em 1926 por W.E. Dandy (1886-1946)⁴ e Rouxinol de Florença (1820-1910) e a implantação no Brasil, nos anos setenta, houve um acontecimento histórico marcante que deu respaldo ao tratamento intrusivo, bem como redefiniu o conceito de morte e morrer. Esse acontecimento foi a Segunda Guerra Mundial.

Duas são as razões que dou à importância dessa guerra para o nosso tema. A primeira diz respeito ao alto índice de experimentos com tratamentos intrusivos feitos durante essa guerra. A segunda diz respeito ao saldo que esses experimentos deixaram como legado para as ciências da saúde pós-guerra. Tais experimentos dizem respeito ao tratamento e tecnologias utilizadas para conservar uma sobrevivência de soldados feridos em campos de batalha, enquanto eram transferidos para centros especializados, principalmente através da contribuição de Peter Safar e Claude Becker⁵.

Em 1947 e 1948, na Europa, nos EUA e na Dinamarca, a luta contra a poliomielite resultou num tratamento contra a paralisia respiratória e o surgimento da ventilação mecânica, o que conduziu à organização das Unidades de Cuidado Intensivo Respiratório (ICUs). Ali, as técnicas de ressuscitação, o cuidado intensivo e as cirurgias realizadas, obrigaram o desenvolvimento de posturas e revisões conceituais do tratamento dispensado aos doentes críticos. Some-se a isso o fato de que logo após essa guerra a falta de recursos humanos para o cuidado ostensivo à saúde obrigou o agrupamento de feridos em quartos de recuperação monitorados intensivamente. Em pouco tempo, o sucesso advindo com o cuidado e a monitoração de usuários mecanicamente ventilados, levaram ao surgimento de outros ICUs. Foram organizados ICUs gerais para doentes críticos, bem como, para usuários em pós-operatório.

Os benefícios óbvios, manifestos pela melhoria das condições de saúde dos usuários, resultaram na propagação de quartos de recuperação em quase todos os hospitais do mundo por volta de 1960. Esses

lugares, inicialmente, eram verdadeiras frentes de batalhas contra o morrer. Surgia, portanto, junto com os ICUs a prática e a ocupação técnica com a distanásia, o que levou a ética a se preocupar abertamente com a questão da saúde⁵. É, portanto, a mesma tecnologia militar, posteriormente adaptada para uso civil, que permite a um doente grave ter o seu tempo de vida prolongado, bem como, que um corpo seja conservado vivo para fins de transplante.

No saldo dessa guerra estão a reafirmação da necessidade de locais especiais para um cuidado mais intensivo e a redefinição de morte e morrer. Essa reafirmação foi produzida por uma experimentação empírica espontânea. A experimentação consistiu na observação participante de que os doentes seqüelados na guerra, quando tratados de forma intensiva, conseguiram se recuperar mais rapidamente do que os que foram tratados de forma ostensiva. Já a redefinição do conceito de morte e morrer foi produzida pela capacidade intervencionista do profissional de saúde sobre o doente terminal testando os limites da distanásia. Isto é, a morte passou a ser sinônimo de até onde as ciências da saúde não poderiam mais prolongar a vida.

Esse sucesso intervencionista é tão forte sobre o imaginário das pessoas que algumas chegam a pensar que a morte nos ambientes de UTIs é opcional⁶. Ou seja, que alguém possa ser hibernado para sempre ou até que se descubra uma cura. Isso criou no ambiente das ciências da saúde uma ilusão de imortalidade. É essa ilusão que ajuda as pessoas, em muitos casos, a enfrentar a má-notícia. Pois, muitas vezes a família sabe que não irá salvar a vida do doente, mas quer viver essa ilusão. O profissional de saúde, também, ou vivencia ou ajuda a alimentar nos usuários essa mesma ilusão⁷.

Como esse imaginário perpassa todas as classes e profissões, dá-nos a entender que atualmente existe uma conspiração contra o morrer. As pessoas são até capazes de aceitar a morte, mas dificilmente aceitam o morrer. Elas são até capazes de fazer planos para a sua morte, ou sobre a sua forma, o dia ou o que virá depois, mas pouquíssimas fazem planos para morrer. As religiões ocidentais, as ciências da saúde e a nossa cultura em geral compreendem a morte como finitude, como um fim da vida, uma passagem ou uma punição. Com isso elas não preparam as pessoas para o morrer. Mesmo as pessoas religiosas, cujas crenças atribuem à morte um papel importante como um ritual de passagem, normalmente são temerárias quanto a esse momento. Note bem, elas normalmente vêem a morte como um momento, o que significa que desprezam o morrer.

A MORTE E O MORRER

Qual a diferença entre morte e morrer? A morte está associada à categoria de finitude, o morrer está associado à categoria de percepção da duração. Enquanto a categoria de finitude é uma categoria dicotômica, que se opõe a infinitude, a categoria de percepção da duração é uma categoria orgânica, isto

é, descreve um modo próprio de ser. Até um ser imortal poderia ter a percepção da duração. Assim, para a abordagem percepcionista, o limite entre a vida e a morte não é uma fronteira estanque, mas uma série de eventos, que atendem pelo nome de morrer, cuja sucessão não é paulatina nem linear. Esses limites marcam uma dialética entre o que as ciências da saúde conseguiram prolongar e o que a natureza conseguiu reagir. A morte é, portanto, uma realidade, morrer é o modo como essa realidade se dá.

As definições de morte hoje compreendem critérios tais como: a) o cessar irreversível do funcionamento de todas as células, tecidos e órgãos; b) o cessar irreversível do fluxo espontâneo de todos os fluídos, incluindo o ar e o sangue; c) o cessar irreversível do funcionamento espontâneo ou não do coração e dos pulmões; d) o cessar irreversível do funcionamento espontâneo de todo o cérebro, incluindo o tronco cerebral; e) o cessar irreversível do funcionamento completo ou quase completo do neocórtex; e, f) o cessar irreversível da capacidade corporal da consciência.

Nenhum desses critérios pode ser compreendido de forma isolada e não há neles nada de metafísico ou religioso. Eles podem ser adotados por pessoas que desejam fazer essa discussão dos pontos de vista prático (isto é, a responder problemas concretos), laico (isto é, sem considerar variáveis religiosas) e universal (isto é, que sirva para todos os grupos humanos).

Já os modos de morrer compreendem explicações sobre os mais diferentes momentos onde registramos a morte. A saber: a) quando não há resposta a reanimação plena; b) quando a morte sobrevém mesmo com um manejo agressivo em UTI, incluindo tentativas de reanimação plena; c) quando há a decisão de não reanimar, também denominada de ordem de não reanimação (do-not-ressucitate order – DNR); d) quando não há a implantação de medidas de suporte de vida; e) quando da retirada de medidas de suporte de vida; e, f) quando do término ou retirada de medidas terapêuticas com a finalidade explícita de não substituir por um tratamento alternativo equivalente⁸.

Vejamos que as fronteiras do morrer se confundem com as fronteiras do viver, como nos lembra Montaigne⁹, pois o bem viver e o bem morrer são duas faces da mesma realidade. No entanto, Montaigne sabe perfeitamente que não é fácil lidar com a experiência da morte, uma vez que “as pessoas se apavoram simplesmente com lhe ouvir o nome: morte!”⁹.

Daí a postura do homem vulgar que toma como remédio o não pensar na morte. E, se for pensar, será quando os condenou o médico, cuja maior obra sobre o assunto é, na maioria das vezes, o testamento. Daí que, desde os romanos, as palavras morte e morrer foram sempre tratadas pelo emprego de perífrases, como parou de viver, viveu, se foi, faleceu etc. Logo, o temor à morte está inversamente proporcional à vida virtuosa.

Aquele que leva uma vida virtuosa não tem por que temer ou prezar a morte. No entanto, a maioria esmagadora das pessoas não pensa a morte de forma racional. Poucas pessoas costumam pensar no que

querem ser quando morrerem. Isso porque simplesmente não pensam no que são enquanto vivem. E, não dá para pensar na forma como morrer somente quando o dia fatídico se aproximar. Isso por duas razões: primeira, não sabemos qual é esse dia; segunda, na maioria dos casos, quando esse dia está próximo, não estamos em condições de escolher como queremos morrer. Por isso, planejar o morrer é, antes de tudo, planejar o viver: o como realizar os sonhos, o falar abertamente sobre os desejos e temores relacionados à morte, positivar idéias e vontades.

A QUESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DE MORTE

O tema da eutanásia está associado ao tema da qualidade de vida, em especial à qualidade de vida dos doentes terminais. Doentes terminais são aquelas pessoas portadoras de alguma doença incurável ou com quadro clínico irrecuperável com estimativa de vida de três a seis meses¹⁰. Muitos desses doentes trocariam, se consultados, semanas ou meses de vida mantida por aparelhos frios e insensíveis por alguns dias no aconchego do lar, junto aos seus. Pois, morrer bem é uma lei natural.

A própria natureza procura providenciar isso. Normalmente, quando a pessoa está próxima da morte e o corpo começa a produzir toxinas com a falência dos tecidos dos órgãos internos o cérebro libera uma grande quantidade de endorfina, o que dá ao doente uma sensação de alívio e bem-estar, conhecida como a melhora da morte ou o último suspiro¹¹. No entanto, as ciências da saúde são capazes de prolongar a vida de um doente terminal por dias, semanas ou meses. Em algumas UTIs, a falência de um órgão pode ser contornada com um aparelho que reproduz artificialmente as suas funções, o que caracteriza, na maioria dos casos, a prática corrente da distanásia.

Esse sucesso dividiu a ética aplicada à saúde em utilitaristas e consequencialistas. O primeiro grupo, mais ligado às idéias de Jeremy Bentham¹² subjulgava o tratamento ao conceito de dor e prazer; o segundo grupo, mais ligado às idéias de Peter Singer³ associava a questão da vida e da morte não ao tratamento, mas à experimentação, o que levou a denunciar a distanásia, e a defender a eutanásia e o suicídio assistido.

Esses debates produziram inúmeras questões, das quais algumas já vieram à tona no Brasil. A mais recente foi a tentativa de criar normas para a internação dos usuários nas UTIs. Ventilada pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa (em abril de 2005), a idéia terminou engavetada, após manifestações contrárias.

Essa proposta pretendia oferecer critérios para o acesso ao tratamento intensivo, o que deixaria de fora, por exemplo, uma pessoa com morte cerebral, caso outra precisasse do leito. Isto é, o Ministério da Saúde trabalhava com o objetivo de criar normas para dar acesso aos leitos de UTI só para usuários graves com chances reais de recuperação. Nem os setores médicos, nem os setores políticos aceitaram essa iniciativa, ao menos na forma como fora ventilada. No

entanto, a discussão não foi encerrada, como o próprio Ministro declarou à **Folha de São Paulo**: “Queremos fazer a discussão de forma correta, situá-la em nível técnico e impedir que haja má compreensão ou insegurança pela população”¹³.

A reação contrária tem duas bases. A reação médica argumenta que a proposta retira o poder de decisão do médico sobre quem precisa ou não ir à UTI, e que o real problema é a falta de leitos não a sua seleção.

Para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), a proposta de discutir a Cultura da UTI é importante, uma vez que ela existe. Mas, o governo não pode discutir a seleção dos leitos sem antes sanar a carência de leitos atual, que também existe. Justamente devido à falta de leitos, e da pressão familiar, o médico acaba escolhendo aquele usuário em situação mais grave, que não é necessariamente o que mais se beneficiará da UTI. No entanto, devido a essa escolha, o usuário em estado menos grave, que poderia tirar melhor proveito do tratamento, acaba retardando a sua entrada, o que pode agravar o seu quadro e transformar o problema num círculo vicioso.

Por sua vez, a reação política argumenta que haveria discriminação na seleção dos leitos, o que poderia prejudicar os usuários menos favorecidos economicamente, afinal, as UTIs públicas são usadas pela rede privada, e não o contrário. Desse modo, a questão foi deslocada, pelo menos temporariamente, da criação de critérios de seleção para o uso das UTIs para a questão do número de leitos existentes.

Aqui nós temos uma questão crucial. A discussão da otimização dos leitos é uma discussão meramente de infra-estrutura ou é uma questão ética? Um dos problemas, enquanto não se resolve esse impasse, é que se continua a praticar a distanásia e a gerar uma cultura excludente do doente terminal. As próprias câmaras de Bioética dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) já discutem a elaboração de uma medida que salvasse o médico em condutas adotadas com o doente terminal, como a eutanásia, por exemplo. Esses profissionais admitem que é preciso a criação de um protocolo de orientação médica, de forma a impedir que o critério balizador das decisões sobre quem fica e quem sai da UTI continue sendo o econômico ou a pressão da família do doente.

Uma das alternativas para o tratamento do doente terminal longe da UTI, do ponto de vista da ética, é o cuidado paliativo. Esse cuidado pode ser realizado em casa ou em enfermarias dentro de hospitais nas quais os usuários recebem oxigênio, soro e remédios para evitar e controlar a dor. Não são feitos procedimentos intrusivos e eles podem contar com uma equipe de profissionais da saúde para apoio. Exemplos de instituições onde já há o cuidado paliativo: Hospital do Servidor Público Estadual, do Estado de São Paulo e o Instituto Nacional de Câncer, no Estado do Rio de Janeiro, ambos são da rede pública, mas há outros na rede privada.

Em São Paulo, o Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE-SP) foi um dos pioneiros nesse tipo

de atendimento, em 1999. Uma equipe de profissionais da saúde acompanha 90 usuários em suas casas, além dos internos na enfermaria do HSPE-SP. No entanto, devido àquela ilusão de imortalidade e à autoprojeção que as famílias têm, ainda se recorre bastante ao tratamento intrusivo e condenam a possibilidade de sequer pensar no contrário. Associe a essa crença a idéia de que a benevolência é um princípio de ação superior, mesmo que isso signifique passar por cima da autonomia e da não-maleficência.

Desse modo, a prática é que familiares pressionem os médicos para que eles façam de tudo o que for possível para manter o doente vivo. Mas, quando se trata de doente terminal em estado grave, o que ele ganha com esses dias extras? Qual a relação custo-benefício? O princípio de não-maleficência nos obriga a ponderar essa relação. Saber se o adiamento do fim da vida é mais benéfico, à custa de tanto sofrimento físico e psicológico. Na minha opinião não vale a pena, nem do ponto de vista social nem do ponto individual submeter um doente terminal ao tratamento intrusivo.

Mas, eu não sou um doente terminal e alguém pode alegar que eu mudaria de opinião se estivesse no lugar de um doente terminal. Pois bem, é verdade que alguns doentes terminais não aceitam o cuidado paliativo e não se preparam para o morrer, mesmo após a consciência do diagnóstico. Alguns até acreditam que uma morte dolorosa é uma forma de expiação. No entanto, mesmo convivendo com a crença de que um milagre pode reverter o seu diagnóstico, quando perguntados sobre seu estado terminal a maioria recusa morrer na UTI.

A revista **Veja** (de 9 de novembro de 2005) trouxe a informação de que algumas pesquisas feitas no Brasil e nos Estados Unidos mostraram que, já na fase de aceitação da doença e da proximidade da morte, acima de 70% dos pacientes terminais fazem aos médicos e à família dois pedidos. Primeiro, não querem sofrer. Segundo, querem morrer em casa¹⁴.

Essa já não é mais a minha opinião, é a opinião da maioria das pessoas submetidas à distanásia as quais agora dei voz. Entre uma coisa e outra, elas preferem a boa morte, na qual prevalece o princípio de não-maleficência.

Se isso for verdade, a quem a família quer agradecer quando pratica a distanásia? A quem o profissional de saúde quer servir quando faz o mesmo? A quem a justiça quer defender quando nega o direito civil de escolher como se quer morrer? Perdeu-se o foco no bem-estar do usuário. O único bem-estar que faz parte do jogo é o bem-estar próprio. O da família, que posa de boazinha, mas não quer esse incômodo em casa. O do profissional de saúde que posa de competente e ético, mas não quer dispensar os cuidados paliativos, preferindo uma prática imoral e frustrante para o usuário. A do juiz, que posa de justo, quando na verdade está nos privando de um direito fundamental. O que o cuidado paliativo tenta oferecer é apenas uma morte com dignidade e afeto. Uma morte como ela sempre foi, uma companheira da vida inteira. Uma boa morte, ou uma morte humanizada.

Mas, a forma como morremos é muitas vezes agravada pelo tratamento intrusivo, de modo que a ciência que deveria ajudar a bem viver e a bem morrer, transforma nossos últimos momentos num tormento. Não entendam isso como uma espécie de terrorismo contra as UTIs, até porque não devemos associar UTI e morte. Muitas pessoas estão internadas na UTI porque precisam realmente dela. Mas, e essa é a verdade, há diversas pessoas para as quais a UTI é inútil, além de que ocupam a vaga de alguém necessitado.

Também não estou defendendo que os cuidados paliativos sejam simples. Ao contrário. Há várias dificuldades em torno deles. Em primeiro lugar, a questão da morte e do morrer está associada à má-notícia, normalmente dada por um médico. E a descoberta de que sofre de uma doença incurável não é fácil para ninguém.

Em segundo lugar, é muito difícil e complicado decidir pelo cuidado paliativo, pois, como em toda avaliação pode haver erros, na avaliação médica isso não é diferente. Em terceiro lugar, não é fácil dizer nem decidir quando chegou a hora de desligar o respirador artificial de um usuário terminal ou quando se pode parar a quimioterapia e passar a cuidar apenas do bem-estar do doente. Há mesmo o caso em que usuários considerados incuráveis se recuperaram depois.

Em quarto lugar, o cuidado paliativo exige um trabalho de conscientização junto às famílias, do contrário elas podem interpretar como um descaso para com o doente terminal. Em quinto lugar, o cuidado pa-

liativo não garante que o doente não perca a serenidade diante da morte, pois a morte humanizada não depende só de um tratamento. Em sexto e último lugar, a prática do cuidado paliativo, associada à desospitalização e a uma política pública de redução do Estado Social pode levar a uma política de exclusão do doente terminal, transformando a proposta de morte humanizada numa morte silenciosa e abandonada.

Há outros fatores que contribuem para a morte humanizada, dentre os quais se destacam ter cultivado em vida uma espiritualidade desenvolvida (não confundir com apenas ter uma prática ou crença religiosa), ou ter levado uma vida feliz na qual realizou os objetivos traçados para sua vida, ou ter conseguido o grau maior de instrução intelectual¹⁴.

Desse modo, a minha visão sobre a questão da eutanásia, é de associá-la com a qualidade do morrer, com a morte humanizada, que tem entre outras atribuições, a propriedade do alívio da dor, do controle dos sintomas advindos com a evolução do quadro clínico e dos cuidados espirituais e emocionais com o doente terminal. Isso é o que hoje conhecemos pelo nome de cuidado paliativo. Apesar disso, enquanto o objetivo maior das ciências da saúde for salvar a vida e evitar a morte, elas serão imorais e frustradas. Imorais porque continuarão praticando vergonhosamente a distanásia. Frustradas porque é impossível atingir tal objetivo, pois a morte é simplesmente imbatível.

CONCLUSÃO

Mesmo que a questão da qualidade de vida dos doentes terminais tenha mobilizado sociedades médicas no Brasil e no exterior, faltam estudos mais aprofundados sobre a questão da morte e do morrer associada ao uso ético e político das UTIs. Há mesmo, nas pesquisas e debates sobre a questão tanatológica uma perspectiva de mudança com relação ao tratamento que se deve dedicar a doentes terminais. Essas mudanças passam pelo deslocamento da ênfase do **manter a vida a qualquer custo para um alívio da dor, do controle dos sintomas e dos cuidados emocionais do doente terminal.**

Essa ênfase não pode ser deslocada dentro do atual modelo das UTIs, ou poderá ser, com muito esforço e resistência. Em geral, as UTIs praticam a distanásia e não a boa morte. É bastante comum encontrarmos quem veja as UTIs como o último estágio, o lugar onde se morre, o que, em certa parte, é verdade. Mas essa verdade se dá justamente porque ela não discute mais os seus critérios de seleção de leitos e porque lhe falta uma alternativa.

A alternativa de uma boa morte pode significar, e isso defendo, trocar o tratamento intensivo pelo cuidado paliativo. Ou seja, trocar mais alguns dias ou semanas de convivência nas UTIs com estranhos e máquinas, por momentos mais breves, porém mais calorosos e recompensadores com os entes queridos em casa. Qual seria a escolha de quem tivesse essa alternativa? Normalmente as pessoas não pensam nesse

tipo de alternativa, mas a realidade das UTIs brasileiras exige que ela seja pensada. E, não se trata apenas de uma questão seletiva, é mesmo um modelo de sociedade que está em jogo, de uma sociedade que não exclui a pessoa nos seus últimos momentos, fazendo dele um ato solitário, frio e tenebroso.

Se há uma qualidade de vida, igualmente há uma qualidade de morte, que se realiza justamente na forma de morrer, numa morte humanizada. E, se já temos tantas políticas voltadas para o nascer, para o viver, por que não as temos igualmente para o morrer?

O que mais temos observado na realidade é que domina entre os profissionais da saúde uma obstinação terapêutica e um afastamento acadêmico com a questão da morte e do morrer.

Obstinação terapêutica no que diz respeito a uma inexorável tecnologização dos cuidados médicos que se revela em casos como o da americana Terry Schiavo. No entanto, a insistência pelo tratamento intensivo deveria ser limitada às condições que permitam uma sobrevida qualificada e digna, e não como uma prática de distanásia e sofisticada obstinação terapêutica, gerando dispêndios públicos e comprometendo a qualidade de vida e morte dos usuários do sistema público de saúde. E, afastamento acadêmico no que diz respeito à ausência de preparação acadêmica dos profissionais da área da saúde para lidar com a questão da morte e do morrer, justamente os que mais se depa-

Os poucos conteúdos que abordam essa questão são insuficientes, eles apenas falam de questões éticas ou causa mortis da população, mas se restringem a expor o tema como algo longe e não como uma realidade cotidiana. Essa pouca ou nenhuma preparação acadêmica para lidar com a questão da morte e do morrer é evidenciada pela ausência da disciplina tanatologia ou outra que faça o papel na maioria dos cursos da área da saúde. Assim, resta ao profissional o sentimento de que a morte representa um inefável e um insondável mistério contra o qual as suas forças são insuficientes. O que ocasiona na obstinação terapêutica, afastando outras possibilidades mais humanizadas.

É preciso, portanto, como nos lembra Aurélio Molina¹⁵ e propõe a atual Política Nacional de Humanização, resgatar uma concepção de saúde que

comporta essencialmente a noção de cuidado humanizado, onde o mais importante não é a ausência da doença ou o prolongamento da vida, mas os bem-estares físicos, psíquicos, espirituais e sociais do usuário.

Essa concepção, que estaria de acordo com a possível máxima hipocrática de que a “medicina às vezes cura, de vez em quando alivia, mas sempre consola”¹⁴ é, digamos, uma proposta de otimização das relações humanas baseadas na solidariedade, paciência, tolerância, disponibilidade, compreensão, apoio e generosidade. Isso significa, basicamente, que um cuidado humanizado relacionado à questão da qualidade de morte, passa, essencialmente, por uma decisão coletiva de resgatar os rituais da morte e do morrer, inserir o doente terminal na sociedade, e, sobretudo, criar condições para que a morte humanizada seja sempre possível.

REFERÊNCIAS

- 1 Ariès P. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*. Paris: Éditions du Seuil; 1975.
- 2 Ariès P. *O homem diante da morte*. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1989.
- 3 Singer P. *Repensar la vida y la muerte*. El derrumbe de nuestra ética tradicional, Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós; 1996.
- 4 Singer P. *Ética Prática*. (trad. Jefferson Luiz Camargo) São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- 5 Cummins RO. *Advanced Life Support*, American Heart Association. 1999
- 6 Clotet J. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2003. p.27-48
- 7 Colucci C. Leito Seletivo: Em casa ou em enfermarias, doentes incuráveis recebem tratamento. *Folha de São Paulo*, 2005; São Paulo abr; Folha Cotidiano.
- 8 Silva JLL. A importância do estudo da morte para profissionais de saúde. *Revista Técnico-científica de Enfermagem*, 2004 Curitiba jul/set; 3(12): 363-372.
- 9 Montaigne M. *Ensaaios*. São Paulo: Victor Civita; 1972. p.49 (Coleção Os Pensadores).
- 10 Prendergast Tj, Claessens Mt, Luce Jm. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Respir. Crit. Care Med.*, 1998; 158:1163-1167.
- 11 Luna M. Eutanásia e obstinação terapêutica. *Medicina-Conselho Federal*, 2005 Brasília maio/junho/julho; 20(155):18.
- 12 Bentham J. *Uma introdução aos princípios da moral e da legislação* (trad. de Luiz João Baraúna). In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural; 1979.
- 13 Scolese E. Leito Seletivo: Humberto Costa disse que proposta de limitar acesso à terapia intensiva tornou-se debate político. *Folha de São Paulo*, 2005 13 de abril. Folha Cotidiano.
- 14 Corrêa R. Em busca de um final sereno. *Veja*, 2005 São Paulo 9 nov; 93-100.
- 15 Molina A. Humanização da assistência à saúde: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas. *Medicina-Conselho Federal*, 2003 Brasília dez/2002-jan/2003;17(140):8-9.

Endereço para correspondência:

Email: ayalagurgel@yahoo.com.br

Home page: www.ayalagurgel.cjb.net

A má-notícia na ótica do cuidador: tipificação dos discursos de uma equipe de profissionais da saúde sobre a má-notícia

A professional of health's view about the bad-notice: typification of the professionals of health time speeches' on the bad-notice

Wildoberto Batista Gurgel¹, Nair Portela Silva Coutinho², Raimundo Antônio da Silva³, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha⁴, Cristiane Luciana de Araújo⁴

Resumo: Tipificação dos discursos sobre a má-notícia de uma equipe de profissionais de saúde atuantes numa UTI neonatal. Objetivamos identificar qual o tipo de preparação acadêmica e profissional para lidar com a má-notícia que é oferecida para os profissionais de saúde em São Luís; quais as suas visões sobre o assunto e como eles o enfrentam no dia-a-dia hospitalar. Aplicamos o método tipológico para analisar as suas falas e construir tipos-ideais de relacionamento profissional com a questão. Usamos as técnicas de observação distanciada e aplicação de entrevistas semi-estruturadas, durante o mês de dezembro de 2005. Percebemos que a preparação acadêmica é ausente e que há ainda muito amadorismo na forma de tratar a questão. No entanto, percebemos também já alguns avanços e alguma rotina na prática profissional voltada para a questão dentro da tentativa de humanização do setor.

Descritores: Bioética. Má-notícia. Morte. Humanização.

Abstract: Typification of the professionals of health time speeches' on the bad-notice operating in a CTI-neonatal. We objectify to identify which the type of academic and Professional preparation to deal with the bad-notice that is offered for the professionals of health in São Luís; which its views on the subject and as they day-by-day face in the hospital one. We apply the method of the types to analyze it's you speak and to construct ideal-types of professional relationship with the question. We use the techniques of observation and application of structuralized half interviews, during the month of December of 2005. We perceive that the academic preparation is absent and that it has still much amateurism in the form to treat the question. However, we also perceive already some advances and some routine in the practical professional turned for the question inside of tried of humanization of the sector.

Keywords: Bioethics. Bad-notice. Death. Humanization.

INTRODUÇÃO

Durante a Idade Média, a Igreja Cristã criou um ministério chamado nuncius mortis, cujo objetivo era o de informar ao moribundo sobre o seu estado, de que a morte se aproximava e que ele precisava se preparar para esse momento. Essa Igreja confiou, inicialmente, ao médico esse ofício¹. Tal ministério permitia ao moribundo não ser privado de sua morte. Isto é, permitia-lhe a escolha dos ritos finais da vida, o que incluía atividades físicas, econômicas, políticas, sociais, culturais e, especialmente, espirituais. Como um provérbio que passou de gerações a gerações, a pessoa que sabe que vai morrer toma as suas precauções.

Saber que vai morrer e do mal que o acomete é a regra geral, inclusive entre animais não-humanos, e um direito espiritual do ponto de vista das artes moriendi do século XV. Mas isso foi extinto da nossa sociedade. A partir do século XIX o médico se recusou a exercer o ministério do nuncius mortis, passando-o para a família, que se nega a exercê-lo. Assim, o anúncio da morte virou uma má notícia, como sinônimo de mau augúrio.

E hoje, mesmo após o advento das ideologias

humanistas, das políticas humanitárias e do advento da AIDS, que nos obrigam a rever nossos conceitos de morte e morrer, exercer o ministério de nuncius mortis ainda é bastante relutado. Não se trata mais de um ministério da Igreja Cristã, como há muito deixou de ser, trata-se sim, de um ministério da humanidade, de amor ao próximo. Ele é uma ciência. A reação do usuário e a parceria que ele estabelece com o profissional de saúde depende muito de como a má-notícia lhe é anunciada.

Os profissionais de saúde deveriam receber na sua formação básica essa preparação, contribuindo para que a morte não fosse privada do moribundo. A própria relação profissional de saúde x moribundo x família deveria ser assentada em bases mais humanizadas, que incluíssem direitos básicos, tais como o direito à informação, à comunicação e à educação. Bases que serviriam para a prática de uma má-notícia menos dolorosa, porque simples, assimilável e humanizada. O que daria tempo para o moribundo e sua família discernir o que fazer diante da dor, da despedida e da perda.

Preocupados com a formação acadêmica e con-

¹ Mestre em Filosofia. Docente da UFMA

² Mestre em Pedagogia Profissional. Enfermeira. Docente da UFMA

³ Doutor em Saúde Pública. Docente da UFMA.

⁴ Graduandas em Enfermagem

tinuada dos profissionais de saúde para lidar com a má-notícia desenvolvemos essa pesquisa. Ela faz parte do projeto Bioética: Vida, Valores e Morte, desenvolvido em parceria entre os departamentos de saúde pública, filosofia e enfermagem. Tal projeto se divide em três subprojetos: um sobre a representação da morte e do morrer entre ludovicenses, outro sobre a realidade dos bebês acéfalos, anencéfalos e microcéfalos, e este, que investiga a preparação e as formas para lidar pro-

fissionalmente com a má-notícia.

Nenhuma má-notícia é fácil de ser anunciada, e, pior quando se trata de anunciar a má-notícia da morte ou do morrer de bebês. Iniciamos, portanto, nosso estudo no lugar onde a má-notícia é mais complexa, para que, trabalhando com um grau maior de dificuldade, percebamos mais claramente quais são os tipos-ideais profissionais envolvidos no processo.

MÉTODOS

Para esse momento da pesquisa foi selecionado um dos serviços de neonatologia da capital maranhense, em especial, uma UTI neonatal. Nosso estudo diz respeito a uma tipificação da má-notícia naquele setor. Para tanto, procuramos identificar como os profissionais foram preparados e se preparam para lidar com a má-notícia; a quem eles atribuem o papel de nuncius mortis; como a má-notícia deve ser anunciada quer como comunicadores quer como receptores; o que consideram a pior má-notícia; e, qual a relação entre a má-notícia e a Política Nacional de Humanização implantada na instituição.

Aplicamos o método tipológico da sociologia compreensiva para a verificação da seguinte hipótese: a existência de uma equipe multiprofissional preparada para acompanhar as exigências médico-hospitalares relacionadas à morte e ao morrer torna esse evento uma notícia menos dura e mais fácil de ser trabalhada. Foram realizados os seguintes procedimentos: a) leitura e construção do vocabulário categórico; b) identificação dos padrões e repetições nos procedimentos da má-notícia; c) nível e tipo de preparação e atuação da equipe ou profissional responsável pela má-notícia; d)

Identificação dos recursos pedagógicos para esta preparação; e) identificação e tipificação de eventos significativos e relevantes; f) combinações de eventos; e, g) tipificação.

Dois técnicas de pesquisa foram utilizadas para a realização desses procedimentos: a) aplicação de entrevistas semi-estruturadas; e, b) observação distanciada. A pesquisa foi realizada durante o mês de dezembro de 2005, após aprovação pelo chefe do serviço e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Foram entrevistados 10 profissionais do setor. Dentre esses, houve uma atenção especial à assistente social, uma vez que estava mais disposta a fazer o papel de portavoz da equipe e a nos fornecer informações mais detalhadas sobre o serviço. Os profissionais foram entrevistados como profissionais, portanto falam em nome de suas profissões, essa é uma tipificação que assumimos. As entrevistas foram entregues aos profissionais para que eles mesmos a respondessem. Respeitamos o modo de cada um se expressar, e, quando transcrevemos as falas, o fazemos tal qual foram escritas.

RESULTADOS

A pesquisa cobriu o perfil dos seguintes profissionais envolvidos no setor: médicos (04), enfermeiras (03), assistente social (01) e psicólogas (02). O universo compreende os dois gêneros. Não há variações significativas no perfil da equipe, salvo o fato de apenas um dos profissionais declarar não possuir religião e um outro ter obtido formação acadêmica para lidar com a questão em pauta.

A observação distanciada forneceu-nos a impressão de um setor organizado e uma equipe integrada. Ela constata uma concordância entre os discursos, em especial o que foi proferido pela assistente social, e a realidade observada.

Há alguns procedimentos adotados no setor para lidar com a má-notícia. Na opinião do médico, “quando ocorre o óbito de crianças que possuem um envolvimento maior com a equipe de saúde, o médico faz questão de dá a má-notícia” (médico 1). Já a enfermeira responsável pelo setor nos revelou que, quando o bebê vai a óbito e a mãe permanece internada no alojamento conjunto, esta é chamada até à UTI e lá a enfermeira e o médico do plantão anunciam a má-notícia. O chefe do serviço completa a informação dizendo que o “pacote” é feito somente quando a mãe vê o bebê. Assim, ela

tem a oportunidade de chorar ainda na presença de seu filho. É importante ressaltar que o chefe do serviço quando falou a palavra “pacote” repugnou e disse que, “para começo de conversa, ela já deveria ter sido substituída” (médico 4).

Quando o óbito ocorre e a mãe já está em casa, o Serviço Social se encarrega da má-notícia. Algumas vezes essa má-notícia é anunciada por telefone e a família é convidada a conversar com a equipe, para que possa entender melhor toda a evolução do quadro até o falecimento. Na ótica do Serviço Social, “essa medida é pra não enganar a família, pois esta poderia se sentir traída se ficasse sabendo que, por exemplo, o quadro de seu filho tivesse piorado e quando chegasse ao hospital ele tivesse, na verdade, falecido” (assistente social). Além disso, ainda de acordo com esse discurso, quando a família fica sabendo da má-notícia por completo, se apressa em ir ao hospital para conversar com a equipe e depois tomar as providências cabíveis.

A assistente social enfatiza que, sempre que possível, a equipe (assistente social com o médico ou enfermeiro) vai até à casa da família, anuncia a má-notícia e traz os pais ao hospital. Algumas vezes, revela, quando não tem nenhum profissional disponível, a

assistente social vai sozinha.

Existe também a prática de a assistente social e as psicólogas fazerem visitas às famílias depois do óbito dos bebês, sendo utilizado como critério de escolha a observação direta dos profissionais, que decidem por um acompanhamento mais prolongado a uma família. Há também casos em que o acompanhamento ocorreu devido à própria solicitação da família. A assistente social ressalta a importância dessas visitas: “para que as famílias não fiquem com a impressão de que após o falecimento do bebê, o vínculo entre a família e a equipe acabou, isto é, não há mais motivo para que tenham contato, conversem etc.”. Ela acredita que hoje a má-notícia está mais humanizada, para isso destaca: “hoje temos um grupo <Texto que virou pretexto>, onde nós do Serviço Social, o pessoal da Psicologia e toda a equipe discutimos a questão da morte mais abertamente. Durante as reuniões levamos um texto, onde aproveitamos de sua mensagem para conversarmos sobre os nossos anseios, desejos; além de discutirmos sobre os casos mais sérios e das famílias que precisam mais de nossa ajuda”.

Na observação direta, presenciamos uma reunião da equipe de saúde com uma mãe à beira do leito; trata-se de uma prática cuja finalidade é apresentar para a mãe a real situação de seu filho, orientá-la e tirar possíveis dúvidas. O Serviço Social não considera responsabilidade de uma profissão isolada anunciar a má-notícia, para ele, “a atribuição de comunicar a má-notícia não é do serviço Social, mas da equipe multi-profissional”, na qual o serviço está incluso.

O quadro 1 mostra o panorama das respostas obtidas com a entrevista semi-estruturada. Agrupamos as respostas por profissionais. Observa-se que, em alguns itens, o número de sujeito ultrapassa o do universo pesquisado. Isso acontece porque alguns profissionais responderam à mesma questão com mais de uma resposta, o que achamos conveniente respeitar.

Quanto ao ambiente físico, é organizado e harmonioso, apesar do barulho típico dos aparelhos de UTI. Possui cores claras (em tons de verde-claro, amarelo e rosa), a sala onde ocorrem as conversas com as famílias é bem aconchegante.

Quadro 1: Resultados da entrevista semi-estruturada realizada com os profissionais da UTI.

QUADRO DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA				
TÓPICOS	RESPOSTAS POR PROFISSIONAIS			
	Médicos	Psicólogas	Enfermeiras	Assistente Social
Preparação acadêmica	Não (4)	Sim (1) Não (1)	Não (3)	Não (1)
De que forma lida com a má-notícia hoje	Melhor (2) Altruísta (1) Receosa (1)	Subjetiva (2)	Receosa (3)	Melhor (1)
Quem deve comunicar a má-notícia	Psicóloga (1) Equipe (1) Tanto faz (2)	Médico (2) Equipe (1)	Médico (2) Equipe (1) Psicólogo (1)	Equipe (1) Médico (1)
A quem deve ser anunciar a má-notícia	Pais (3) Família (1) Tanto faz (1)	Pais (2) Família (2)	Pais (3) Família (2)	Pais (1) Família (1)
Como deve ser comunicada	Clara (2) Segura (2)	Clara (2) Segura (2)	Clara (2) Segura (2) Direta (1)	Clara (1) Segura (1)
Recebe orientação atual sobre o tema	Não (4)	Sim (2)	Sim (2) Não (1)	Sim (1)
Existência de rotinas e protocolos	Não (2) Desconheço (2)	Sim (2)	Sim (2) Não (1)	Sim (1)
A má-notícia está mais humanizada	Sim (2) Não (2)	Não (2)	Sim (2) Não (1)	Sim (1)
Como gostaria de receber uma má-notícia	Direta (1) Reservada (1) Sem omissão (2) Não gostaria (1)	Não sei (1) Depende (1)	[Em branco] (1) Não quer (1) Respeitosa (1)	Acolhida (1)
Qual a pior má-notícia para comunicar	Óbito (4) Câncer (1)	Óbito (2) Mutilação (1)	Óbito (3)	Óbito (1)
Qual a pior má-notícia para receber	Óbito (4)	Óbito (2)	Óbito (3)	Óbito (1)

DISCUSSÃO

Já esperávamos o despreparo acadêmico para lidar com a má-notícia. Isso reflete o que Jorge Luiz Lima da Silva² chamou de afastamento acadêmico, no

sentido da ausência de preparação acadêmica dos profissionais da área da saúde para lidar com a questão da morte e do morrer, justamente os que mais se depa-

ram cotidianamente com essa questão. Como mostra a realidade investigada, a pouca preparação acadêmica de uma única pessoa da equipe, deveu-se a uma única disciplina em um curso de pós-graduação lato sensu. A própria equipe, através da fala da assistente social reconhece essa carência: “Embora o curso de Serviço Social envolva uma prática na área da saúde e assistência a comunidades, em geral, não há nenhum preparo para lidar com a má-notícia”.

Em pesquisa realizada no ano de 1985, com universitários de um curso de psicologia, Maria Júlia Kovács³ mostrou que ou eles temiam mais a morte que os alunos de medicina ou expressavam esse medo de forma mais aberta. Para ela, os alunos dos cursos de medicina têm um contato com a doença e a morte mediado por uma visão mecanicista da vida e do corpo humano. Contato esse em que quaisquer “sensações de repulsa, nojo ou desespero devem ser reprimidas”³, e que, “para ocultar esse sofrimento, a defesa é fazer piadas, gozações ou banalizar”³.

A ausência dessa formação é sentida em outras respostas e práticas. Quando relacionamos má-notícia e humanização, ouvimos a denúncia de uma das psicólogas que afirma uma falta de preparo profissional e humanitário para lidar com a dor do outro: “(...) vários profissionais não sabem lhe dar [ela quis dizer lidar] com ela e ficam gozando uns p/ os outros e leva angústia aos familiares” (psicóloga 2). Sentimos também a ausência dessa preparação no próprio temor que os profissionais têm de se colocarem como receptores de más-notícias. Alguns preferem a ignorância e a maioria não admite esse lado de sua humanidade, o que pode ser repercutido na concepção de quem e como a má-notícia deva ser anunciada. Dos entrevistados, 30% acreditam que a má-notícia deva ser anunciada por qualquer membro da equipe. No entanto, não concordam entre si quanto ao critério para a escolha desse membro. Ele pode ser um critério técnico, do tipo “o médico é o mais capacitado” (assistente social), um critério afetivo, do tipo «aquele que estiver mais próximo da família, que ela confie mais, ou que tenha conseguido estabelecer um bom vínculo» (médico1) ou “o profissional com maior ligação com quem recebe” (médico 3), ou um critério totalmente prático, do tipo “QUEM ESTIVER MAIS ENVOLVIDO COM O CASO. CASO NÃO HAJA NINGUÉM, OU NINGUÉM QUEIRA FAZÊ-LO, O RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO” (médico 4). Percebemos, com isso, que a privação da má-notícia que o profissional projeta para si, quando diz “nunca pensei” em como recebê-la ou “não quero nem saber” da má-notícia, repercute na sua prática profissional dificultando a realização do papel de nuncius mortis. A ausência de uma reflexão calcada no princípio da alteridade é uma das bases da privação da morte do moribundo.

Sem preparação profissional, resta o aprendizado com o dia-a-dia profissional, ou então cair na obstinação terapêutica no que diz respeito a uma “inexorável tecnologia dos cuidados médicos”⁴. No setor investigado 30% se consideram mais bem preparados para enfrentar essa questão do que antes. Em

seus discursos houve uma necessidade de expor essa relação antes e depois, do tipo «melhor do que lidava antes» (assistente social) ou “hoje, lido muito melhor” (médico 02) e “HOJE EU ENCARO DE FRENTE” (médico 3). O marco decisório para dividir o antes e o depois é consensual, trata-se da própria experiência profissional do setor. Nessa experiência foram destacados: a) a natureza multiprofissional: “porque hoje estou inserida em uma equipe multiprofissional onde há um aprendizado mútuo” (assistente social) ou multidisciplinar: “pois estou inserida num serviço bem estruturado que me dá o apoio que uma equipe multidisciplinar pode oferecer” (médico1); e, b) o debate sobre o dia a dia do trabalho: “aqui discute-se perdas, óbito e luto” (médico 2). Esse trabalho em equipe, na ótica de um dos médicos envolvidos, dá segurança nos momentos mais difíceis do trabalho. Vale ressaltar, no entanto, que 70% dos entrevistados não sentiram essa influência do ambiente de trabalho no sentido de prepará-los para lidar melhor com a questão.

Um outro risco que corre o profissional sem preparação acadêmica para lidar com a questão é voltar-se exclusivamente para uma didática autônoma do tipo subjetiva ou auto-ajuda. Justamente um percentual de 70%, o mesmo que não sente a influência do ambiente de trabalho, se declarou subjetivista. Ou seja, se preparam para essa questão através de auto-ajuda. Como nem sempre a auto-ajuda funciona, dentro desse grupo encontramos pessoas receosas para lidar com a questão. Os receosos correspondem a 30% dos entrevistados, e consideram que “não é nada agradável lidar com essa situação” (enfermeira 1), ou então que “na verdade nós nunca gostamos de dar a má notícia” (enfermeira 2). Apesar do receio, as pessoas desse grupo declaram que procuram “falar a realidade, a verdade mas de uma forma branda” (enfermeira 3), sem omitir fatos. Pois, embora seja um momento difícil, “não deve ser evitado e sim trabalhado” (enfermeira 3). Dentro do mesmo grupo da auto-ajuda estão outros que assumem que ainda lidam com a questão de forma ensaísta, em que “a cada dia agente vai aprendendo como vivenciar esse momento. Algumas vezes, nós profissionais ainda não estamos preparados p/ esse momento” (médico 3). É bem verdade que a figura do expert em má-notícia não existe ainda em nosso meio, e nem sabemos se ela é desejável, no entanto, a auto-ajuda funciona mais ao estilo ensaio-erro do que propriamente uma política ou um programa adotado pelo setor.

O afastamento acadêmico com a má-notícia acaba reproduzindo uma concepção de ciências da saúde centrada na figura do médico. Mesmo quando há a concepção de que o trabalho é feito em equipe, se sobressai a figura do médico como o líder. Assim, para 50% dos entrevistados, o médico deve ser o responsável pelo anúncio da má-notícia. Dentro dessa resposta temos algumas variáveis: a) o médico sozinho de anunciar a má-notícia, que corresponde a 10% dos entrevistados e aparece em falas do tipo: “o médico e/ou enfermeiro” (psicóloga 1); b) o médico à frente da equipe deve anunciar a má-notícia, que corresponde a 20% dos entrevistados e aparece em falas do tipo: “a má-notícia deve

ser dada pelo médico que deve ser acompanhado pela equipe interdisciplinar” (psicóloga 2), ou “qualquer pessoa da Equipe que esteja ciente da situação e que se sinta preparado para tanto deve dar a má-notícia, porém, esclarecimentos sobre <a causa do óbito> e diagnóstico deve ser feito pelo médico pois só ele é capacitado para tanto” (enfermeira 2). Ou, c) o médico como parte integrante da equipe, que corresponde a 10% do total dos entrevistados e aparece em falas como: “toda a equipe plantonista (médicos; enfermeiro; assistente social; psicóloga.)” (enfermeira 1). Mesmo aqueles 20% que defendem a anúncio feita pelo psicólogo, acreditam que o psicólogo deve desempenhar esse papel somente quando houver a necessidade de dar suporte ao trabalho do médico, tal como aparece na fala “a má-notícia deve ser dada pelo médico que deve ser acompanhado pela equipe interdisciplinar ou pelo menos pelo psicólogo caso o profissional sinta a necessidade” (psicóloga 2). Somente 10% dos entrevistados acreditam que a má-notícia deve ser anunciada pelo psicólogo como profissional mais bem qualificado para tal, como aparece na fala de um médico: “o Psicólogo, pois creio que ele é o profissional mais preparado para isto” (médico 3). O trabalho do psicólogo foi destacado também para o acompanhamento da família enlutada, como aparece na fala da enfermeira: “A Equipe, porém é importante acompanhamento do cliente e familiar pela psicologia” (enfermeira 3).

Se sobre o médico recaiu a obrigação de anunciar a má-notícia, sobre os pais recaiu a obrigação e o direito de recebê-la. A categoria pais apareceu como dominante na resposta da equipe. No entanto, os discursos às vezes usam o termo família com o sentido de pais, às vezes se refere só a um desses pais, no caso a mãe, e às vezes se refere a parentes que não os pais. Isolado e totalmente dissonante das demais respostas, o médico 1 respondeu que “Todas as pessoas que desejem recebê-la” terão o direito à comunicação da má-notícia. Não sabemos ao certo qual a extensão do grupo ao qual o médico se refere, pois alguma privacidade e sigilo devem ser guardados no exercício dessa profissão.

Apesar de registrarem a ausência de formação acadêmica no passado e da ausência de formação profissional atual para lidar com a questão, o setor aponta para o caminho de que deve haver uma pedagogia da má-notícia. Mas qual pedagogia? Algumas falas apontam alguns desses caminhos: a) uma comunicação clara e segura correspondeu à opinião de 40% dos entrevistados. b) uma comunicação que partisse da avaliação emocional do paciente e familiares correspondeu a 20%; c) uma comunicação direta e sem rodeios foi a opinião de 20%; e, d) uma comunicação não apelativa e progressiva corresponde a 20%. Estaria contribuindo

para essa pedagogia o trabalho feito no próprio setor: “As orientações são oriundas das discussões em equipe a respeito de <perdas>, cursos com profissionais da Psicologia e leitura de textos realizadas com a equipe da UTI. No Curso de Capacitação em Assistência Humanizada ao RN de baixo peso, temos a <Oficina de Perdas>” (assistente social). O que revela uma organização do setor no nível profissional: “depois de anos trabalhando, temos reuniões freqüentes para lidar com essa situação” (enfermeira 1), e “temos grupo de estudo onde discutimos assuntos pertinentes, do cuidado, dentre eles o óbito”(enfermeira 3). Nota-se que nesse último caso, tratam-se daqueles que atribuem a sua preparação atual para lidar com a questão da má-notícia ao seu ambiente de trabalho e à preparação que nele se oferece.

Quando perguntamos sobre a existência de rotinas e protocolos, as respostas foram Sim, Não e Desconheço. Entre quem disse sim e quem disse não há algo que precisa ser destacado: ao passo que a assistente social considera e descreve toda uma rotina do trato da má-notícia, o chefe do serviço foi categórico: não existe nenhuma rotina ou protocolo para lidar com a má-notícia. Acreditamos que essa discrepância esteja associada a uma interpretação dissonante do significado de rotinas e protocolos. Na observação distanciada presenciamos a existência de uma rotina, por mais embrionária e ensaísta que seja.

Existem orientações e não protocolos técnicos e especializados, para o profissional, a fim de melhor lidar com a má notícia: “No meu serviço (UTI) venho implantando alguns procedimentos diante do óbito, como: 1) familiares visitam o paciente morto ainda no leito p/ tocá-lo, chorar, etc. 2) durante o velório entregamos uma carta com mensagem da importância da família durante o óbito e 3) após 2 meses os familiares são contactados p/ fazerem parte do grupo de suporte do luto” (psicóloga 2). A enfermeira completa essa informação dizendo que “entregamos declaração de nascidos vivos p/ a providência da certidão de nascimento” e o médico lembra que “Tem um dia na semana em que a equipe se reúne para conversar sobre os bebês mais graves e chamá-se as mães para acompanharem os casos”.

Tais profissionais consideram que essa alteração nos modos de se comportarem perante a má-notícia e o estabelecimento de rotinas associadas a ela deve-se, sobretudo, à implantação da Política de Humanização no hospital como um todo e no setor em particular. Há, claramente um discurso que usa o termo humanização, às vezes de forma até gasta, mas não encontramos nada no setor que justificasse associar a prática atual a uma política ou a um programa de humanização.

CONCLUSÃO

Na ótica dos próprios profissionais, algo está mudando na forma de lidar com a má-notícia naquele setor. Ainda não é o que querem, mas está melhor do que antes. Já não existe mais a pressa de tirar o bebê que morreu, no intuito de proteger a mãe; quando na

verdade, tentavam proteger a si mesmos. Admitem que, se a mãe quiser, pode colocar o bebê em seu colo e acalentá-lo por uma última vez. E, “finalmente aprendemos que ao confortar a mãe não devemos dizer certas frases do tipo: <a senhora ainda é jovem, pode ter ou-

tros filhos>; pois sabemos que um filho é insubstituível e um outro jamais ocupará o seu lugar” (assistente social). A conversa ocorre numa sala reservada, com a família, mesmo antes de ocorrer o óbito, para que esta se sinta acolhida e fique à vontade para fazer algum questionamento, caso ainda tenha dúvida.

No entanto, e infelizmente, o corpo não desce mais na mão do familiar, agora é levado pelo pessoal da limpeza. O próprio necrotério não é um lugar bem visto pela equipe: “ainda existe uma barreira da equipe para com o necrotério; este ainda não é visto como um local <comum>; eu, por exemplo, tenho certa <resistência> de entrar lá” (assistente social). E, não há diálogo entre o setor e as funerárias e outros profissionais que manipulam o corpo, de modo que o trabalho de semanas ou meses pode ser descaracterizado em poucas horas.

Opiniões como “quando ocorre o óbito de crianças que possuem um envolvimento maior com a equipe de saúde, o médico faz questão de dá a má-notícia” revela uma falta de preparo profissional, deixando à cargo da relação empática médico-usuário a decisão e a forma de anunciar a má-notícia. Assim, percebemos que, apesar de todo o trabalho desenvolvido com cur-

sos e reuniões, a questão da má-notícia ainda precisa ser mais bem compreendida e discutida pelos profissionais daquele setor. Principalmente, no que diz respeito ao fato de que a morte nem sempre é vista como um processo natural; mas ainda é encarada como um “fracasso da equipe”, como a própria assistente social relatou. Isso foi observado na prática de os profissionais, sempre quando podem, passarem a tarefa de anunciar a má-notícia a outros, em especial à assistente social e às psicólogas.

É importante ressaltar ainda o empenho com que a equipe de saúde da UTI neonatal desenvolve suas atividades e os laços que esta adquire para com os bebês e seus familiares, principalmente as mães. Em geral eles conhecem todos os bebês e mães pelo nome, daí a facilidade com que discutem entre si e com a família. O que falta senão uma preparação profissionalizada para lidar melhor e de forma mais humanizada com a questão? Queremos agradecer a compreensão e disponibilidade dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa e dizer-lhes que, apesar de tudo, é algo está sendo feito, um caminho está sendo construído.

REFERÊNCIAS

- | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Ariès P. <i>Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média</i> . [trad. Pedro João]. 2 ed. Lisboa: Teorema;1989. p.146. | 3 | Kovács MJ. <i>Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde</i> . In: Cassorla R MS. (coord). <i>Da morte: estudos brasileiros</i> . São Paulo: Papirus; 1991.p.79-104. |
| 2 | Silva JLL. A importância do estudo da morte para profissionais de saúde. <i>Revista Técnico-científica de Enfermagem</i> , 2004 jul/set Curitiba;3(12):363-372. | 4 | Luna M. Eutanásia e obstinação terapêutica. <i>Medicina - Conselho Federal</i> , 2005; maio/jun/jul Brasília; 20(155):18. |

Endereço para correspondência:

Email: ayalagurgel@yahoo.com.br

Home page: www.ayalagurgel.cjb.net

Gerenciamento eletrônico da informação: a experiência do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do HU/UFMA

Electronic management of the information: the experience of the service of medical archive and statistics of the HU/UFMA

Ana Luzia de Sá Magalhães¹, Joselina Santana de Sousa², Telma Maria Santana Amaral³

Resumo: O artigo apresenta o Sistema Eletrônico de Gerenciamento da informação clínica e do prontuário do paciente no Serviço de Arquivo e Estatística – SAME, como ferramenta para obtenção de informações de forma rápida, consistente e precisa, sobre os dados do paciente e tramitação do prontuário no Complexo Hospitalar. O Sistema tem como foco principal, a agilidade na obtenção de informações, auxiliando na tomada de decisões. Mostra a Base de Dados Prontuário e suas funções dentro do Sistema de Informação Hospitalar do HU/UFMA.

Descritores: Gerenciamento Eletrônico, Informação Clínica, Prontuário do paciente.

Abstract: The article the Electronic System of Management of the clinical information and the patient record in the Service of Archive and Statistics - SAME, as tool for attainment of information of fast, consistent form and needs, on the data of the patient and the transaction of the handbook in the Hospital Complex. The System has as main focus, the agility in the attainment of information, assisting in the taking of decisions. It inside shows to the Database Record and its functions of the System of Hospital Information of the HU/UFMA.

Keywords: Electronic management, Clinical information, patient record.

INTRODUÇÃO

A implantação de um Sistema de Gerenciamento eletrônico da informação – GED visa permitir a facilidade e o acesso rápido aos documentos e à informação, nos mais variados níveis organizacionais. O GED é uma ferramenta da tecnologia da informação que tem, como objetivo, viabilizar e apontar diretrizes para solucionar problemas relacionados ao fluxo e volume de grandes massas documentais, como é o caso dos arquivos médicos, “facilitando o acesso a dados e informações, garantindo que os mesmos sejam preservados em seu conteúdo e forma”.¹

Assim, com base nesse princípio, o fluxo da informação clínica e do prontuário do paciente no HU/UFMA está intrinsecamente ligado ao paciente, desde o processo de primeiro atendimento que gera a sua história clínica dando prosseguimento para os demais procedimentos. O modelo de prontuário adotado para o registro da informação é o convencional em papel e manuscrito, sendo que a sua tramitação no Hospital é controlada eletronicamente. O Sistema tem como foco principal, a agilidade na obtenção de informações, auxiliando na tomada de decisões.

Gerenciamento eletrônico da informação

O prontuário médico ou prontuário do paciente, é “um documento único, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada”^{2,3}. Desse modo, a informação clínica produzida e registrada no prontuário “tem caráter

orgânico”⁴, e é nascida em função das atividades assistenciais do hospital.

O Sistema de Gerenciamento Eletrônico da Informação é uma ferramenta que tem, como objetivo, otimizar o fluxo dessa organicidade, facilitando o acesso e a recuperação da informação. Atualmente estão disponíveis em meios eletrônico, através da base de dados SAME, os seguintes módulos: abertura de prontuário, cadastro nominal de pacientes, marcação de consultas e exames, tramitação do prontuário e arquivo nosológico. A implantação do Sistema teve início em outubro de 1994 com a implantação do módulo, abertura de prontuários e cadastro nominal de pacientes, admitidos no Complexo Hospitalar^{5,6}.

Assim, o gerenciamento das informações clínicas produzidas, a guarda, a organização, preservação e acesso ao prontuário do paciente estão sob gestão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, através do Setor de Arquivo Médico. Este Serviço está integrado ao Sistema de Informação Hospitalar sendo constituído por um conjunto de componentes que forma os mecanismos de comunicação, para que sejam gerenciados as informações vinculadas ao paciente e o controle dos prontuários no que se refere ao fluxo, tramitação, arquivamento e acesso⁶.

Módulo prontuário: Na abertura do prontuário, o primeiro passo é recepcionar o paciente proveniente do primeiro atendimento clínico, portando o encaminhamento. Posteriormente, efetuar o cadastro com base nos dados da carteira de identidade ou certidão de nascimento. Após efetuado o registro, o paciente recebe

¹ Especialista em Ciência da Informação e Gestão de Arquivo. Bibliotecária. Coordenadora dos Arquivos Médicos do HU/UFMA.

² Especialista em Saúde Pública. Médica. Chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do HU/UFMA.

³ Bibliotecária. Diretora de Biblioteca do HU/UFMA.

um número de matrícula, ou seja, do prontuário, que irá identificar o seu documento no hospital. Este número é impresso em etiqueta adesiva em duas vias, ficando uma no cartão de identificação do paciente e outra na Ficha de Primeiro Atendimento – FPA.

Cadastro de paciente: Este sub-módulo contém dados referentes à identificação do paciente tais como: nome completo, sexo, data de nascimento, estado civil, filiação, endereço, telefone, nome do respon-

se e movimento do prontuário do paciente, pois o uso do prontuário e da informação clínica estão inter-relacionados em todas as atividades assistenciais e administrativas e interagem na tomada de decisões em todos os aspectos.

Módulo situação: Mostra a situação do prontuário do paciente referente à sua movimentação e ao ciclo documental. A situação normal registrada no sistema, tanto pode corresponder ao movimento do prontuário na sua fase corrente, identificada como: local(registro sem movimento); sem evolução(prontuários que saem para a assistência ambulatorial e retornam sem registro da história clínica) e óbito(prontuários que mesmo após o óbito do paciente continuam em atividade corrente para auditorias, pesquisas científicas e de caráter legal, por um período de dez anos), quanto para a fase intermediária que corresponde ao registro : inativo(prontuário que passou da fase corrente para a fase intermediária) ou normal(prontuário que retornou da fase intermediária para a fase corrente), conforme ilustra a figura 3. Usamos a terminologia inativo no sistema, para identificar

FIGURA 1 - Cadastro de pacientes.

sável pela abertura do prontuário, quando for o caso, grau de parentesco, data de abertura e número de registro que é atribuído ao final do processamento, quando são confirmadas as informações. Os dados mais usuais para a recuperação da informação no sistema são: nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe e número de registro conforme ilustra a figura 1.

Módulo tramitação: É o módulo que controla o fluxo do prontuário do paciente no hospital, conforme ilustra a figura 2, no que se refere aos atendimentos assistenciais (ambulatório, internação e relatórios médicos) e aos encaminhamento para auditorias e pesquisas. É composto pelos sub-módulos entrada, saída

uma fase do prontuário no seu ciclo documental.

O acesso e recuperação da informação nesse módulo se dá através do número do prontuário do paciente, que apresenta as seguintes ferramentas para a alteração da informação quando for necessário: altera, cancela e confirma alteração. Ex: prontuário normal que passou para inativo ou vice-versa.

Módulo agenda ambulatorial: Implantado no início do ano 2000, o módulo agenda ambulatorial acessa e controla o fluxo de marcação de consultas e exames, em forma de relatórios, identificados por datas, especialidade clínica, nome do profissional, sala, horário de atendimento, número de prontuário e nome de paciente, que são impressos em duas vias no Arquivo Médico e encaminhados para o ambulatório com os respectivos prontuários, correspondentes a cada agenda conforme ilustra a figura 4. Ao final do atendimento de cada turno (manhã e tarde), os prontuários são devolvidos para os Arquivos Médicos, onde são revisados, conferidos e dão entrada no sistema.

Local	Data Saída	Hr Saída	Data Entrada	Hora Destino	Médico	Especialidade	Sala
Arquivo Dúta	14/03/2006	13:37	14/03/2006	13:37			
Auditoria	14/03/2006	13:37					
Arquivo Dúta	14/03/2006	13:37	14/03/2006	13:37			
1 - Pesquisa	14/03/2006	13:36					
Arquivo Dúta	14/03/2006	13:36	14/03/2006	13:36			
Internação - Clínica Médica	14/03/2006	13:35					
Arquivo Dúta	14/03/2006	13:34	14/03/2006	13:34			
Ambulatório	14/03/2006	13:32			066	NEU	26

FIGURA 2 - Tramitação do prontuário do paciente.



FIGURA 3 – Situação do prontuário do paciente

Módulo Arquivo Nosológico: É uma fonte de informação dentro do sistema de gerenciamento, que reúne o registro das patologias e procedimentos clínicos atendidos no Hospital, com base na décima versão atualizada do Sistema Internacional de Codificação de Doenças – CID 10 e Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde. Com base na décima versão atualizada do Sistema Internacional de Codificação de Doenças – CID 10 e Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde conforme ilustra a figura 5.

A informação nosológica estimula a necessidade de uma rotina para coleta de dados clínicos no prontuário, que permite obter, a respeito de cada paciente, um conjunto de dados suficiente que possa conduzir a equipe de saúde a um melhor conhecimento de seus pacientes e conseqüentemente ao seu aprimoramento profissional, elaboração de pesquisas e formação de indicadores de saúde⁷.

A implantação desse módulo surgiu da necessi-

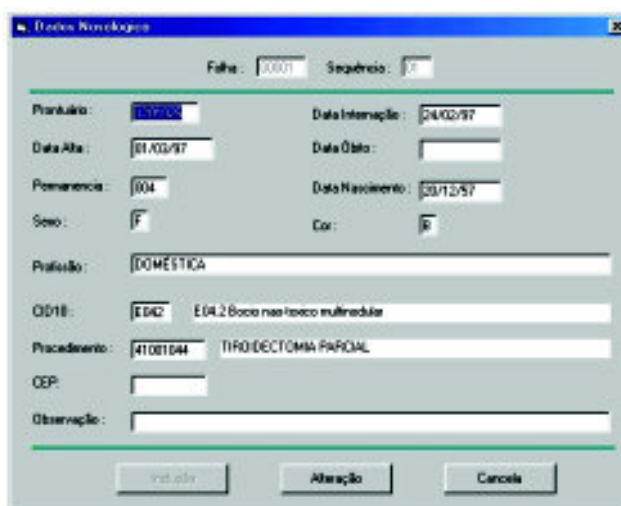


FIGURA 5 – Arquivo Nosológico

do a sua estrutura organizacional constituída pelos seguintes campos: número de prontuário do paciente, sexo, cor, data de nascimento, profissão, procedência (CEP), data da internação, data da alta hospitalar ou óbito, CID-10, procedimento e observação.

O Sistema de Gerenciamento da Informação tem como objetivos: facilitar o acesso a informação, agilizar o atendimento do paciente, controlar o fluxo do prontuário e reduzir a margem de erro de arquivamento.

Implantação do prontuário eletrônico para o HU/UFMA: Algumas sugestões.

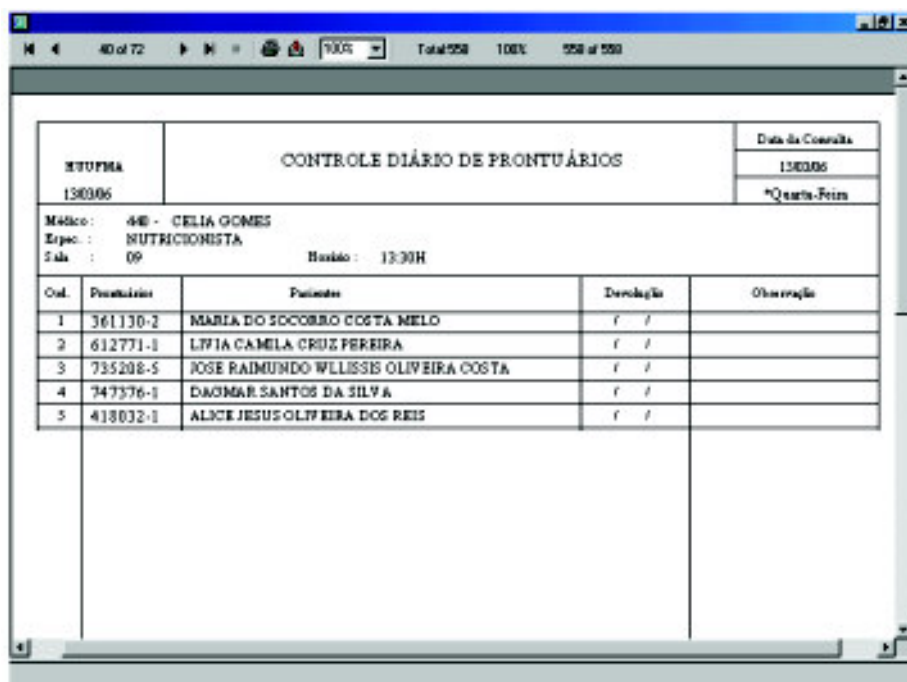


FIGURA 4 – Agenda Ambulatorial

dade de se disponibilizar para os usuários internos (pesquisadores), uma ferramenta da TI que proporcionasse de forma rápida e eficiente a recuperação de dados. Têm como referência para a recuperação da informação no sistema, o CID-10, código de procedimento, faixa etária e sexo do paciente.

Atualmente, esse módulo está direcionado para o atendimento assistencial de internação clínica, sen-

do a sua estrutura organizacional constituída pelos seguintes campos: número de prontuário do paciente, sexo, cor, data de nascimento, profissão, procedência (CEP), data da internação, data da alta hospitalar ou óbito, CID-10, procedimento e observação. Sendo o prontuário do paciente considerado universalmente como a essência de todos os Sistemas de Informação em Saúde, a sua versão eletrônica tem, como objetivo, possibilitar a recuperação de todos os tipos de informações (clínica, Administrativa, estatística e epidemiológica), de forma eficiente e eficaz, considerando que estas devem estar ao alcance de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde do HU, do Sistema Nacional de Informação em Saúde, e, principalmente, para o atendimento do paciente sempre que for necessário⁸.

A implantação do prontuário eletrônico visa possibilitar um escopo maior de informações e a interoperabilidade com todos os Serviços do Hospital e com diferentes estabelecimentos de saúde, disponibilizando informações imediatas a respeito das condições de saúde atuais e passadas do paciente tendo como finalidade, permitir uma adequada assistência médica, assim como o compartilhamento da informação clínica e a busca coletiva pela equipe multiprofissional^{6,8}.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, neste artigo, cabem, aqui, algumas importantes considerações:

O acervo de prontuários de pacientes do HU/UFMA constitui a sua memória científica e, conseqüentemente, representa um percentual bem expressivo, da História da Saúde no Estado do Maranhão. Sendo um Hospital de referência em atendimentos de alta complexidade no Estado, não se pode ignorar o grande fluxo e demanda de atendimentos que são resultantes de suas atividades, que requerem o uso de tecnologias da informação em toda a sua extensão, para otimizar a melhoria da qualidade de serviços. A implantação da TI nesse âmbito tem, entre suas funções, possibilitar e garantir a valorização e o aperfeiçoamento dos serviços e produtos oferecidos, favorecendo a disseminação e a recuperação da informação.

Considerando a grande demanda de produção documental que tem uma média de 400 novos prontuário/dia e da informação clínica, a implantação do Sistema de Gerenciamento Eletrônico da Informação pro-

porcionou ao HU os seguintes benefícios: agilidade no acesso e recuperação da informação, controle dos acervos de prontuários, liberação dos funcionários das atividades manuais referente ao protocolo do prontuário para encaminhamento aos Serviços, operação em sistema de rede em tempo real entre os arquivos das unidades hospitalares e demais serviços, facilitando o processo de comunicação e pesquisa no HU.

O Sistema de Gerenciamento Eletrônico da Informação foi desenvolvido pela Assessoria de Informática em consonância com a equipe do SAME, em Linguagem Visual Basic, considerando as necessidades e realidades vivenciadas pelo Hospital. Os dados referentes à identificação do paciente nos módulos, são ilustrativos e foram criados somente para apresentar neste artigo, a estrutura real de funcionamento do Sistema de Gerenciamento da Informação no HUUFMA, considerando que a informação do paciente é sigilosa e deve ser preservada.

REFERÊNCIAS

1. Andrade M VM. *Gerenciamento eletrônico da informação: ferramenta para a gerência eficiente dos processos de trabalho*. Universidade Federal Fluminense. Núcleo de Documentação. Biblioteca da escola de Arquitetura e Urbanismo. [Capturado 2006 fev 10] Disponível em: <http://www.ndc.uff.br/textos/gei.pdf>.
2. Conselho Federal De Medicina. *Resolução CFM n. 1.638/2002*. "Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de saúde. Brasília: 2002. [Capturado 2006 mar 10] Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br> htm.
3. Conselho Federal De Medicina. *Resolução CFM nº 1.639/2002*. Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências". [Capturado 2006 mar 10] Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br> htm.
4. Roncaglio C, Szvarça DR, Bonjanoski, SF. *Arquivos, Gestão de documentos e Informação*. [Capturado 2006 jan 18] Disponível em: http://www.encontros-bibli.ufsc.br/bibesp/esp_02/1_roncaglio.pdf.
5. Magalhães A L S, Jesus M L. *O processo de modernização dos arquivos médicos do Hospital Universitário UFMA*. In: Congresso Brasileiro de Arquivologia, 12, 1998, João Pessoa. Trabalho apresentado... João Pessoa: 1998. 18p.
6. Magalhães A S. *Estudo de demanda e uso da informação clínica na Unidade Presidente Dutra do Hospital Universitário – Universidade Federal do Maranhão, com vistas à implantação do prontuário eletrônico*. [Monografia de Especialização]. São Luís(MA): Universidade Federal do Maranhão;2001. 131p.
7. Mendonça MCG Souza MSL, Nehmy RMG, et al. Avaliação de dados nosológicos em prontuários ambulatoriais. *Caderno de Saúde Pública*, 1990 Rio de Janeiro jul/set; 6(3):293-305.
8. Sabatini RE, Ortiz, J. Medsarr: um sistema para a informatização integrada de clínicas. *Revista Informédica*, 1994; 2(10):.5-12. [Capturado 2001 abr 3] Disponível em: <http://www.nib.unicamp.br/~sabbatin.htm>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rua Barão de Itapary, 227, Centro, São Luís – MA. CEP: 65.000.
Email: magalhaesaluzia@hotmail.com - aluziamagalhaes@bol.com.br
Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HU/UFMA.
SAME, Setor de Arquivo Médico/UPD. Fone: (98) 2109-1036

Estudo das infecções oportunistas em pacientes com HIV/Aids

Study of the opportunists' infections in patients with HIV/Aids

Terezinha de Jesus Martins Feitoza¹, Adson Carlos Linhares Amorim², Sérgio Sousa Sena Santos²,
Dorlene Maria Cardoso de Aquino³, Arlene de Jesus Mendes Caldas⁴

Resumo: Trata-se de um estudo retrospectivo com 63 pacientes com HIV/Aids, do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), de um hospital público estadual, em São Luís - Ma, realizado no período de novembro de 2003 a junho de 2004, com o objetivo de estudar as infecções oportunistas em pacientes HIV/Aids. Para a coleta de dados utilizou-se uma ficha protocolo contendo identificação, tipo de infecção oportunista e meio de diagnóstico de HIV/Aids. Os resultados mostraram o maior índice de infecções oportunistas na faixa etária de 30 a 39 anos de idade (41,27%), predominando no sexo masculino (60,32%) e a escolaridade o ensino fundamental (44,44%). Quanto à profissão predominou doméstica (30,15%) e lavrador (11,11%), e o estado civil solteiro (55,56%). Quanto a infecção oportunista, houve a predominância de salmonelose (30,16%), seguida da candidíase oral (22,22%) e tuberculose pulmonar (19,05%). Conclui-se que a prevenção e o controle das infecções oportunistas em pacientes HIV/Aids deve-se constituir em meta prioritária dos Serviços de Saúde.

Descritores: Infecções oportunistas, HIV/Aids, SAE.

Abstract: It is a retrospective study with 63 patients with HIV/Aids in the Service of Specialized Attendance (SSA) of a state public hospital, in São Luís-Ma, accomplished in the period of November from 2003 to June of 2004, with the objective of studying the opportunists' infections in patients HIV/Aids. For the collection of the data a record protocol was used containing identification, type of infection opportunist and middle of diagnosis of HIV/aids. The results showed the largest index of infections in the age group from 30 to 39 years old (41,27%), prevailing in the masculine sex (60,32%) and basic education (44,44%). The profession prevailed maidservant (30,15%) and farmhand (11,11%), and the single civil status (55,56%). A majority of the opportunists' infection cases, the salmonelose (30,16%), followed by the oral candidíase (22,22%) and lung tuberculosis (19,05%). It is concluded that the prevention and the infections opportunists' control in patients HIV/Aids should be constituted in priority goal of the Services Health.

Keyword: Opportunists' Infections, HIV/Aids, SSA.

INTRODUÇÃO

A Aids foi descoberta nos Estados Unidos há mais ou menos vinte e três anos, porém estudos retrospectivos realizados na África mostraram a ocorrência de casos em 1960. Logo após foram diagnosticados casos na África, na Ásia e na América latina. O portador pode viver muitos anos sem apresentar sintomas, ou até sem saber que é portador^{1,2,3}.

Os primeiros casos foram evidenciados pelo aparecimento das infecções oportunistas, detectados em 1981, em Los Angeles e São Francisco, EUA, com quadros clínicos de pneumonite por *Pneumocytis carinii* e sarcoma de Kaposi. Foram reconhecidos alguns casos em estudo retrospectivo na África Equatorial a partir de 1960. Passou cerca de 20 anos limitada ao Continente africano até que se estabeleceu uma conexão com a América e Europa, através de trabalhadores ou turistas em contato com portadores do vírus⁴. Estima-se que 16000 indivíduos são contaminados pelo HIV, com 31 milhões de portadores, sendo dobrada esta taxa nos últimos dois anos na Ásia^{5,6}.

No Brasil foram detectados em 1982, por estudo retrospectivo, alguns casos em 1980. A disseminação ocorreu a partir das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Cerca de cinco mil municípios já apresentaram um ou mais casos registrados⁷. Por ano, 17000 brasileiros são infectados pelo HIV, estima-se que já existem quase 40000 pessoas infectadas^{5,8}.

Dentre as infecções oportunistas causadas por protozoários estão a pneumonia por *P. carinii* e a toxoplasmose. Nas viroses mais comuns estão a citomegaloverose, herpes simples e herpes zoster. As causadas por bactérias mais freqüentes são a salmonelose, shigelose, tuberculose, meningite por *Cryptococcus neoformans*, gastroenterite por *Mycobacterium avium*^{4,9}. As infecções fúngicas oportunistas mais comuns são: candidíase, zigomicose, aspergilose, criptococose e histoplasmose^{4,10}.

Além das afecções oportunistas já citadas estão as afecções neoplásicas (sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin, neoplasias intra-epitelial anal e cervical),

¹ Enfermeira.

² Acadêmico do 8º período de Enfermagem. UFMA.

³ Mestre em Saúde Ambiente. Docente UFMA

⁴ Doutora em Patologia Humana. Docente da UFMA.

sendo o sarcoma de Kaposi a mais freqüente^{4,11}.

Na Aids, é freqüente a disseminação das infecções oportunistas, que levam o paciente a um estado toxêmico, com alterações hemodinâmicas e funcionais multissistêmicas graves, sendo a toxoplasmose, a pneumocistose, a infecção disseminada pelo citomegalovírus, a micobacteriose não-tuberculosa, as septicemias bacterianas e o sarcoma de Kaposi disseminado, as condições que mais frequentemente conduzem o paciente à letalidade⁴.

Além dos sintomas prodômicos a evidencia destas infecções manifestam-se como as principais complicações que podem ocorrer na Aids, atingindo principalmente os aparelhos respiratório e digestivo¹².

Desta forma, convém a realização do estudo, tendo em vista a ocorrência das infecções oportunistas de evolução crônica, secundária à infecção pelo HIV, o

que muitas vezes leva o paciente a óbito. O estudo das infecções oportunistas evidentes na Aids justifica-se pela importância das mesmas, ao nível de saúde pública, haja vista o aumento de pacientes imunodeprimidos nos últimos anos, visando reflexão para novas estratégias no controle da incapacidade de defesa do organismo a estas infecções, e contribuindo para a divulgação da transmissão de HIV/Aids.

O estudo apresenta como objetivo geral estudar as infecções oportunistas em pacientes com HIV/Aids e como objetivos específicos: caracterizar a população quanto ao sexo, faixa etária, escolaridade, profissão, estado civil e naturalidade; identificar os tipos de infecções oportunistas mais freqüentes em pacientes com HIV/Aids; estimar a prevalência das infecções oportunistas em pacientes com HIV/Aids; identificar os meios de diagnósticos utilizados para HIV/Aids.

MÉTODOS

Realizou-se estudo retrospectivo, no período de novembro de 2003 a junho de 2004, com a finalidade de estudar as infecções oportunistas em pacientes HIV/Aids em São Luís - MA.

O estudo foi realizado em um hospital público estadual de referência no atendimento a pacientes infectados por HIV/Aids em São Luís - MA. O hospital conta com uma equipe interdisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista, assistente social e auxiliar de enfermagem), oferecendo serviços de ambulatório e internação para portadores de HIV/Aids, tuberculose e outras doenças tropicais, atendendo nas especialidades de infectologia, pneumologia, hematologia, pediatria e dermatologia. Possui 93 leitos e realiza em média 70 consultas diárias e 19

internações mensais.

Os dados foram coletados a partir das informações dos prontuários de pacientes atendidos no período de janeiro a junho de 2004, totalizando 69 pacientes. Utilizou-se como instrumento uma ficha protocolo, contendo identificação (sexo, faixa etária, escolaridade, profissão e naturalidade), tipo de infecção oportunista, e meios de diagnóstico de HIV/Aids. Considerou-se como critério de inclusão: pacientes com infecções oportunistas. Assim, a amostra foi constituída por 63 pacientes com infecção oportunista, correspondendo a 91,30% dos pacientes atendidos entre janeiro a junho de 2004.

Os dados foram tabulados e analisados em programa Epi-Info e demonstrados em figuras e tabelas.

RESULTADOS

Dos 63 pacientes portadores de HIV/Aids, com infecções oportunistas, mais da metade eram do sexo masculino (60,32%). Quanto à faixa etária, verificou-se que as infecções oportunistas ocorreram principalmente em pacientes HIV/Aids na faixa etária de 30 a 39 anos (23,81%) e em seguida de 20 a 29 anos (23,81%). Em relação à escolaridade, o ensino fundamental (44,44%) predominou entre as demais categorias. Por outro lado, 35,92% dos prontuários não forneciam informações sobre a escolaridade dos pacientes (Tabela 1).

Em relação às infecções oportunistas por profissão e sexo, observou-se que a profissão de doméstica (30,15%) predominou entre as mulheres e a profissão de lavrador (9,52%) e motoristas (7,93%) entre os homens. Observou-se também, que 16% da população estudada não constava a profissão registrada no prontuário (Tabela 2).

No que diz respeito ao estado civil observa-se que 55,56% dos pacientes HIV/Aids com infecções oportunistas eram solteiros, 22,22% casados 6,35% viúvos e 11,11% dos prontuários não informavam o estado civil. Quanto à naturalidade, 65,08% eram maranhenses e um percentual relativamente alto (25,39%) de prontuários não constavam esta informação (Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes com infecções oportunistas, segundo sexo, faixa etária e escolaridade. São Luís-MA, 2004.

VARIÁVEIS	f	%
SEXO		
Masculino	38	60,32
Feminino	25	39,68
FAIXA ETÁRIA (anos)		
10-19	3	4,76
20-29	15	23,81
30-39	26	41,27
40-49	11	17,46
>50	4	6,35
Ignorada	4	6,35
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental	28	44,44
Ensino médio	10	15,87
Ensino superior	2	3,18
Analfabeto	1	1,59
Ignorada	22	34,92
TOTAL	63	100,00

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com infecções oportunistas, segundo sexo e profissão. São Luís-MA, 2004.

PROFISSÃO	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		f	%
	f	%	f	%		
Motorista	5	7,93	-	-	5	7,93
Domestica	-	-	19	30,16	19	30,16
Lavrador	16	9,52	1	1,59	7	11,11
Balconista	2	3,17	-	-	2	3,17
Carroceiro	1	1,59	-	-	1	1,59
Cabeleireiro	1	1,59	-	-	1	1,59
Pedreiro	2	3,17	-	-	2	3,17
Garimpeiro	1	1,59	-	-	1	1,59
Aux. Ser. Gerais	2	3,17	-	-	2	3,17
Sapareiro	1	1,59	-	-	1	1,59
Vend. Ambulante	1	1,59	-	-	1	1,59
Pescador	2	3,17	-	-	2	3,17
Estudante	-	-	1	1,59	1	1,59
Ferreiro	1	1,59	-	-	1	1,59
Eletricista	1	1,59	-	-	1	1,59
Ignorada	12	19,05	4	6,35	16	25,40

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes com infecções oportunistas, segundo estado civil e naturalidade. São Luís-MA, 2004.

VARIÁVEIS	f	%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	35	55,56
Casado	14	22,22
Divorciado	1	1,59
Viúvo	4	6,35
Separado	2	3,17
Ignorado	7	11,11
NATURALIDADE		
Maranhense	41	65,08
Cearense	4	6,35
Piaulense	1	1,59
Pernambucana	1	1,59
Ignorada	16	25,39
TOTAL	63	100,00

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com infecções oportunistas, segundo a prevalência - São Luís-MA.

INFECÇÃO OPORTUNISTA	f/N	%
Candidíase oral	14/63	22,22
Candidíase genital	6/63	9,52
Candidíase esofágica	2/63	3,17
Toxo plasmose	11/63	17,46
Salmonelose	19/63	30,16
Herpes simples labial	3/63	4,76
Herpes simples genital	3/63	4,76
herpes zoster	2/63	3,17
Penumonia por <i>P carinii</i>	5/63	7,94
Tuberculose pulmonar	12/63	19,04
Tuberculose ganglionar	1/63	1,59
Citomegalovirose	4/63	6,35
Sarcoma de Kaposi	2/63	3,17

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com infecções oportunistas, segundo os meios de diagnóstico para HIV/Aids. São Luís-MA, 2004.

DIAGNÓSTICO	F/N	%
ELISA	63/63	100
Carga viral	63/63	100
Imunofluorescência indireta	46/63	73,01
CD-4 e CD-8*	54/63	85,71
Western-blot	9/63	14,28
TOTAL	63	100,00

Analisando os tipos de infecções oportunistas entre os pacientes com HIV/Aids, observou-se que a salmonelose (30,16%) apresentou o maior percentual, em seguida a candidíase oral (22,22%), tuberculose pulmonar (19,0%) e toxoplasmose, e as demais, apresentaram menos de 5% cada (Tabela 4).

No que diz respeito à distribuição das infecções das infecções oportunistas por mês de diagnóstico verificou-se que os meses de fevereiro (28,57%) e abril

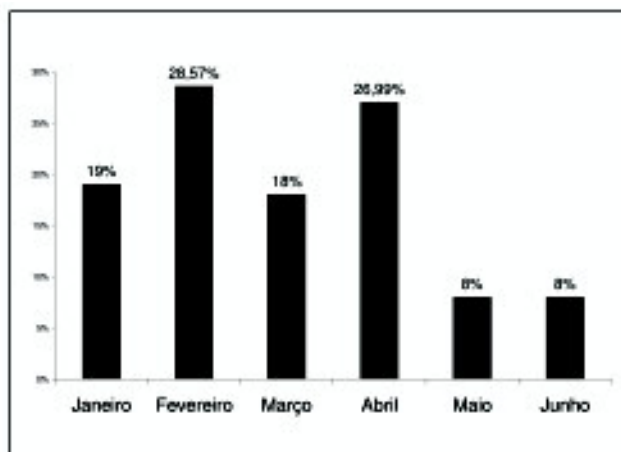


Figura 1 - Distribuição dos pacientes com infecções oportunistas por meses do ano. São Luís-MA, 2004.

(26,99%) apresentaram o maior percentual, enquanto os de janeiro e março apresentaram 15,87%, respectivamente (Figura 1).

Referente aos meios de diagnósticos para HIV/Aids observou-se que todos os pacientes realizaram os testes ELISA (100%) e Carga viral (100%), 85,71% realizaram contagem de CD-4 e CD-8, e somente 14,28% realizaram Western-Blot (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Hoje muito se sabe sobre os tipos de células infectadas pelo HIV e o mecanismo viral de entrada na célula, porém, pouco se sabe como o HIV exerce seu efeito patogênico.

A alteração imunológica característica da imunodeficiência produzida pelo HIV é a depleção de linfócitos T auxiliares, que resultam em uma menor relação entre T4 e T8. A célula T8 é uma subpopulação de linfócitos T que têm função importante na supressão e na citotoxicidade mediada por células. A infecção preferencial da célula T4 pelo vírus ocorre devido à alta afinidade do receptor (CD-4) pelo glicoproteína do envelope externo (gp120). Com a progressão da doença e deterioração do sistema imune, as infecções oportunistas manifestam-se, e dentre as mais comuns estão a candidíase oral persistente e a pneumonia por *Pneumocystis carinii*. A estas se acrescentam várias outras como micobacterioses, infecção por citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, histoplasmose, além de protozoose (toxoplasmose)¹³. Em nosso estudo a infecção oportunista que predominou foi a salmonelose, seguida por candidíase oral e tuberculose pulmonar. Segundo Castro¹⁴ a infecção oportunista predominante é a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, esta divergência pode ser atribuída ao pequeno número de pacientes estudados.

Em pacientes HIV/Aids, podem ocorrer numerosas doenças infecciosas intestinais ou sistêmicas, apresentando gastroenterites no seu quadro. Só o estudo bacteriológico das fezes permite afastar a participação das salmonelas. É necessário relembrar o caráter oportunista das infecções intestinais causadas por

salmonelas; o que acontece frequentemente em pacientes imunodeprimidos¹⁵.

No Brasil, cerca de 150 milhões de habitantes apresentaram um total de 10.510 casos notificados de Aids com infecções oportunistas, sendo 9459 (90%) do sexo masculino e 1051 (10%) do sexo feminino⁴. Segundo Rodrigues et al.¹⁶, aproximadamente 75% de 399 casos estudados eram do sexo masculino. Estes dados vêm reforçar os nossos achados, onde a maior predominância foi do sexo masculino, com 60,27%.

Na distribuição etária, o maior contingente (80%) encontrava-se na faixa de 20 a 44 anos de idade⁴. Em estudos retrospectivos realizados por Rodrigues et al.¹⁶ com 399 pacientes predominou a faixa etária de 20 a 40 anos (73,4%). No presente estudo o maior percentual de infecções oportunistas em HIV/Aids foi na faixa etária de 20 a 40 anos; mantendo, assim, coerência com outros estudos. Em relação a profissão observou-se que doméstica, no sexo feminino, e lavrador, no sexo masculino, se destacaram.

A escolaridade predominante dos pacientes foi ensino fundamental; segundo Veronesi¹⁷, a Aids iniciou-se atingindo os grandes centros urbanos, com indivíduos de escolaridade média, hoje já chega a todos os níveis escolares.

Os primeiros testes positivos foram encontrados em soros estocados, a partir de 1960. O método imunoenzimático (ELISA) é o mais utilizado, pela sua simplicidade de execução e elevada sensibilidade. Os testes de imunofluorescência indireta (IFI) e Western-Blot, geralmente, são realizados para confirmar o resultado do teste de ELISA, podendo também ser usa-

da a radioimunoprecipitação (RIPA)^{14,17}. Foi observado que todos os pacientes realizaram ELISA e carga viral; podendo ser atribuído este resultado à oferta que dispõe os serviços públicos.

O estudo epidemiológico de infecções oportunistas em pacientes HIV/Aids, realizado em 63 pacien-

tes registrados no Arquivo do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital Getúlio Vargas, em São Luís-MA, permite-nos a seguinte conclusão que a prevenção das infecções oportunistas e de HIV/Aids deve-se constituir em meta prioritária.

REFERÊNCIAS

- 1 Sontang A M. Aids e suas metáforas. São Paulo: *Companhia das Letras*; 1989.
- 2 Silva M S. *Legislação sobre DST e AIDS no Brasil*. Brasília (DF): 1995.
- 3 Wusthof R. *Descobrir o sexo*. 2 ed. São Paulo: Ática; 1994.
- 4 Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de infectologia*. São Paulo: Atheneu; 1997.
- 5 Oliveira L H S. *Virologia humana*. Rio de Janeiro: *Cultura Médica*; 1994.
- 6 Iverson, LBA investigação epidemiológica e sua importância médico-sanitária. *Rev. Assoc. Méd. Brasil*, 1991 jun; 27(6):123-128.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Coordenação Nacional de DST e AIDS*. Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho. Brasília(DF):1998.
- 8 Admora A A, et al. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. ed. São Paulo: *Organização Andrej*; 1998.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis e DST*. Brasília: CDMS; 2001.
- 10 Neves D P. *Parasitologia humana*. 8. ed. São Paulo: *Atheneu*; 1991.
- 11 Brasileiro G, et al. *Patologia geral*. 5 ed. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*; 1994.
- 12 Nettina S M. *Prática de enfermagem*. 6 ed., v. 2. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*; 1999.
- 13 Spedden AM, Moreland AA, Holmes K. K. *Atlas de doenças sexualmente transmissíveis e Aids*. 2. ed. São Paulo: *Artes Médicas*; 1997.
- 14 Castro LP. *Protozoonoses humanas*. São Paulo: *AGE*; 1994.
- 15 Baldy A N. *Doenças transmissíveis*. 2 ed. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*; 1997.
- 16 Rodrigues EHG, et al. Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes com HIV/Aids. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2000 Recife jan/fev; 33: 47- 51.

Endereço para correspondência

Adson Carlos Linhares Amorim (adsoncarlos@hotmail.com)

Dorlene Maria Cardoso de Aquino (dorlene@elo.com.br)

Arlene de Jesus Mendes Caldas (ajmc@elo.com.br)

Prevalência e fatores associados à presença de disfunção erétil em portadores de hipertensão arterial

Prevalence and factors associated to the presence of erectile dysfunction in hypertensive patients

Francisco das Chagas Monteiro Júnior¹, Natalino Salgado Filho², Pedro Antônio Muniz Ferreira³, Luciana Coelho de Azevedo⁴, Wellington Santana da Silva Júnior⁴, Carolina Cipriano Monteiro⁴, Márcio Mendes Pereira⁴, Natália Ribeiro Mandarinó

Resumo: Determinar a prevalência de disfunção erétil (DE) em uma amostra de hipertensos ambulatoriais e pesquisar as variáveis associadas à sua ocorrência. Foram analisados 102 pacientes do sexo masculino atendidos consecutivamente no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, em São Luís, Maranhão. Aplicou-se aos pacientes o questionário Índice Internacional da Função Erétil-5 (IIFE-5), que contempla a função erétil masculina. DE foi definida por somatório menor ou igual a 21 pontos no IIFE-5. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata 6.0, considerando-se significativo um $p < 0,05$. A média de idade dos pacientes foi de 60,1 +/- 14,3 anos, sendo 74,3% em estágios 2 e 3 de hipertensão arterial sistêmica (HAS). A prevalência de DE foi de 73,5%. Na análise univariada estiveram associados à presença de DE as seguintes variáveis: idade > 50 anos ($p = 0,001$), estado civil solteiro ou viúvo ($p = 0,046$), aposentadoria ($p = 0,002$), baixo nível de escolaridade (até 1º grau) ($p = 0,034$), baixa renda (< 1 salário-mínimo) ($p = 0,01$), lesão cardíaca ($p = 0,014$) e estar sob tratamento farmacológico ($p = 0,049$). Após análise multivariada, apenas as seguintes variáveis permaneceram associadas à presença de DE: aposentadoria ($p = 0,002$; OR=8,29 e IC=2,23-30,8) e lesão cardíaca ($p = 0,015$; OR=3,47 e IC= 1,26-9,49). Nesta amostra de hipertensos ambulatoriais, a prevalência de DE foi elevada e, apesar de sua associação com muitas variáveis tradicionais, talvez pelo pequeno tamanho da amostra, apenas aposentadoria e presença de lesão cardíaca se mostraram significativamente associadas a DE, após a análise multivariada.

Descritores: Disfunção erétil; Hipertensão arterial sistêmica.

Abstract: to determine the prevalence of erectile dysfunction (ED) in a sample of hypertensive outpatients and investigate the factors associated to its occurrence. A hundred and two males patients assisted consecutively at the clinic of cardiology of Presidente Dutra University Hospital, São Luís, Maranhão, were included to analysis. The International Index of Erectile Function (IIEF) questionnaire, which deals with sexual function in males, was applied. The ED was defined by a sum equals to or less than 21 in the IIEF. The mean age of the patients was 60.1 +/- 14.3 years old, and 74.3% of them were in stage 2 and 3 of hypertension. The prevalence of ED was 73.5%. In the univariate analysis, the following variables were associated with the presence of ED: age > 50 years old ($p = 0.001$), marital status either single or widowed ($p = 0.046$), retirement ($p = 0.002$), low level of schooling (until primary school) ($p = 0.034$), low income (< the minimum wage) ($p = 0.01$), cardiac lesion ($p = 0.014$) and being under pharmacological treatment ($p = 0.049$). After multivariate analysis only the following variables reminded associated with the presence of ED: retirement ($p = 0.002$; OR=8.29 and IC=2.23-30.8) and cardiac lesion ($p = 0.015$; OR=3.47 and IC=1.26-9.49). In this sample of hypertensive outpatients, the prevalence of ED was high and, despite its association with many traditional variables, maybe because of the small size of this study, only retirement and the presence of cardiac lesion were independently associated to ED, after the multivariate analysis.

Keywords: Erectile dysfunction, hypertension.

INTRODUÇÃO

A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade de obter ou manter uma ereção rígida suficiente para uma atividade sexual satisfatória¹. Embora não represente risco de vida, a DE determina um impacto negativo na auto-estima, na qualidade de vida e no relacionamento interpessoal. É uma condição comum, fortemente relacionada com a idade, que afeta até a metade dos homens com mais de 40 anos^{2,3,4}. Estima-se que a DE atinja hoje cerca de 30 milhões de homens somente nos Estados Unidos e 152 milhões em

todo o mundo⁵.

No tocante à etiologia, a DE é uma entidade multifatorial, podendo ter causas orgânicas, psicogênicas ou mistas. Entretanto nas últimas duas décadas, a maioria dos casos tem sido atribuída a causas orgânicas. Apesar de os pacientes portadores de DE apresentarem inúmeras condições clínicas, a DE orgânica é usualmente associada a fatores de risco vasculares³.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), conside-

¹ Mestre. Docente da UFMA.

² Doutor. Docente da UFMA.

³ Doutor em Cardiologia. Médico do HU/UFMA.

⁴ Acadêmicos de Medicina da UFMA

⁵ Especialista em Saúde da Família. Enfermeira.

rada um dos principais fatores de risco para doença vascular, é a co-morbidade mais comum em pacientes com DE⁶. Burchardt e cols., publicaram um estudo em que a função erétil foi avaliada pelo Índice Internacional da Função Erétil (IIFE-5) em 104 pacientes hipertensos, com idades variando de 34 a 75 anos, no qual foi evidenciada uma prevalência de DE de 68,3%⁶. Jensen e cols. observaram que a principal causa de DE nestes pacientes é a disfunção arterial peniana (89%), provavelmente decorrente da aterosclerose das artérias penianas⁷. Feldman e cols. detectaram uma associação significativa entre presença de DE e fatores de ris-

co clássicos para doença arterial coronariana (DAC), como tabagismo, sobrepeso, HAS e dislipidemias³. Por outro lado, é comum atribuir-se ao tratamento farmacológico da HAS uma relação causal com DE, especialmente quando se utilizam simpaticolíticos, beta-bloqueadores e diuréticos.

Diante da escassez de dados sobre o tema em nosso meio, este estudo objetivou determinar a prevalência de DE em pacientes hipertensos ambulatoriais atendidos em um hospital universitário, assim como pesquisar as variáveis associadas à presença de DE nessa população.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra foi constituída por 102 pacientes com diagnóstico estabelecido de HAS, atendidos consecutivamente no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. A pressão arterial (PA) classificatória para o diagnóstico de HAS foi definida pela média de duas ou mais aferições, obtidas em duas ou mais consultas subseqüentes, onde a PA sistólica fosse ≥ 140 mmHg e/ou a PA diastólica ≥ 90 mmHg, conforme as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁸. Foram excluídos do estudo os pacientes que se recusaram a participar e aqueles intelectualmente incapazes.

Após explicação dos objetivos da pesquisa, foi aplicada uma ficha-protocolo composta por duas partes: 1) dados demográficos e clínicos e 2) avaliação da função erétil. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, cor, estado civil, escolaridade, renda familiar, índice de massa corpórea (<25 : peso normal; ≥ 25 : sobrepeso/obesidade), tempo de diagnóstico da HAS, estágio da HAS, PA no momento da entrevista, presença ou não de tratamento anti-hipertensivo, etilismo, tabagismo, sedentarismo, dislipidemias (níveis séricos de colesterol total > 200 mg/dL, HDL-colesterol < 40

mg/dL, LDL > 130 mg/dL e triglicérides > 150 mg/dL), diabetes mellitus, história familiar de doença cardiovascular em homens com idade < 55 anos e/ou mulheres com idade < 65 anos e lesões em órgãos-alvo (lesão cardíaca, incluindo hipertrofia do ventrículo esquerdo, coronariopatia e insuficiência cardíaca, episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral, nefropatia, doença vascular arterial das extremidades e retinopatia hipertensiva).

Para avaliação da função erétil, foi aplicado o questionário Índice Internacional da Função Erétil (IIFE-5)⁹. A DE foi definida como a obtenção de um somatório de pontos menor ou igual a 21 neste questionário.

Para análise estatística, foi utilizado o modelo de análise multivariada do tipo passo a passo com eliminação retrógrada das variáveis que foram significantes na análise univariada, para determinar os fatores associados à presença de DE, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. O teste qui-quadrado foi adotado para cálculo de significância na comparação de proporções, e o de Wilcoxon, para as médias, sendo adotado como significativo um $p < 0,05$. Foi utilizado o programa Stata 6.0 para análise e processamento dos dados.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de $60,1 \pm 14,3$ anos, sendo mais prevalente a faixa etária ≥ 50 anos (75,5%). Observou-se um predomínio de indivíduos casados, de baixa renda e baixo nível de escolaridade e portadores de estágios 2 e 3 de HAS. As demais características demográficas e clínicas da amostra estão contidas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

A maioria dos pacientes (88,2%) estava sob tratamento farmacológico, sendo utilizados inibidores da enzima conversora de angiotensina (68,9%), diuréticos (65,5%), beta-bloqueadores (35,5%), antagonistas dos canais de cálcio (6,6%) e antagonistas dos receptores da angiotensina II (5,5%). Em 74% dos pacientes, a pressão arterial estava alta no momento da entrevista.

A prevalência de DE foi de 73,5% (75 pacientes). À análise univariada, 7 variáveis estiveram associadas à presença de DE de forma significativa: idade ≥ 50 anos

($p=0,001$), estado civil solteiro/viúvo ($p=0,046$), aposentadoria ($p=0,002$), baixo nível de escolaridade (até 1º grau completo) ($p=0,034$), baixa renda (≤ 1 salário-mínimo) ($p=0,010$), presença de lesão cardíaca ($p=0,014$) e estar sob tratamento farmacológico ($p=0,049$) (Tabela 3). Não houve associação significativa entre DE e qualquer grupo farmacológico em particular.

Devido à possibilidade de viés de confusão entre as variáveis estudadas, realizou-se uma análise multivariada, incluindo-se apenas as 7 variáveis significativas à análise univariada, para eliminar os resultados falsos-negativos e falsos-positivos. Deste modo, apenas 2 permaneceram associadas de forma significativa à presença de DE: aposentadoria ($p=0,002$, IC 95%=2,23-30,80) e presença de lesão cardíaca ($p=0,015$, IC 95%=1,27-9,5) (Tabela 4).

Tabela 1 – Características demográficas da amostra

Características	Frequência
Idade	
< 50 anos	25 (24,5%)
≥ 50 anos	77 (75,5%)
Cor	
Branca/parda	64 (65,3%)
Negra	34 (34,7%)
Estado civil	
Casado	86 (84,3%)
Solteiro/viúvo	16 (15,7%)
Renda familiar	
≤ 1 salário-mínimo	48 (47,1%)
> 1 salário-mínimo	54 (52,9%)
Número de parceiras	
Múltiplas	22 (21,6%)
Única	80 (78,4%)
Escolaridade	
Até 1º grau completo	76 (74,5%)
2º grau ou superior	26 (25,5%)
Atividade profissional	
Ativos	62 (60,8%)
Aposentados	40 (39,2%)

Tabela 2 - Características clínicas da amostra

Características	Frequência
Estágio da HAS	
Estágio 1	16 (15,7%)
Estágio 2	28 (27,4%)
Estágio 3	58 (56,9%)
Tempo de diagnóstico da HAS	
≤ 5 anos	56 (54,9%)
> 5 anos	46 (45,1%)
Diabetes mellitus	
Presente	13 (12,7%)
Ausente	89 (87,2%)
Índice de massa corporal (IMC)	
< 25	23 (31,1%)
≥ 25	51 (68,9%)
Sedentarismo	
Presente	48 (47,1%)
Ausente	54 (52,9%)
Tabagismo	
Passado / nunca	94 (92,2%)
Atual	8 (7,8%)
Etilismo	
Passado / nunca	70 (68,8%)
Atual	32 (31,4%)
Dislipidemia	
Presente	42 (41,2%)
Ausente	60 (58,8%)
Lesão cardíaca	
Presente	51 (50%)
Ausente	51 (50%)
História de AVC	
Presente	10 (9,8%)
Ausente	92 (90,2%)
Vasculopatia periférica	
Presente	5 (4,9%)
Ausente	97 (95,1%)

Tabela 3 - Variáveis associadas à presença de disfunção erétil de forma significativa à análise univariada

Variáveis	Nível de significância (p)	Odds ratio (IC 95%)
Idade ≥ 50 anos	0,001	4,9 (1,83-12,92)
Estado civil solteiro/viúvo	0,046	6,5(0,81-51,81)
Aposentadoria	0,002	7,4(1,56-34,93)
Baixo nível de escolaridade	0,034	2,7(1,05-7,13)
Renda ≤ 1 salário-mínimo	0,010	3,4(0,95-6,25)
Presença de lesão cardíaca	0,014	3,1(1,24-8,20)
Estar sob tratamento farmacológico	0,049	3,2(0,95-11,26)

Tabela 4 - Variáveis associadas à presença de disfunção erétil de forma significativa à análise multivariada

Variáveis	Nível de significância	Odds ratio (95% IC)
Aposentadoria	p=0,002	8,3 (2,23-30,80)
Presença de lesão cardíaca	p=0,015	3,5 (1,27-9,5)

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou uma amostra de pacientes hipertensos atendidos ambulatorialmente em um serviço universitário, caracterizada por baixo nível sócio-econômico, típico da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso meio, média de idade alta e elevada prevalência de fatores de risco para aterosclerose associados. Mais de 70% dos pacientes apresentavam-se em estágios 2 e 3 de HAS e com a pressão arterial não controlada no momento da consulta.

Estudos populacionais sobre DE especificamente em hipertensos são escassos, o que limitou uma análise comparativa mais ampla com a Literatura. A prevalência de DE encontrada nesta amostra, de 73,5%, é maior que a reportada nos estudos envolvendo populações gerais, em vários países, que variou de 32 a 46,2%^{2,3,10}. Também é superior à que tem sido observada em populações de idade acima de 40 anos, que tem oscilado entre 40 e 54%^{3,4,11}. Por outro lado, é semelhante à verificada por Burchardt e cols.⁶, de 68,3%, em um estudo de perfil semelhante ao nosso. No citado trabalho, quase metade dos pacientes apresentava a forma mais severa de DE.

A etiopatogenia da DE é complexa e multicausal. Assim, inúmeros fatores têm sido apontados como determinantes de DE, entre eles, idade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e tabagismo³. No entanto, mais recentemente tem sido proposto que, na verdade, é a doença vascular, freqüentemente associada a esses fatores, a verdadeira base fisiopatológica da DE. De fato, a DE tem sido apontada como um marcador da coexistência de doença arterial coronariana¹². Assim, a longo prazo, a HAS prejudica o sistema vascular

geral, inclusive a estrutura vascular peniana, induzindo, em associação com outros fatores, a disfunção endotelial e espessamento da camada média, com conseqüente estreitamento dos vasos penianos e redução de sua capacidade vasodilatadora. Tais alterações concorrem para limitar o fluxo sanguíneo arterial peniano, crucial no processo de ereção¹³.

A DE tem sido classicamente apontada como um efeito colateral de algumas classes de medicamentos anti-hipertensivos, como simpaticolíticos de ação central, beta-bloqueadores e tiazídicos¹⁴. Por outro lado, medicamentos de introdução mais recente, como os antagonistas dos canais de cálcio e inibidores da enzima conversora de angiotensina, têm sido apresentados como inócuos em relação à função erétil. No entanto, os dados disponíveis são inconsistentes e os mecanismos pelos quais alguns medicamentos anti-hipertensivos causariam DE têm sido motivo de controvérsias. Mais recentemente tem-se postulado que, sendo a disfunção arterial aterosclerótica a causa fundamental da DE, esta seria precipitada ou agravada pela redução da pressão arterial decorrente do uso de medicamentos, piorando, a curto prazo, o fluxo em vasos disfuncionais, e não por efeitos colaterais específicos de algumas drogas^{6,7}. No trabalho de Jensen e cols.⁷, ficou bem demonstrada, através da realização de Doppler das artérias penianas, a redução do fluxo das artérias penianas coincidindo com o início do uso de drogas anti-hipertensivas. Em acordo com o exposto, em nosso trabalho, houve uma tendência a maior prevalência de DE no grupo sob tratamento farmacológico como um todo, porém não se verificou associação significativa com qualquer grupo

farmacológico específico. Entretanto, a longo prazo, espera-se que o tratamento farmacológico da HAS e o controle efetivo da pressão arterial concorram para a melhora da função endotelial e regressão da hipertrofia vascular, levando ao aumento do fluxo sanguíneo periférico, sendo, pois, indiscutivelmente benéficos ao paciente¹⁵.

Apesar de ter-se verificado inicialmente associação significativa entre DE e diversas variáveis (idade = 50 anos, estado civil solteiro/viúvo, aposentadoria, baixo nível de escolaridade, baixa renda, presença de lesão cardíaca e estar sob tratamento farmacológico), apenas 2 delas (aposentadoria e presença de lesão cardíaca) mostraram-se associadas de forma significativa à presença de DE após a análise multivariada.

Embora o estado empregatício (ativo versus inativo) não tenha sido avaliado quanto à sua associação com a presença de DE em estudos semelhantes, uma pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo mostrou que o desemprego é um dos principais fatores determinantes de DE, sendo o risco de DE 83% maior entre os desempregados que entre aqueles com carteira assinada. Além dis-

so, entre os desempregados é maior a tendência à depressão e redução da libido¹⁶. No caso da inatividade por aposentadoria, além da idade, é possível que fatores como depressão e queda da auto-estima, não avaliados neste estudo, sejam na verdade os principais determinantes de DE^{17,18}.

A presença de lesão cardíaca reflete a severidade e cronicidade da doença hipertensiva. A associação significativa entre a presença de lesão cardíaca e a DE pode ser explicada pela esperada ocorrência de disfunção arterial em uma população de hipertensos com este perfil.

A população analisada relativamente pequena e específica (hipertensos ambulatoriais em serviço universitário) talvez limite o poder estatístico deste estudo, justificando inclusive a ausência de fatores determinantes de DE clássicos como diabetes mellitus, bem como impede a extrapolação dos resultados para uma população geral de hipertensos. Devido à relevância do problema e à escassez de estudos dessa natureza em nosso meio, verifica-se a necessidade de realização de estudos adicionais envolvendo maior número de pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA*, 1993; 271 (1): 83-90
- 2 Moreira Júnior ED, Lobo CFL, Villa M, Nicolosi A, Glasser DB. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Salvador, northeastern Brazil: a population based study. *Int J Impot Res*, 2002; 14 (Suppl 2):3-9.
- 3 Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med*, 2000; 30: 328-338.
- 4 Morillo LE, Diaz J, Estevez E et al. Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study. *Int J Impot Res*, 2002; 14(2): 510-518.
- 5 Seftel AD. Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment. *J Urol*, 2003; 6: 1999-2007.
- 6 Burchardt M, Burchardt T, Baer L et al. Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *J Urol*, 2000; 164 (4): 1188-1191.
- 7 Jensen J, Lendorf A, Stimpel H et al. The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *Am J of Hypertension*, 1999; 12 (3): 271-275.
- 8 IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Soc Bras Hipertensão*, 2002; 5(4): 127-58.
- 9 Rosen RC, Riley A, Wagner G et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 1997; 49: 822-830.
- 10 Spector KR, Boyle M. The prevalence and perceived etiology of male sexual problems in a non-clinical sample. *Br J Med Psychol*, 1986; 59: 351-358.
- 11 Moreira Júnior ED, Lobo CFL, Villa M, Nicolosi A, Glasser DB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: results from a population based cohort in Brazil. *Urology*, 2003; 61 (2): 431-436.
- 12 Kirby M, Jackson G, Betteridge L et al. Is erectile dysfunction a marker for cardiovascular disease? *Int J Clin Pract*, 2002; 55(9): 614-618.
- 13 Kirby M, Jackson G, Simonsen U. Endothelial dysfunction links erectile dysfunction to heart disease. *Int J Clin Pract*, 2005; 59(2): 225-229.
- 14 Kolodny L. Erectile dysfunction and vascular disease: what is the connection? *Postgrad Med*, 2003; 114(4): 30-40.
- 15 Hale TM, Okabe H, Heaton JP, Adams MA et al. Antihypertensive drugs induce structural remodeling of the penile vasculature. *J Urology*, 2001; 166 (2): 739-745.

- 16 Moreira Júnior ED, Lobo CFL, Villa M, Nicolosi A, Glasser DB et al. Prevalência e fatores de risco da disfunção erétil no Brasil: resultados do estudo multicêntrico do comportamento sexual. *Rev Bras Med*, 2001; 58(7): 20-32.
- 17 Goldstein I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease and erectile dysfunction. *Am J Cardiol*, 2000; 86 (suppl): 41-45.
- 18 Roose SP, Seidman SN. Sexual activity and cardiac risk: is depression a contributing factor? *Am J Cardiol*, 2000; 86 (suppl): 38-40.

Hemorroidectomia: técnica de Longo versus método tradicional (Milligan-Morgan)

Haemorrhoidectomy: Longo's technique versus traditional method (Milligan-Morgan)

Joaquim David Carneiro Neto¹, João Batista Pinheiro Barreto²,
Natália Sousa Freitas¹, Marcelo Araújo Queiroz¹

Resumo: Este estudo objetiva avaliar a eficácia da hemorroidectomia por procedimento para prolapso de hemorróidas (PPH) – Técnica de Longo – comparando com o método tradicional – Técnica de Milligan-Morgan, analisando a intensidade da dor pós-operatória e à evacuação, tempo de cirurgia, tempo de internação, complicações, uso de analgésicos e retorno ao trabalho. Realizou-se estudo com 51 pacientes candidatos a realização de hemorroidectomia no período de março de 2003 a fevereiro de 2004. Formou-se 2 grupos: pacientes que realizaram hemorroidectomia tradicional (grupo I; n=25) e com PPH (grupo II; n=26). A dor operatória foi avaliada através de uma escala verbal numérica (1-10) e escala de descritores verbais (leve, moderada e grave). Não houve diferença na distribuição da idade ($p=0,342$) e do sexo ($p=0,343$) entre os dois grupos. O tempo de cirurgia foi maior no grupo I (26,4 vs. 21,2 minutos, $p=0,004$). Não houve diferença no tempo de internação entre os dois grupos (40,3 vs. 37,1, $p=0,249$). O tempo médio para retornar as atividades diárias foi maior no grupo I (23 dias) que no grupo II (9 dias), $p<0,001$. A através da escala verbal numérica a dor no pós-operatório foi maior no grupo I que no grupo II (4,1 vs. 2,5, $p=0,035$). As taxas de retenção urinária ($p=0,959$), uso de analgésico ($p=0,124$), sangramento ($p=0,091$), dor a evacuação ($p=0,181$) no pós-operatório foram semelhantes nos dois grupos. O PPH apresentou melhores resultados que a hemorroidectomia tradicional por apresentar retorno mais rápido as atividades diárias, menor tempo cirúrgico e menor intensidade da dor no pós-operatório.

Descritores: Hemorróidas, Grampeadores cirúrgicos, Dor pós-operatória.

Abstract: This study aims at to evaluate the effectiveness of the procedure for prolapsal of hemorrhoid – Longo's technique comparing with the traditional form – Milligan-Morgan's technique, analyzing the intensity of the postoperative pain and at evacuation, time of surgery, time of internment, complications, use of painkillers and return to the work. It was studied 51 patient candidates to haemorrhoidectomy in the period of March of 2003 to February of 2004. It formed 2 groups: patient that accomplished traditional haemorrhoidectomy (group I; n=25) and with PPH (group II; n=26). The operative pain was evaluated through a numeric verbal scale (1-10) and scale of verbal descriptors (light, moderate and serious). There was not difference in the distribution of the age ($p=0,342$) and of the sex ($p=0,343$) among the two groups. The average time of surgery was larger in the group I (26,4 vs. 21,2 minutes, $p=0,004$). There was not difference in the time of internment among the two groups (40,3 vs. 37,1, $p=0,249$). The average time to return the daily activities was larger in the group I (23 days) that in the group II (9 days), $p < 0,001$. About the numeric verbal scale the pain in the postoperative, was larger in the group I that in the group II (4,1 vs. 2,5, $p=0,035$). The taxes of urinary retention ($p=0,959$), the use of painkiller ($p=0,124$), bleeding ($p=0,091$), pain at evacuation ($p=0,181$) in the postoperative they were similar in the two groups. PPH stapler presented better results than the traditional haemorrhoidectomy for presenting faster return the activities daily, smaller surgical time and smaller intensity of the pain in the postoperative.

Keywords: Haemorrhoids, Surgical staplers, Postoperative pain.

INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária é a patologia mais freqüente nos ambulatórios de coloproctologia, porém impossível precisar sua prevalência. Incide em ambos os sexos, todas as raças e idade, sendo maior sua prevalência a partir da quarta década. Raramente ocorre na infância e adolescência.

Caracteriza-se por sangramento vermelho "vivo", dor, prolapso através do orifício anal, exsudação perianal, causando irritação perianal, acompanhado de prurido local, além de desconforto anal.

Classifica-se em quatro graus, sendo os III e IV graus, representados pelo prolapso redutível esponta-

neamente ou manualmente respectivamente, cujo tratamento é cirúrgico, utilizando-se a técnica desenvolvida por Milligan-Morgan (hemorroidectomia tradicional).

Neste procedimento, a evolução pós-operatória é acompanhada de dor e desconforto anal à defecação, sangramento durante e após o ato evacuatório, permanecendo por 2 a 3 semanas pós-cirurgia por infecção local e espasmo da musculatura esfíncteriana.

Modificações técnicas para diminuir a dor pós-operatória incluem a adição da esfíncterotomia lateral interna, hemorroidectomia fechada, hemorroidectomia diatérmica e o uso de relaxantes esfíncterianos. Ne-

¹ Acadêmicos de Medicina da UFMA

² Médico. Docente da UFMA

nhuma demonstrou redução da dor pós-operatória suficiente para ganhar aceitação universal¹.

Em 1993, Longo e Col., publicaram a nova técnica de intervenção com grampeador para procedimento de prolapso de hemorroidas (PPH), que foi introduzida no Brasil em 1998. Consiste em um dispositivo grampeador circular intraluminal para cortar uma coluna circunferencial de mucosa e submucosa do canal

anal superior e é tão efetiva quanto a hemorroidectomia convencional no tratamento de hemorroidas de grau avançado.² Alguns estudos randomizados e controlados têm mostrado de forma consistente que a técnica introduzida por Longo é um método simples, seguro e efetivo, que resulta em menor tempo de recuperação e retorno mais rápido às atividades diárias¹.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo prospectivo e comparativo, utilizando-se 51 pacientes candidatos a realização de hemorroidectomia no período de março de 2003 a fevereiro de 2004. Formou-se 2 grupos: pacientes que realizaram hemorroidectomia tradicional – Milligan-Morgan (grupo I; n=25) e com a técnica de Longo – PPH (grupo II; n=26). Todos os pacientes realizaram os seguintes exames pré-operatórios: hemograma completo, coagulograma, glicemia em jejum, uréia, creatinina, grupo sanguíneo, EAS, EPF e parecer cardiológico (acima de 40 anos). Utilizou-se para preparo pré-operatório: fleet enema. A anestesia foi

raquianestesia. Medicação trans-operatória utilizada foi cefazolina 2g. Utilizou-se dipirona como medicação analgésica pós-operatória. A dor operatória foi avaliada através de uma escala verbal numérica, onde 0 foi considerada como sendo a ausência de dor e 10 a maior dor já sentida pelo paciente, e escala de descritores verbais (leve, moderada e grave). Todas as variáveis contínuas foram classificadas em não-paramétricas de acordo com teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparação de médias e o teste de Qui-quadrado para proporções, com nível de significância de 95%.

RESULTADOS

Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição da idade ($p=0,342$) e do sexo ($p=0,343$) entre os dois grupos (Tabela 1). O tempo de cirurgia foi maior no grupo I do que no grupo II (26,4 vs. 21,2 minutos, $p=0,004$). Não houve diferença estatisticamente significativa no tempo de internação entre os dois grupos (40,3 vs. 37,1, $p=0,249$). O tempo médio para retornar as atividades diárias foi maior no grupo I (23,0

dias) do que no grupo II (9,7 dias), $p<0,001$. A através da escala verbal numérica a dor no pós-operatório foi maior no grupo I do que no grupo II (4,1 vs. 2,5, $p=0,035$) (Tabela 2). As taxas de retenção urinária ($p=0,959$), uso de analgésico ($p=0,124$), sangramento ($p=0,091$), dor a evacuação ($p=0,181$) no pós-operatório foram semelhantes nos dois grupos (Figura 1).

Tabela 1 - Características demográficas dos pacientes.

Variável	Grupo I	Grupo II	p
	Média ± SD	Média ± SD	
Sexo			
Feminino	84,0% (21)	73,0% (19)	0,343
Masculino	16,0% (04)	26,9% (07)	
Idade	43,5 ± 8,7	45,5 ± 8,3	0,342

Tabela 2 - Tempo de cirurgia e pós-operatório.

Variável	Grupo I	Grupo II	p
	Média ± SD	Média ± SD	
Tempo de cirurgia (min)	26,4 ± 5,3	21,2 ± 5,7	0,004
Tempo de internação (horas)	40,3 ± 11,0	37,1 ± 21,4	0,249
Retorno às atividades diárias (dias)	23,0 ± 7,1	9,7 ± 3,1	<0,001
Escala Verbal no a dor	4,1 ± 2,5	2,5 ± 1,3	0,035

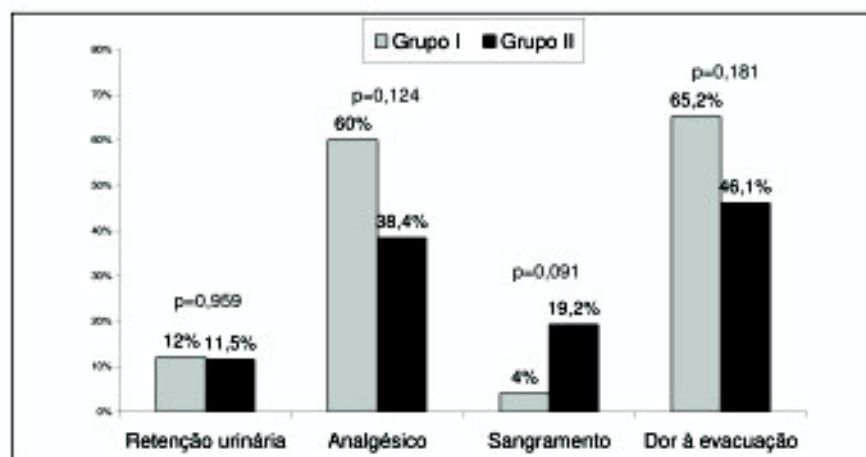


Figura 1 - Complicações pós-operatórias.

DISCUSSÃO

Hemorroidectomia convencional, com técnicas excisionais, são aceitas como as mais efetivas para hemorróidas de terceiro e quarto grau prolapsadas quando comparadas com as técnicas de ligadura com faixa de borracha, coagulação infravermelha, crioterapia e excisão com laser. Entretanto, a maioria dos pacientes refere dor pós-operatória, o que limita o retorno às atividades diárias. Além disso, em alguns pacientes, as feridas na mucosa perianal demoram a cicatrizar, prolongando assim o tempo de sangramento³. A técnica com PPH mostrou-se superior ao método tradicional, uma vez que, neste estudo, a dor registrada estava significativamente mais baixa no grupo que utilizou o procedimento com grameador. Além disso, a menor intensidade da dor está diretamente relacionada ao retorno mais rápido às atividades diárias como demonstrado. Supõe-se que esse método seja menos doloroso por não envolver nenhuma cirurgia na mucosa anal sensível que se localiza abaixo da linha dentada⁴. O pós-operatório menos doloroso foi o principal responsável pela difusão da técnica com PPH na Europa. No mínimo, 13 estudos recentes e randomizados demonstraram achados semelhantes⁵.

Um ponto que deve ser levado em consideração quando da avaliação dos dois procedimentos diz respeito aos custos. HO et al, demonstraram que a hemorroidectomia com grameador é mais caro que a operação convencional (US\$ 1.283,09 versus US\$ 921,17)⁶. Achados semelhantes foram encontrados por Kirsch et al⁷. Em oposição, Wilson et al. Demonstraram que hemorroidectomia com grameador foi mais barata, por causa dos baixos custos com o tempo de uso com a sala operatória e tempo de internação comparado à hemorroidectomia aberta⁸.

Este estudo demonstrou que não houve diferença significativa no tempo de internação e nas principais complicações entre os dois grupos. Além disso, não

foi possível definir a eficácia em longo prazo da técnica com grameador comparada à hemorroidectomia convencional. Algumas séries têm mostrado que a hemorroidectomia com grameador é tão eficiente quanto à hemorroidectomia convencional. Boccasanta e Col., estudaram 80 pacientes com hemorróidas de IV grau, que foram randomizados para submeterem-se à hemorroidectomia com grameador (n=40) ou técnica convencional (n=40) seguidos durante 54 semanas². Os autores confirmaram que ambas as operações são efetivas no tratamento da doença hemorroidária. Gano e Col., em 16 meses de seguimento, observaram que o prolapso foi encontrado com maior frequência no grupo da hemorroidectomia com PPH⁹. Mais recentemente, Racalbutto e Col., demonstraram, em um seguimento de 48 meses, que a hemorroidectomia com grameador controlou prolapso, descarga fecal e sangramento, sem estenose ou incontinência significativa em 94% dos casos¹⁰.

Neste estudo, as semelhanças encontradas nas incidências de distúrbios funcionais após os dois procedimentos sugerem que avaliações prospectivas de grupos controlados, mais adiante, serão de grande importância para definir o verdadeiro resultado funcional das técnicas empregadas atualmente para o tratamento da doença hemorroidária^{11,12}.

Em resumo, o procedimento com grameador circular é superior à hemorroidectomia aberta em termo de dor pós-operatória e retorno às atividades diárias. Isto foi bem demonstrado e é de fácil compreensão. Os resultados funcionais e sintomáticos apresentados no pós-operatório imediato têm sido satisfatórios e aparentam ser similares àqueles alcançados utilizando-se as técnicas convencionais. Entretanto, seguimentos em longo prazo, que investiguem esses fatores, são necessários.

CONCLUSÃO

O PPH apresentou melhores resultados que a hemorroidectomia tradicional por apresentar retorno

mais rápido as atividades diárias, menor tempo cirúrgico e menor intensidade da dor no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

- Ortiz H, Marzo J, Arme N P. Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidopexy versus conventional diathermy haemorrhoidectomy. *British Journal of Surgery*, 2002; 89: 1376-1381.
- Boccasanta P, Capretti PG, Venturi M.A. Randomised controlled trial between stapled circumferencial mucosemycto. In: Ioffci U, Simone M, Salamina G, Contessini-Avesani, E. Peracchia, And Conventional Circular Hemorrhoidectomy in advanced hemorrhoids with external mucosal prolapse. *Am J Surg*, 2001; 182: 64-8.
- Rowell M, Bello M, Hemingway DM. Circumferencial mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet*, 2000; 355: 779-81.
- Mehigan BJ, Monson JRT, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet*, 2000; 355: 782-785.
- Lacerda-Filho A., Silva RG. Stapled hemorrhoidectomy: present status. *Arq. Gastroenterol*, 2005; 42(3): 191-194.
- Ho YH, Cheong WK, Tsang C, Ho J, Eu KW, Tang CL, Seown-Choen F. Stapled hemorrhoidectomy: cost and effectiveness.

- Randomized controlled trial including incontinence scoring, anorectal manometry, and endoanal ultrasound assessments at up three months. *Dis Colon Rectum*, 2000; 43: 1666-1675.
- 7 Kirsch JJ, Staude G, Herold A. The Longo and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a prospective comparative study of 300 patients. *Chirurg*, 2001; 72: 180-185.
- 8 Wilson MS, Pope V, Doran HE, Fearn SJ, Brough WA. Objective comparison of stapled anopexy and open hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45: 1437-1444.
- 9 Ganio E, Altomare DFI, Gabrielli F, Milito G, Canute S. Prospective randomized multicentre trial comparing stapled with open haemorrhoidectomy. *Br J Surg*, 2001; 88: 669-674.
- 10 Racalbuto A, Aliotta I.; Corsaro G, Lanteri R, Di Cataldo A, Licata A. Hemorrhoidal stapler prolapsectomy vs. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy: a long-term randomized trial. *Int J Colorectal Dis*, 2004;19: 239-244.
- 11 Andrews BT, Layer GT, Jackson BT, Nicholls RT. Randomized trial comparing diathermy haemorrhoidectomy with the scissor dissection Milligan-Morgan operation. *Dis Colon Rectum*, 1993; 36: 580-83.
- 12 Ho YH, Foo CL, Seow-Choen F, Goh HS. Prospective randomized controlled trial of a micronized flavonoidic fraction to reduce bleeding after haemorrhoidectomy. *Br J Surg*, 1995; 82:

Endereço para correspondência:

João Batista Pinheiro Barreto
Cpm – Clínica de Proctologia do Maranhão
Renascença Medical Center
Av. Collares Moreira, 11 Qd. 23 - 5º Andar, Renascença II
e-mail: jbpbarreto@uol.com.br

Anopexia mecânica do reto

Mechanical anopexy of the rectum

Joaquim David Carneiro Neto¹, João Batista Pinheiro Barreto²,
Natália Sousa Freitas¹, Marcelo Araújo Queiroz¹

Resumo: Os autores objetivam avaliar o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária com uso da técnica de procedimento para prolapso de hemorróidas (PPH), analisando o tempo de cirurgia, complicações trans-operatórias, tempo de internação, gradação da dor no pós-operatório e retorno às atividades habituais. Realizou-se estudo descritivo, apresentando uma abordagem quantitativa com 53 pacientes atendidos no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) e Clínica de Proctologia do Maranhão (CPM) com sintomatologia indicativa de tratamento cirúrgico submetidos a tratamento com grampeador PPH. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório do HUPD e consultório de proctologia da CPM, sendo analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, sintomatologia, indicação, tempo de cirurgia, complicações trans-operatórias, tempo de internação, gradação da dor no pós-operatório e retorno às atividades habituais. Houve uma prevalência de acometimento em mulheres (66,04), com idade média de 52,64 anos. A sintomatologia mais encontrada foi o prolapso mucoso (64,15%), seguido de sangramento (58,49%) e dor (47,17%). Dos pacientes atendidos, 86,79% tinham doença hemorroidária com grau III e 13,21% com grau IV. O tempo médio de cirurgia foi de 20,39 minutos. Das complicações trans-operatórias, a mais encontrada foi a sutura manual com 71,70%. O tempo de internação médio foi de 39 horas e 21 minutos. No pós-operatório imediato, a complicação mais encontrada foi dor esporádica (15,09%). Dos pacientes atendidos, 50,37% sentiram dor leve. O retorno às atividades habituais foi, em média, 9,47 dias. O PPH apresenta resultados satisfatórios, levando ao retorno mais rápido às atividades diárias, menor tempo cirúrgico e menor intensidade da dor no pós-operatório.

Descritores: Hemorróidas, Grampeadores cirúrgicos, Dor pós-operatória.

Abstract: The authors aim at to evaluate the surgical treatment of the hemorrhoidal disease with use of the procedure technique for prolapse of hemorrhoids (PPH), analyzing the time of surgery, trans-operative complications, time of internment, gradation of the pain in the postoperative and return to the habitual activities. It is a descriptive study, presenting a quantitative approach with 53 patients assisted at the Hospital Academical President Dutra (HUPD) and Clinic of Proctology of Maranhão (CPM) with indicative symptomatology of surgical treatment submitted to treatment with PPH stapler. The collection of the data was accomplished at the clinic of HUPD and clinic of proctology of CPM, being analyzed the following variables: gender, age, symptomatology, indication, time of surgery, trans-operative complications, time of internment, gradation of the pain in the postoperative and return to the habitual activities. There was a prevalence in women (33,96% of the total), with average age 52,64 years old. The symptomatology more found was the mucous prolapse (64,15%), following by bleeding (58,49%) and pain (47,17%). In the assisted patients, 86,79% had hemorrhoidal disease with degree III and 13,21% with degree IV. The average time of surgery was 20,39 minutes. About the trans-operative complications, the more found was the manual suture with 71,70%. The average time of internment was of 39 hours and 21 minutes. In the postoperative immediate, the complication more found was sporadic pain (15,09%). In the assisted patients (47,17%). In the assisted patients, 86,79% had hemorrhoidal disease with degree III and 13,21% with degree IV. The average time of surgery was 20,39 minutes. About the trans-operative complications, the more found was the manual suture with 71,70%. The average time of internment was of 39 hours and 21 minutes. In the postoperative immediate, the complication more found was sporadic pain (15,09%). In the assisted patients.

Keywords: Hemorrhoids, Surgical staplers, Postoperative pain.

INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária é uma das enfermidades mais antigas, estando presente na humanidade desde relatos existentes na Babilônia, no código de Hammurabi (em 1793 anos a.C.). A probabilidade de um indivíduo ser acometido durante toda sua vida é de cerca de 85%. Em torno de 50% das consultas coloproctológicas são devidas a doença hemorroidária. A partir da quinta década de vida, aumenta sua incidên-

cia, acometendo igualmente ambos os sexos, sendo mais prevalente em mulheres quando avaliada as primeiras quatro décadas. Hábitos de vida do mundo moderno parecem ter contribuído para um crescente aumento e importância desta doença. A anatomia vascular da região anorretal é constituída por uma rica rede de arteríolas e vênulas que se comunicam constituindo os corpos cavernosos do canal. São os mamilos

¹ Acadêmicos de Medicina da UFMA

² Médico. Docente da UFMA

hemorroidários; estruturas anatômicas normais, que formam coxins de tecido conjuntivo contendo no seu interior arteríolas e vênulas, ancorados por um feixe de fibras musculares, formando um ligamento: o ligamento de Treitz, que dá sustentação a esses coxins, importante no mecanismo de continência anal. A cirurgia é oferecida nos casos em que procedimentos alternativos ("infra-red", ligadura) não satisfazem, o que acontece nas hemorroidas de III e IV graus. A evolução das técnicas cirúrgicas tem contribuído com o pós-operatório, principalmente no que diz respeito a dor, tempo de internação e retorno às atividades. Com esse objetivo, Longo e Cols¹. desenvolveram na Itália em 1993, uma técnica que consiste em ressecar parte da mucosa e

muscular do canal anal, recolocando os coxins prolapsados na posição original com auxílio de um grampeador circular de 33 mm o PPH (Procedimento para Prolapso de Hemorróidas)¹.

Publicações recentes mostraram vantagens no uso dessa técnica quanto a resultados imediatos, tais como redução da dor no pós-operatório, menor tempo de internação e retorno mais precoce às atividades diárias².

Avaliar o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária com uso da técnica de PPH, analisando o tempo de cirurgia, complicações trans-operatórias, tempo de internação, gradação da dor no pós-operatório e retorno às atividades habituais.

MÉTODOS

Realizou-se estudo descritivo, com 53 pacientes atendidos no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) e Clínica de Proctologia do Maranhão (CPM) com sintomatologia indicativa de tratamento cirúrgico que foram submetidos a tratamento com grampeador PPH no período de março de 2003 a janeiro de 2004. A

coleta dos dados foi realizada no ambulatório do HUPD e consultório de proctologia da CPM, sendo analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, sintomatologia, indicação, tempo de cirurgia, complicações trans-operatórias, tempo de internação, gradação da dor no pós-operatório e retorno às atividades habituais.

RESULTADOS

Houve uma prevalência de acometimento em mulheres (66,04%) (Figura 1), com idade média de 52,64 \pm 11,65 anos, com idade mínima 26 e máxima 79 anos. A sintomatologia mais encontrada foi o prolapso mucoso (64,15%), seguido de sangramento (58,49%) e dor (47,17%) (Figura 2). Dos pacientes atendidos, 86,79% tinham doença hemorroidária com grau III e 13,21% com grau IV (Figura 3). O tempo médio de cirurgia foi de 20,39 \pm 5,35 minutos, com tempo mínimo de 12 minutos e máximo 30. Das complicações trans-operatórias, a mais encontrada foi a sutura manual com 71,70% (Figura 4). O tempo de internação médio foi de 39 horas e 21 minutos. No pós-operatório imediato, a complicação mais encontrada foi dor esporádica (15,09%) (Figura 5). Dos pacientes atendidos, 50,37% sentiram dor leve (Figura 6). O retorno às atividades habituais foi de 9,47 \pm 2,91 dias, com mínimo de 4 e máximo de 20 dias.

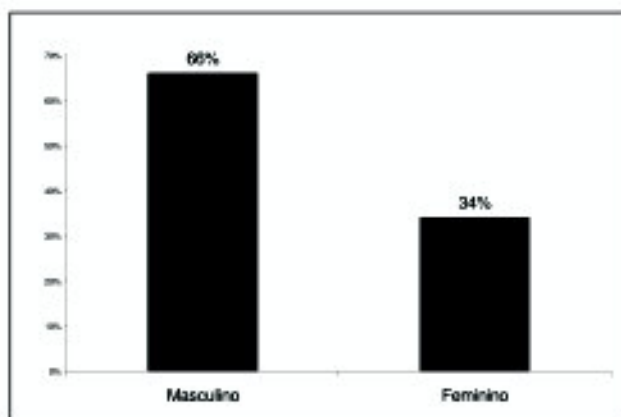


Figura 1 - Distribuição segundo o sexo dos pacientes

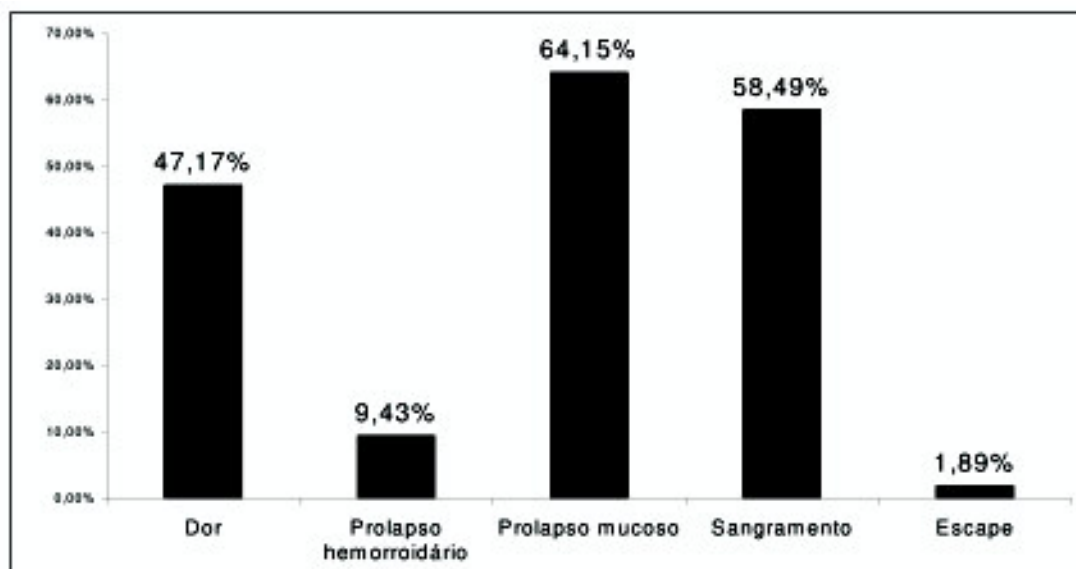


Figura 2 - Sintomatologia no pré-operatório.

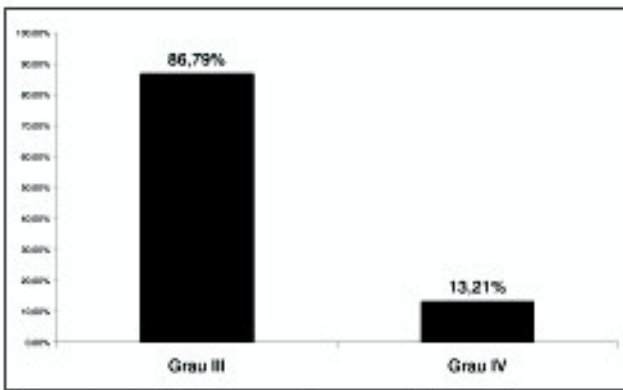


Figura 3 - Indicação para hemorroidectomia segundo à gradação hemorroidária.

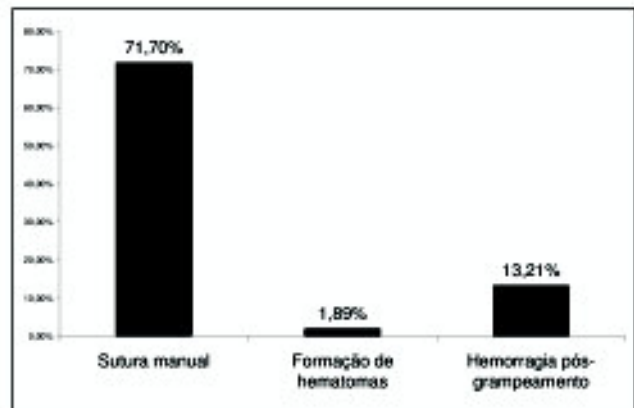


Figura 4 - Complicações ocorridas no trans-operatório.

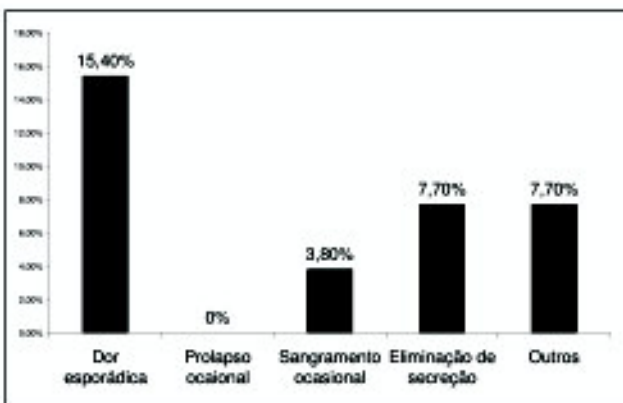


Figura 5 - Complicações pós-operatórias.

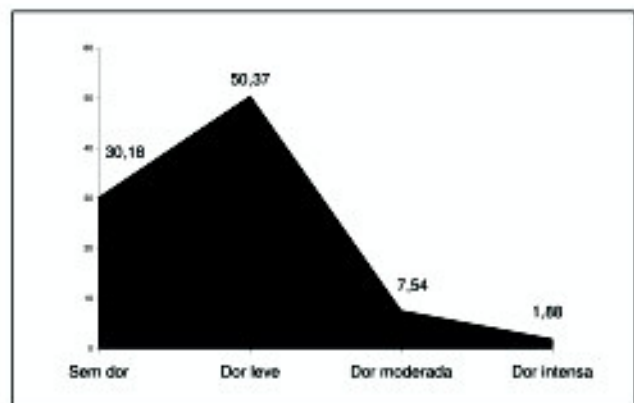


Figura 6 - Dor pós-operatória estratificada através da escala de descritores verbais.

DISCUSSÃO

Hemorroidectomia com PPH, primeiramente descrito por Longo, tem se mostrado uma técnica de excelente aproveitamento para o tratamento da doença hemorroidária. É um procedimento que promove tempo de internação mais curto, retorno mais precoce às atividades diárias, menor dor no pós-operatório, mas com custos hospitalares mais elevados, o que ainda limita muito a utilização desta técnica.

De acordo com dados da literatura, a incidência da doença hemorroidária aumenta com o avançar da idade. Isto está relacionado com a própria fisiopatologia da doença, que envolve além de fatores hereditários, alguns hábitos que podem contribuir para a dilatação do plexo hemorroidário com conseqüente aumento do fluxo sanguíneo local, tais como relaxamento da musculatura, obesidade, gravidez e sedentarismo (abuso da posição sentada aumenta a pressão intra-abdominal).

O tempo médio da cirurgia foi de 20 minutos, semelhante ao descrito por outros trabalhos na literatura, o que demonstra ser um procedimento de curta duração. Isto sem dúvida é bastante vantajoso, uma vez que implica em menor tempo de anestesia e em uma melhor recuperação³. ROWSELL e colaboradores demonstraram que por se tratar de um procedimento sem dissecação e excisão do tecido perianal, a hemorroidectomia com PPH evolui com menor tempo

de internação pós-operatório e de retorno ao trabalho⁴. Braccioni, demonstrou, tempo de recuperação 76% mais rápido para os pacientes tratados com a técnica de PPH⁵.

Estudos randomizados mostraram significativa redução da dor no pós-operatório com a utilização da técnica de PPH. Em estudo nacional, dirigido por Nahas, mostrou-se que 86,6% dos pacientes utilizaram apenas analgésicos comuns para alívio da dor, 13,3% necessitaram de medicamento adicional e somente 2,2% persistiram com dor no pós-operatório⁶. MEHIGAN e colaboradores confirmaram, com o uso de um escore para dor pré-estabelecido, redução importante da dor no pós-operatório⁷.

Quando comparada a outros métodos cirúrgicos de hemorroidectomia, a técnica com PPH parece ser a de mais alto custo. KIRSCH e colaboradores encontraram valores pelo menos 30% mais elevados para este tipo de procedimento⁸. No entanto, quando analisado o custo total para o hospital, a hemorroidectomia com PPH mostra-se mais vantajosa, devido ao menor tempo de uso da sala operatória e do tempo de internação, como foi demonstrado por Wilson⁹.

Para isto, torna-se cada vez mais útil a técnica com PPH, que tem trazido benefícios, que há tempos têm sido buscados, tanto para pacientes quanto para médicos.

CONCLUSÃO

O PPH apresenta resultados satisfatórios, levando a retorno mais rápido às atividades diárias, menor tempo cirúrgico e menor intensidade da dor no pós-operatório.

REFERÊNCIAS

- 1 Longo A. *Treatment of haemorrhoids disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure.* In: Proceedings of the 6th World Congress of Endoscopic Surgery. Rome:1998.
- 2 Lacerda-Filho A. Stapled haemorrhoidectomy: present status. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2005; 42(3): 191-194.
- 3 Sutherland LM, Burchard AK, Matsuda K, Sweeney JL, Bokey EL, Childs PA, Roberts AK, Waxman BP, Maddern GJ. A systematic review of stapled haemorrhoidectomy. *Arch Surg*, 2002; 137: 1395-406.
- 4 Rowsel,IM, Bello M, Hemingway DM. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomized controlled trial. *Lancet*, 2000; 355: 779-81.
- 5 Braccioni, Cavicchi, RaggettI. University of Ancona. *Italy International Congress of Colorectal Surgery.* Sorrento (Italy).1998.
- 6 Nahas SC, Borba MR, Brochado MCT, et al. Tratamento da doença hemorroidária pela técnica de grampeamento: análise de 100 casos. *Arq. Gastroenterol*, jan./mar. 2003; 40(1): 35-39.
- 7 Mehigan B J, Monson JR, Hartley JE. Stapling procedure for haemorrhoids versus Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. *Lancet*, 2000; 355: 782-785.
- 8 Kirsch JJ, Staude G, Herold A. The Longo and Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. A prospective comparative study of 300 patients. *Chirurg*, 2001; 72: 180-185.
- 9 Wilson MS, Pope V, Doran HE, Fearn SJ, Brough WA. Objective comparison of stapled anopexy and open hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45: 1437-1444.

Endereço para correspondência:

João Batista Pinheiro Barreto
Cpm – Clínica de Proctologia do Maranhão
Renascença Medical Center
Av. Collares Moreira, 11 Qd. 23 - 5º Andar, Renascença II
e-mail: jbpbarreto@uol.com.br

Schwannoma benigno de vulva: relato de caso

Benign vulva schwannoma: case report

José Anselmo Cordeiro Lopes¹, Ana Lúcia Abreu-Silva²,
Antonio Augusto Fernandes Ribeiro³, Luís Flávio Furtado Ribeiro⁴

Resumo: O schwannoma de vulva constitui-se de um tumor raro, que acomete a bainha miélica de nervos periféricos, composto quase exclusivamente de células de Schwann. É mais comumente encontrado na regiões da cabeça, pescoço, extremidades, mediastino posterior e retroperitônio. Geralmente caracteriza-se por ser benigno, de padrão nodular e crescimento lento. A maioria dos tumores são indolores. Os autores apresentam um caso de schwannoma de grandes lábios em uma paciente de 23 anos de idade, com hipótese diagnóstica primária de cisto vulvar. Foi submetida à remoção cirúrgica do tumor, com diagnóstico confirmado por avaliação histopatológica. A paciente foi acompanhada por doze meses, sem alterações clínicas. Este caso chama a atenção, na prática ginecológica, para a possibilidade de dúvida diagnóstica de cisto de Bartholin com schwannoma.
Descritores: Schwannoma, Neurilemoma, Schwannoma Vulvar.

Abstract: The vulva schwannoma is a rare tumor, which achieves the peripheral nerve sheath, composed mainly by Schwann cells. It is commonly founded in head, neck, arms and legs extremities, posterior mediastinum and retroperitoneum. It is usually characterized by nodular and benign patterns, with slow growth rate, and painless. The authors present a case of major labium schwannoma in a 23 years old patient, with a first diagnostic impression of vulva cyst. It was performed a surgical excision of the tumor. The diagnosis was confirmed by histopathologic analysis. The patient was followed-up for twelve months, without clinical complications. This case needs attention, in the gynaecological routine, to the possibility of diagnostical doubt between Bartholin's gland cyst and schwannoma.

Keywords: Schwannoma, Neurilemmoma, Vulva Schwannoma.

INTRODUÇÃO

Também conhecido como neurinoma ou neurilemoma¹, este tumor é encontrado geralmente na cabeça, pescoço, extremidades dos membros, mediastino posterior e retroperitônio², sendo rara a localização na genitália externa³. Alguns autores consideram como variante do neurofibroma², termo utilizado ocasionalmente.

Os schwannomas benignos são tumores que provém da célula de Schwann, derivada da crista neural, podendo estar associados com neurofibromatose tipo 2. As massas tumorais ocorrem tanto superficiais quanto profundas, em homens ou mulheres, geralmente da 3ª a 6ª década de vida, e apresentam um crescimento lento⁴. A origem desses tumores está demonstrada por sua imunorreatividade para o antígeno S-100 e LEU-7; e negatividade para EMA e queratina⁵. É possível haver determinadas alterações nos schwannomas, como por exemplo, pleomorfismo nuclear, degeneração xantomatosa e hialinização de parede vascular. Podem encontrar-se também alterações degenerativas malignas, porém são bastante raras. A recidiva do tumor pode indicar ressecção incompleta⁶.

Embora tenha origem neural, a maioria das lesões é indolor, e apenas os tumores maiores que sofrem degenerações císticas causam dor⁵. Entretanto, a compressão local do nervo acometido justifica os sintomas. Quando localizados no ramo vestibular do 8º nervo, por exemplo, há manifestações de zumbido e perda auditiva⁶.

Macroscopicamente, são massas encapsuladas, firmes, predominantemente acinzentadas e bem circunscritas, fixadas ao nervo, porém passíveis de separação. Ao exame microscópico, apresenta dois padrões de crescimento: Antoni A e Antoni B, diferenciando-se basicamente de acordo com sua densidade celular. A citologia de células individuais, entretanto, mostra-se semelhante, com citoplasma alongado e núcleos ovais regulares. As colorações com prata mostram que os axônios estão praticamente excluídos da tumoração, embora possivelmente aprisionados pela cápsula⁶. Por microscopia eletrônica, as células do neurilemoma possuem uma contínua lâmina basal, processos citoplasmáticos numerosos e extremamente finos, e agregados de microfibrilas intracitoplasmáticas⁸.

¹ Doutor em Patologia. Docente da UFMA.

² Doutora em Patologia. Docente da UEMA.

³ Médico oncologista do Instituto Maranhense Aldenora Belo - IMOAB.

⁴ Acadêmico de Medicina da UFMA.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 23 anos, solteira, branca, estudante, nulípara. Em janeiro de 2004, procurou o ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Materno Infantil da UFMA para realização de exame preventivo de rotina, com queixas de aumento da região vulvar. Ao exame físico, visualizou-se nodulação em grande lábio. A paciente nega existência de casos semelhantes na família, assim como distúrbios de Sistema Nervoso Central. Foi encaminhada à cirurgia e realizou-se a tumorectomia, sem complicações trans e pós-operatórias. Macroscopicamente, a lesão tumoral, consistia

em um nódulo único, de 2,1 x 1,7 x 1,0 cm, ovóide, pardo acinzentado, firme e elástico. À microscopia, tratava-se de uma neoformação mesenquimal, bem delimitada, sem atipia, sem necrose, bem celularizada, composta por células fusiformes por vezes estruturando elementos organóides, sendo a lesão diagnosticada como schwannoma. As figuras abaixo (1 e 2) mostram uma visualização típica do schwannoma benigno. Exame ginecológico em agosto de 2005 se mostrou dentro da normalidade clínica. O exame colpocitológico também não revelou alterações citopatológicas.

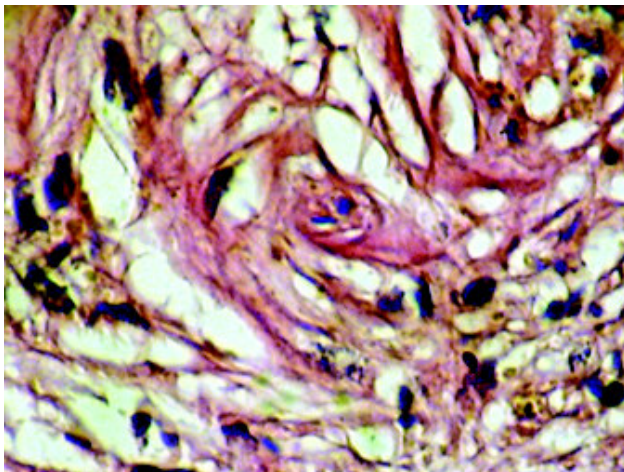


Figura 1 - Schwannoma benigno
Caso de Schwannoma benigno típico arquivado no Serviço de Anatomopatologia do HUPD – UFMA.

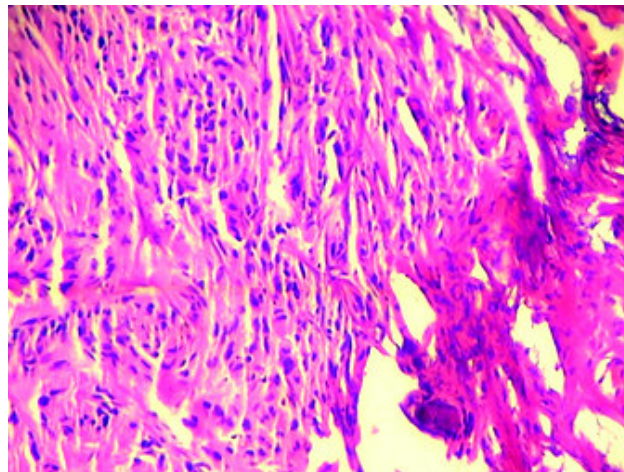


Figura 2 - Schwannoma benigno

DISCUSSÃO

O schwannoma de vulva é um tumor raro e, na maioria dos casos, benigno, com escassa informação na literatura mundial. Já foram descritos também em outras localizações vulvares, como clitóris² e próximo à glândula de Bartholin (referido como abscesso)⁷. Apresenta-se predominantemente unilocular. Geralmente são assintomáticos, com descrição aparente somente de

aumento da região afetada. Fibras de colágeno bem espaçadas são vistas frequentemente no espaço intercelular, mas sua presença não é específica para esta neoplasia⁹. A literatura defende a ressecção cirúrgica total do tumor², procedimento em que normalmente não há complicações operatórias.

CONCLUSÃO

A paciente foi atendida e submetida à cirurgia, onde suspeitava-se de um cisto de glândula de Bartholin devido às características inflamatórias da lesão. Entretanto, o exame histopatológico revelou o diagnóstico

da neoplasia neural, porém não se identificou o padrão histológico de crescimento. O acompanhamento da paciente mostrou ausência de recidiva, o que confirma o sucesso do tratamento de escolha para esses tumores vulvares.

REFERÊNCIAS

- 1 Lemaire WJ, Kreiss C, Commodore A. et al. Neurilemmoma: an usual benign tumor of the cervix. *Alaska Med.* 2002; 44(3): 63-65.
- 2 Llana P, Fresno F, Ferrer J. Schwannoma Of The Clitoris: case report. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 2002; 81(5): 471-472.
- 3 Yamashita Y, et al. A case of vulvar schwannoma: report case. *Journal of Obstetric and Gynaecology Research*, 1996 Japan; 22(1): 31-34.
- 4 Meis-Kindblom JM, Enzinger FM. *Color atlas of soft tissues tumors*. St. Louis: Mosley-Wolfe; 1996.
- 5 Mills SE, Carter J, Greenson JK, et al. *Sternberg's diagnostic surgical pathology*. 4. ed.

- Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004
- 6 Contran RS, Kumar V, Collins T. Robbins: *Patologia estrutural e funcional*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- 7 Hanafy A, Lee RM., Peterson CM. Schwannoma presenting as a Bartholin's gland abscess: case report. Australian and New Zeland. *Journal of Obstetric and Gynaecology*, 1997; 37(4): 483-484.
- 8 Waggener JD. Ultrastructure of benign peripheral nerve sheath tumors. *Cancer*. 1996; 19: 699-709.
- 9 Fisher ER, Vuzevski VD. Cytogenesis of schwannoma (neurilemoma), neurofibroma, dermatofibroma, and dermatofibrosarcoma as revealed by electron microscopy. *American Journal of Clinical Pathology*, 1968; 49: 141-154.

Teratoma maduro do mediastino posterior com extensão abdominal transdiafragmática

José de Ribamar Vale¹, Marcos Lorenzo Raicces²

Resumo: Os teratomas maduros do tórax são tipicamente localizados no mediastino anterior. Os autores relatam um caso de teratoma maduro em um adolescente do sexo masculino de 17 anos, com abaulamento de hemitórax esquerdo e com exames de imagens característicos, exceto sua localização que foi o mediastino posterior e com achado trans - operatório de extensão transdiafragmática para o abdome com aderência ao epiplo.

Descritores: Teratoma, Mediastino, Neoplasia.

Abstract: Mature teratomas in the chest are typically located within the anterior mediastinum. The authors report a case of mature teratoma in a adolescent male, 17 year old patient, with camber of left chest, and image examination characteristic, except you localization, that was in posterior mediastinum and with extension transdiafragmatic to abdome with adherence tho the epiploo.

Keywords: Teratoma, Mediastinum, Neoplasm.

INTRODUÇÃO

Os teratomas do mediastino são tumores mediastinais incomuns, correspondendo a 5 a 10% de todos os tumores mediastinais. A palavra "teratoma" é derivada da palavra grega "terras" que quer dizer monstro. Os teratomas foram definidos por Willis em 1952 como tumores compostos de tecidos que tem origem, diferentes das localizações dos tecidos onde se desenvolve o tumor¹.

Teratomas são neoplasias embrionárias constituídas de tecidos dos três folhetos embrionários, ectoderma, endoderma e mesoderma². Os teratomas

tendem a se localizar ou na linha média do corpo ou próximo a ela e são freqüentemente encontrados na região sacrococcígea, gônadas, mediastino, base do crânio e retroperitônio.^{3,4}

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de teratoma do mediastino posterior com extensão transdiafragmática para a cavidade peritoneal aderido ao epiplo, diagnosticado em achado ocasional de radiografia do tórax e submetido a excisão cirúrgica no setor de cirurgia infantil do Hospital Universitário Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 17 anos, admitido no serviço de emergência do HMDM, em outubro de 2004, proveniente do interior do estado (Matões do Norte-MA), referindo que após trauma por agressão de animal de grande porte (vaca), teve perda de consciência e várias escoriações no corpo sendo internado por 3 dias, evoluindo com melhora e alta clinicamente assintomático. A Radiografia simples do tórax evidenciou área de hipotransparência no hemitórax esquerdo (Figura 1) e submetido à Ultra-sonografia do tórax que mostra uma massa torácica com áreas de calcificações (Figura 2) e em seguida submetido à CT tóraco-abdominal que evidenciou volumosa massa heterogênea centro-pulmonar esquerda ocupando os terços médio e inferior deste hemitórax, com componentes multicísticos com calcificações de permeio e periféricas em sua porção antero-inferior. Insinua-se para o mediastino posterior ocupando o espaço entre a coluna vertebral e a margem posterior do coração deslocando-o anteriormente.

Apresenta plano de clivagem com a aorta e mede 7 cm em seu eixo longitudinal. As características tomográficas da lesão são sugestivas de teratoma (Figura 3).

Foi internado no Hospital Universitário em 18/01/2005, em bom estado geral e nutricional e com aumento do diâmetro antero-posterior do hemitórax esquerdo sem desvio de traquéia à palpação na região cervical, a ausculta, murmúrio vesicular diminuído em 2/3 inferior do hemitórax. Foi submetido a cirurgia em 01/02/2005, por toracotomia com pleurotomia no 6º espaço intercostal esquerdo de aproximadamente 12 cm de comprimento, sendo visibilizado volumosa massa mediastinal retrocardíaca com aderências à face diafragmática do pulmão, pericárdio, aorta e veia cava inferior distorcendo sua anatomia (Figura 4).

A lesão foi excisada completamente com fragmento de 3 cm de diâmetro do diafragma e prolongamento da lesão para a cavidade peritoneal em torno 1,5

¹ Mestre em Clínicas Cirúrgicas pela UFPR. Cirurgião Infantil do Hospital Universitário da UFMA

² Cirurgião Infantil do HU/UFMA. Docente do UNICEUMA

cm aderido ao epíplio. Procederam-se a correção da lesão do diafragma e síntese da parede torácica com a colocação de dois drenos tubulares, uma anterior e outro posterior. No 3o DPO evoluiu com herniação



Figura 1 - RX do tórax mostrando área de hipotransparência no 1/2 inferior do hemitórax esquerdo.

dafragmática do estômago sendo submetido a correção cirúrgica por via abdominal do defeito diafragmático e funduplicatura à Nissen, evoluindo satisfatoriamente, e com alta hospitalar no 10º DPO afebril, e eupneico.



Figura 2 - US do tórax mostrando lesão com área de calcificação no pulmão esquerdo.

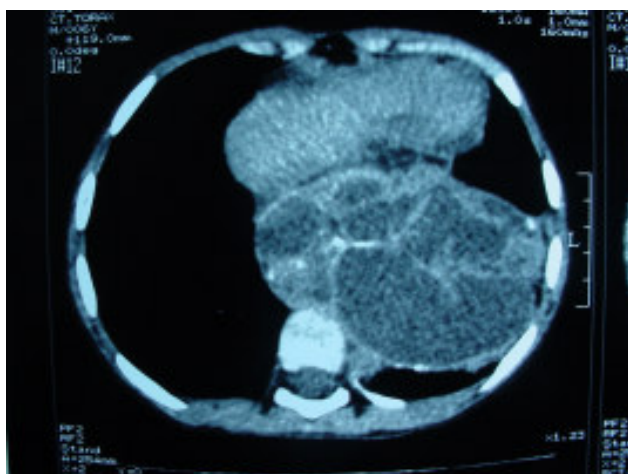


Figura 3 - CT – tórax volumosa massa heterogênea, vários cistos e áreas de calcificação.

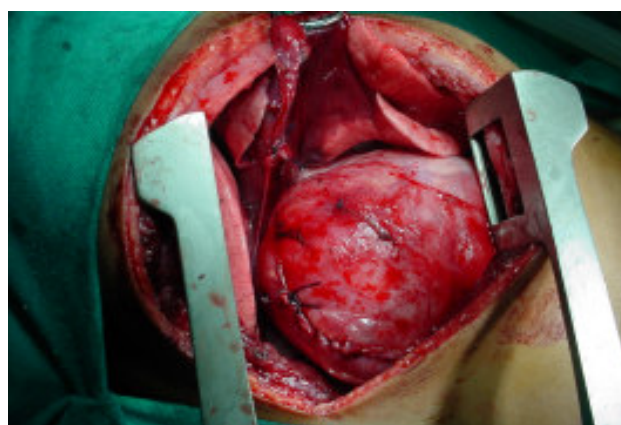


Figura 4 - Aspecto cirúrgico da massa aderida à veia cava inferior, aorta e ao diafragma.

DISCUSSÃO

As massas mediastinais são geralmente localizadas no mediastino Antero superior. Dos tumores do mediastino anterior os mais freqüentes são o timoma (32%), linfoma (23%) e tumores de células germinativas (17%)⁵

Dentre as massas encontradas no mediastino posterior, os tumores mais comumente vistos são os tumores neurogênicos e as linfoadenopatias. Enquanto, a maioria dos teratomas maduros ocorrem no mediastino anterior, uma revisão da literatura revela que 3% a 8% dos teratomas maduros ocorrem no mediastino posterior⁵

O teratoma maduro é o tipo histológico mais comum dos tumores de células germinativas, seguido pelo seminoma. (1) Embora as neoplasias de células germinativas sejam mais comumente encontradas nas gônadas, elas podem ocorrer em localizações

extragonadais. (2) Os tumores de células germinativas compreendem 15% dos tumores do mediastino anterior nos adultos e 24% em crianças.⁶

Setenta e cinco por cento dos tumores de células germinativas são teratomas maduros. (3) Esses tumores derivam de defeitos na migração das células germinativas primitivas durante a embriogênese em sítios extragonadais. Algumas das células germinativas primitivas multipotenciais do seio endodérmico para a gônada se desprendem ao nível da linha média. Essas células primitivas podem desenvolver uma variedade de neoplasias de células germinativas, incluindo teratomas, seminomas ou carcinoma embrionário.⁶

Os teratomas são freqüentemente divididos em três subtipos histológicos: teratoma maduro (diferenciado), teratoma imaturo (embrionário) e teratoma com transformação maligna (cancerizado). Os teratomas são

considerados por muitos autores o mais comum desses tumores, embora alguns trabalhos sugerem que a proporção entre essas neoplasias malignas e benignas são relativamente equivalentes. O termo cisto dermóide é algumas vezes usado para descrever teratomas benignos, devido a predominância típica do componente ectodérmico.^{4,6}

O teratodermóide ou cisto dermóide é uma forma simples, ou seja, composta predominantemente de derivados do leito epitelial, incluindo glândulas dérmicas e epidérmicas, cabelo e material sebáceo. Os teratomas são histologicamente mais complexos. O componente sólido do tumor contém elementos bem diferenciado como osso, cartilagem, dentes, tecido conectivo, tecido fibroso e linfóide, músculo, nervo, timo, glândulas mucosas e salivares, pulmão fígado e pâncreas. Tumores malignos são diferentes dos benignos pela presença de tecidos embrionários primitivos. Em tumores benignos gigantes com comprometimento para estruturas adjacentes, a ressecção parcial é benéfica quando a ressecção total não é possível.⁶ Nos tumores de células germinativas malignas, as dosagens de Alfafetoproteína e HCG são úteis na diferenciação de teratomas seminomatosos dos não seminomatosos, é importante para orientar a terapia hormonal e indicar a recidiva ou falência do tratamento.^{3,6,7}

O aspecto dos teratomas maduro à inspeção é geralmente esféricos, lobulados e a cápsula é bem definida. Elas contêm uma grande variedade de material como líquido lipídico, substância de aspecto de queijo e tecidos mais diferenciados como dentes, cabelos e cartilagens.^{7,8}

A radiografia do tórax é limitada devido a sua boa sensibilidade para detectar gordura e calcificação. A tomografia computadorizada é a modalidade de escolha para avaliar os teratomas, a tomografia esclarece a delimitação do tumor e caracteriza precisamente os elementos intrínsecos, tecidos, fluidos, gorduras, calcificação e dentes.^{4,5}

Na presença de uma massa mediastinal, a biopsia por punção com agulha fina pode estabelecer o tipo histológico. O diagnóstico histológico prévio é importante tanto para orientar a delimitação do plano ci-

rúrgico, já que os tumores encapsulados têm maiores possibilidades de ressecção mesmo que apresente grandes volumes e também porque os tumores embrionários respondem ao tratamento quimioterápico.⁵

Os teratomas maduros são benignos e a excisão cirúrgica completa e o tratamento de escolha. O prognóstico é excelente com uma taxa de sobrevida de 100% em 5 anos. A avaliação histopatológica é essencial para excluir a presença de tecidos imaturos. Os teratomas imaturos têm péssimo prognóstico e a conduta depende da idade do paciente. Esses tumores em crianças são tratados com mais sucesso do que em adultos.⁸

Em crianças maiores o tumor pode ter achado incidentalmente em radiografias de tórax. Os sintomas estão associados à compressão das estruturas adjacentes, como dor torácica, disfagia, tosse, abaulamento do hemitórax, síndrome da veia cava superior; algumas crianças tratadas por drenagem pleural com diagnóstico inicial de empiema podem revelar posteriormente tratar-se de um teratoma do mediastino com inflamação e rotura para a cavidade pleural.⁴

Nosso caso está associado a um achado ocasional em uma radiografia de rotina de tórax realizado no serviço de emergência do Hospital Municipal Djalma Marques, para rastreamento de lesão torácica em uma paciente vítima de trauma de tórax por agressão de animal de grande porte (coice de vaca), nesse exame, evidenciou-se que não havia nenhuma lesão associada ao trauma, embora tenha mostrado uma massa na base do hemitórax esquerdo. O paciente evoluiu assintomaticamente sendo encaminhado para o serviço de cirurgia infantil do HUUFMA. A tomografia computadorizada foi característica para teratoma de mediastino posterior. A excisão cirúrgica completa foi possível, sendo necessária a ressecção de fragmento da cúpula diafragmática esquerda devido à extensão trans - diafragmática do tumor para o abdome. A complicação havida no pós-operatório foi uma hérnia diafragmática no local da lesão e corrigida em uma segunda cirurgia. Não encontramos nenhum relato na literatura de teratoma maduro de mediastino com extensão transdiafragmática para a cavidade peritoneal.

REFERÊNCIAS

- 1 Allem M. Presentation and management of benign mediastinal teratomas. *Chest Surgery Clinics of North America*, 2002;12:659-664.
- 2 Ramírez – Bernot D, Mederos – Curbelo NM, Coto – Borges R. Teratoma Quístico del Pulmon. *Rev Biomed*, 1997; 8:209-210.
- 3 Alkam M, Karnak I, Ciftci AO, Tanyel FC. Thymic Teratoma or Thymic Remnant Attached to Mediastinal Teratoma? The Origin of Mediastinal Teratomas revisited. *Journal Pediatric surgery*, 2004;14:117-119.
- 4 Ege G, Akman H, Cakiroglu G, E Kalayci G. Spontaneous rupture of mediastinal cystic teratoma within high levels of amylase, lipase, CA 19-9, CA 125 and CEA in cystic fluid: a case report. *Acta Radiológica*, 2004;45:111- 112.
- 5 Navarro - Reynoso F P, Lorenzo-Silva J M. Tratamiento Quirúrgico De Los Tumores Gigantes Del Mediastino, *Gac Méd Méx*, 2001;137:117-124.
- 6 Sinclair DS, Bolen MA, King MA. Mature Teratoma Within the Posterior Mediastinum, *Journal of Thoracic Imaging*, 2003;18:53-55.

- 7 Oomman A, Rajan S, Vijayakumar C, Jayaramam S, Ramachandran P, Kumar S. Anterior Mediastinal Teratoma Presenting as Cardiac Tamponade, *Journal Indian Heart*, 2004;56: 64-66.
- 8 Upadhyaya M, Sajwany M J, Tomas – Smigura E. Recurrent Immature Mediastinal Teratoma with Life – Threatening Respiratory Distress in a Neonate. *Journal Eur of Pediatric Surgery*, 2003;13: 403-406.

Instruções aos colaboradores

A Revista do Hospital Universitário/UFMA, órgão oficial do Hospital Universitário é publicada quadrimestralmente, 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 na Diretoria de Ensino - 4º andar HUJPD - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP. 65.020-070, São Luís-MA. Brasil / Tel.: (98) 2109-1242, e-mail: revista@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(ao) 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 (CEP).

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 preci-

samente 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, Thonrby 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 diseases [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 [c o m p u t e r program]. Version 2.2 Orlando (F L) : 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.