



GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Diretoria

João Constantino Pavani Motta - Diretor Superintendente

Gilberto Barichello - Diretor Administrativo e Financeiro

Rogério Amoretti - Diretor Técnico

Conselho de Administração

Gastão Wagner de Sousa Campos
Humberto Sérgio Costa Lima - Presidente
João Constantino Pavani Motta
Jorge José Santos Pereira Solla
Luís Carlos Bolzan
Osmar Gasparini Terra
Rogério Santanna dos Santos
Rosa Anacleta Soares Vaz Carvalho
Sandra Maria Sales Fagundes

Conselho Fiscal

Bolivar Tarragô Moura Neto
Reginaldo Muniz Barreto
Valcler Rangel Fernandes

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.

Gerente de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
Juarez Wolf Verba

Gerente de Unidade de Internação
Sérgio Antônio Sirena

Gerente de Pacientes Externos
Luiz Ronaldo Huber

Gerente de Administração
Sandro Depromocena Santander

Gerente de Saúde Comunitária
Eno Dias de Castro Filho

Gerente de Unidades de Apoio
Eunice Virgina Lopes Silva

Gerente de Ensino e Pesquisa
Júlio Baldisserotto

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.

Gerente de Unidades de Internação
João Luiz de Mello

Gerente de Administração
Marina Inês Silva Gomes

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO S.A.

Gerente de Unidades de Internação
João Vicente Bassols

Gerente de Administração
Cristina Rimolo Simões

HOSPITAL FÊMINA S.A.

Gerente de Unidades de Internação
Carlos Eduardo Nery Paes

Gerente de Administração
José Pedro Silva da Luz



***Momento &
Perspectivas em Saúde***

Volume 16 - Número 2 - JULHO/DEZEMBRO 2003

Publicação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, sociedade anônima de capital fechado com controle acionário da União Federal e ligada à Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP/GHC.

MOMENTO & PERSPECTIVAS EM SAÚDE tem como escopo divulgar a experiência técnico-científica dos profissionais do GHC e difundir conhecimentos, de qualquer origem, que contribuam para aperfeiçoar o momento e desenvolver tendências de melhoria das perspectivas para a saúde no País.

***Momento &
Perspectivas em Saúde***

Editor:

Alberto S. Molinari

Conselho Editorial:

Airton Stein	Luiz Ziegelmann
Alexandre Moretto	Marilia Gerhardt de Oliveira
Balduino Tschiedel	Mateo Baldisserotto
Charly F. Camargo	Paulo R. S. Silva
Cristiane Valle Tovo	Pedro Pimentel Filho
Edelvis Vieira Rodrigues	Raul Pruinelli
Edmundo Lima Zagoury	Romeu Warken
José Luiz Pedrini	Sergio Antônio Sirena
Julio Baldisserotto	Sergio M. Espinosa
Lisete Maria Ambrosi	Vera Lúcia Pasini
Emilio Moriguchi (PUCRS)	Maria Ines Schmidt (UFRGS)
Jorge Luiz de Lima Hetzel (FFFCMPA)	Luciano Basto Moreira (ULBRA)
Noé Zamel (CANADÁ)	Alberto Bujardon (CUBA)
George L. Irvin III (USA)	A. Diniz da Gama (PORTUGAL)

CORRESPONDÊNCIA: os trabalhos para publicação, os livros para análise e as revistas em permuta devem ser encaminhadas para "Momento & Perspectivas em Saúde" Revista Técnico-Científica do GHC - Serviço de Editoria - Av. Francisco Trein, 596 - CEP 91350-200 - Porto Alegre-RS - Brasil - Telefone: 0 xx (51) 3361.1739 - e-mail: capcientifico@ghc.com.br

unimed

SUMÁRIO

Editorial	07
<i>Alberto Molinari</i>	

ARTIGOS ORIGINAIS

Avaliação das complicações dos pacientes do programa de hipertensos da Unidade Parque dos Maias da Gerência de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição	08
<i>Rafael Gallina Krob, Valéria Domingues Schifino</i>	
Metaplasia Intestinal Esográfica e sua Relação com Doença do Refluxo Gastroesofágico	12
<i>Judite Dietz, Deize Regina Maffazzoni, Sílvia Chaves e Silva, Luíse Meurer, Andréa Ribeiro Souza, Gilmar Meine, Setsuo Sekine, Sidnei Pardo</i>	
Aplicação e avaliação do Método de Lamaze no controle da ansiedade, da dor e redução da analgesia química, durante o trabalho de parto	16
<i>Ivone Cléo Aranovich Laurent, Maria Lourdes Tagliapietra</i>	
Ascite de Causa Maligna: Análise de 64 Casos	20
<i>Cristiane Valle Tovo, Paulo Roberto Lérias de Almeida, Bruno Galperim</i>	

ARTIGOS DE REVISÃO

Reflexões Sobre Antibioticoprofilaxia na Cesareana	23
<i>Mario Casales Schorr, Alexandre Fornari, Fábio Tomazzoli Santarosa, Giovanni Digesu, Hugo Cataud Pacheco Pereira, Pedro Alves d'Azevedo</i>	
Complicações Mecânicas do Infarto Agudo do Miocárdio	29
<i>Alfeu Roberto Rombaldi, Pedro Pimentel Filho, Blau Fabrício de Souza, Evandro Augusto Oss, Carolina Ávila Vianna, Fabiano Rodrigo de Godoy Kissner, Alexandre Brentano, César Henrique Pereira Júnior, Luciano Barros Pires, Leocádio Tesser, Fabio Dhein</i>	

RELATO DE CASOS

Tuberculose Intestinal: Relato de 2 Casos	32
<i>Cristiane Valle Tovo, Mariana Mondin, Nutianne Camargo Schneider, Danielle Fogaça Damo</i>	

Cartas ao Editor

Redução do custo em internação hospitalar pelo uso de antibiótico profilaxia em cesariana	36
<i>Cristiane Krüger Flôres, Fabiane Cardoso, Hector Robert Gijsein, Leonardo Krüger Flôres</i>	
Antecedentes e Visão Estratégica	38
<i>Airton Tetelbom Stein</i>	
Prof. Volnei Garrafa apoia posicionamento sobre Ética da Autoria	45
<i>Sérgio Ruschel</i>	
A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição - RIS/GHC	46
<i>Julio Baldisserotto, Ananyr Porto Fajardo, Silvana Flores, Vera Pasini, Maria Helena Schmidt</i>	

Normas para Publicação de Artigos na Revista “Momento & Perspectivas em Saúde”	51
---	-----------

EDITORIAL

O desenvolvimento científico é um processo que exige divulgação constante sob pena de não ser considerado existente. Da mesma forma que a humanidade não deve progredir aos saltos, como nas revoluções, o desenvolvimento científico sólido evolui a partir de bases estruturadas e que se complementam passo a passo.

Cada etapa de um processo merece o seu registro. Cada ação em prol da ciência, ainda que não completa necessita ser divulgado. Não só pelo merecido reconhecimento, mas pela possível colaboração que os seus pares poderão oferecer. Assim, possivelmente o caminho ficará mais fácil.

A Revista do GHC tem oferecido este espaço privilegiado para a divulgação da farta produção desenvolvida nas unidades do GHC. Este é o papel de uma revista técnico-científica como a nossa e que completa o ano de 2003, com o reconhecimento da manutenção da sua periodicidade, alcançando com este número a regularidade de suas publicações.

Este conselho editorial sente-se muito satisfeito com as repercussões dos artigos aqui publicados. Dos protocolos assistenciais, o SUS os implementam normatizando procedimentos nas suas áreas de atuação. Os artigos de revisão, resultam em auxiliares na formação de estudantes e médicos residentes deste hospital escola. E das cartas ao Editor, o reconhecimento de que repercutem ao longe como no caso da resposta do Dr. Lawrence L. Weed, diretamente de Vermont-USA, e do Dr. Volnei Garrafa, presidente da Sociedade Brasileira de Bioética repercutindo, nesta edição, a carta ao Editor “Quem pode e deve ser Autor”.

A Revista do GHC está cumprindo o seu papel, e o seu conselho editorial tem participado ativamente nos esforços da manutenção desta regularização aqui alcançada.

Boa leitura

Alberto S. Molinari

AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DOS PACIENTES DO PROGRAMA DE HIPERTENSOS DA UNIDADE PARQUE DOS MAIAS DA GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

* Rafael Gallina Krob

** Valéria Domingues Schifino

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia com elevado custo médico-social, pois pode conduzir a complicações como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Medimos a prevalência de complicações importantes da HAS: acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio, angina, proteinúria e hipertrofia ventricular esquerda. Fizemos um estudo transversal, com revisão de prontuários dos pacientes cadastrados no programa de hipertensos da Unidade, verificando o registro das complicações anteriormente citadas, sexo e idade dos pacientes. Foram analisados 160 prontuários. Prevalências: AVC 3,75%; AIT 0,62%; IAM 5,62%; angina 12,5%; proteinúria 1,88%; HVE 17,5%. Sexo: homens 21,25%; mulheres: 78,75%. Idade média global: 57,1 anos. Idade dos homens: 53,4 anos. Idade das mulheres: 58,2 anos. Média de idade nos grupos: 51,3 anos (grupo A), 53,1 anos (grupo B) e 54,4 anos (grupo C).

UNITERMOS: hipertensão arterial sistêmica, complicações, prevalência.

ABSTRACT

COMPLICATIONS EVALUATION OF HYPERTENSIVE PATIENTS PROGRAM OF PARQUE DOS MAIAS UNIT OF COMMUNITY HEALTH SERVICE FROM NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO HOSPITAL

Systemic hypertension is a disease with a high medical and social cost because it can lead to complications such as stroke, coronary heart disease, cardiac failure, chronic renal disease and lower extremity occlusive disease. We measured the prevalence of significant systemic hypertension complications: stroke, transient ischemic attacks, acute myocardial infarction, angina pectoris, proteinuria and left

ventricular hypertrophy. We did a promptuary review (cross-sectional study) of the cadastered patients in the Unit hypertension program looking for the record of the complications mentioned besides sex and age. One hundred sixty promptuaries were analysed. Prevalences: stroke: 3,75%; transient ischemic attacks: 0,62%; acute myocardial infarction: 5,62%; angina pectoris: 12,5%; proteinuria: 1,88% and left ventricular hypertrophy: 17,5%. Sex: men 21,25%; women: 78,75%. Global average age: 57,1 years; men's age: 53,4 anos; women's age: 58,2 years; Average groups age: 51,3 years (group A), 53,1 years (group B) and 54,4 years (group C).

KEY WORDS: systemic hypertension, complications, prevalence.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia com elevado custo médico-social, pois pode conduzir a complicações como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades^{1,2}. Dos cinquenta milhões de americanos portadores de HAS, 70% estão cientes de seu diagnóstico, contudo apenas 50% estão sendo tratados, e, desses, apenas 25% estão com cifras abaixo de 140/90 mm Hg³. A doença cardíaca e o acidente vascular cerebral (AVC) ainda são, respectivamente, a primeira e a terceira causas principais de óbito nos Estados Unidos, impondo uma enorme carga financeira e social⁴. A relação entre a HAS e o infarto agudo do miocárdio e as conseqüências da hipertrofia de ventrículo esquerdo já foram analisadas^{5,6,7}. Um aumento de 5mm na

* Médico de Família e Comunidade - ex-residente do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição;

** Médica de Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Endereço para correspondência:

Rafael Gallina Krob

Rua Venâncio Aires, 1831/38

Santa Maria – RS – CEP 97010-003

pressão arterial diastólica aumenta o risco de AVC em até 30%⁸. O remodelamento vascular dos vasos pequenos e também dos maiores provocado pela HAS é o passo inicial para o desenvolvimento da aterosclerose que leva a eventos cerebrovasculares⁹. A presença de proteinúria em pacientes com HAS já foi quantitativamente medida e pode ser mais comum do que se podia supor anteriormente^{10,11}. A HAS passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não suportar as alterações que sofreram para se adaptar ao novo regime pressórico. Não são alterações precoces, surgindo em geral após mais de 10 anos da presença da doença¹².

Com este estudo, medimos a prevalência de complicações importantes da HAS (acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio, angina, proteinúria e hipertrofia ventricular esquerda) nos pacientes cadastrados no "Programa de Hipertensos" da Unidade de Saúde Parque dos Maias, no ano de 2002.

Justificamos a relevância deste estudo pelos desafios que a HAS impõe à saúde pública, que visa a atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento desta doença tão danosa.

As complicações da HAS são responsáveis por uma alta frequência de internações e entre os desafios principais propostos encontramos: incentivo a políticas e programas comunitários, garantir o acesso dos hipertensos a serviços básicos de saúde, aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da HAS e reduzir a prevalência da doença hipertensiva. Além destes, também faz-se necessários a redução de complicações, internações e mortes relacionadas a hipertensão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Local do estudo

A Unidade Parque dos Maias situa-se na Rua Francisco Galecki, 165, na Praça Jorge Santos Rosa, na Vila Parque dos Maias, no bairro Rubem Berta, na área urbana de Porto Alegre. Conforme dados referentes ao ano de 2002, a Unidade conta com 1877 famílias cadastradas e 7471 usuários. Residem nesta vila 5578 habitantes, em 1807 domicílios. A população encontra-se distribuída em toda a extensão de nossa área de atuação, em blocos de apartamentos de 3 andares (alguns ainda sem acabamento e em situação de habitação irregular) ou nas casas construídas nos terrenos. Não há uma

área especificada de risco, e sim, diversas famílias em situação de pobreza, dispersas em vários locais de nossa área de atuação. A maioria das ruas são calçadas. Entre as residências, 79% são de tijolos, 10% são prédios inacabados, 6% são de madeira, 3% são mistas e 2% são malocas. Existe água encanada em 98% dos domicílios. Quanto a atividade econômica da população, 28% são prestadores de serviço, 17% são da indústria de transformação, 14% trabalham em comércios de mercadorias, 11% trabalham em transportes e comunicações e 7% trabalham na área social. A população apresenta o seguinte grau de escolaridade: 6,2% são analfabetos, 69, 2% tem primeiro grau incompleto, 23, 3% tem segundo grau incompleto e 1,4% tem curso superior.

O Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição conta com o "Programa de Hipertensos" desde 2002, cujos objetivos são a normatização das condutas e a instrumentalização da equipe multiprofissional para ações educativas de prevenção e promoção à saúde, diagnóstico e tratamento no âmbito da atenção primária.

Tipo de delineamento

Foi feito um estudo transversal, com revisão pelo pesquisador de todos os prontuários dos pacientes cadastrados no programa de hipertensos da Unidade Parque dos Maias, verificando-se o registro das seguintes complicações: acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, infarto agudo do miocárdio, angina, proteinúria e hipertrofia ventricular esquerda, assim como sexo e idade dos pacientes.

Variáveis

O acidente vascular cerebral consiste na interrupção do fluxo sanguíneo cerebral devido aos fenômenos de trombose ou embolia em uma artéria que irriga determinada área do cérebro, ou ainda por sangramento. Clinicamente, manifesta-se por sinais neurológicos focais de início repentino (tais como hemiplegia, paresia, disfasia ou afasia, fraqueza em membros, podendo haver ainda, estupor e coma).

O ataque isquêmico transitório é caracterizado por sinais neurológicos focais que duram menos que 24 horas. Geralmente são de etiologia embólica.

O infarto agudo do miocárdio resulta de isquemia miocárdica prolongada, precipitada na maioria dos casos por um trombo oclusivo em uma artéria coronária. Manifesta-se usualmente por dor

torácica com duração superior a 30 minutos, náuseas, vômitos e sudorese.

Angina consiste em dor ou desconforto no tórax desencadeada por exercícios ou estresse, aliviada rapidamente pelo repouso ou medicações chamadas nitratos. Na maioria dos casos é causada por doença aterosclerótica coronariana. Proteinúria é um marcador clínico que traduz a existência de anormalidades renais. Consiste no achado de 150mg ou mais de proteínas em uma coleta de urina durante o período de 24 horas. Entre as causas de alterações renais que levam a proteinúria encontramos a nefropatia causada pela HAS.

A hipertrofia de ventrículo esquerdo consiste no aumento do ventrículo esquerdo que pode ocorrer pela HAS. Uma vez estabelecida, a hipertrofia de ventrículo esquerdo é um indicador de maior mortalidade e morbidade. Ela pode causar ou facilitar eventos como insuficiência cardíaca congestiva, arritmias ventriculares, isquemia miocárdica ou morte súbita.

Coleta de dados

A revisão de prontuários a que se propôs esta pesquisa foi realizada da seguinte forma: inicialmente, foi feito um levantamento do número de pacientes cadastrados no programa de hipertensos da Unidade no ano de 2002, através de uma listagem já existente e que continha os nomes e números dos prontuários dos pacientes (não foram utilizados dados referentes ao ano de 2003 pois estes dados ainda não foram atualizados e as fichas do programa de hipertensos sofreram alterações durante este ano). Através desta lista, foram identificados os números dos prontuários dos mesmos. De posse dos números dos respectivos prontuários, estes foram revisados pelo pesquisador, um a um, em busca das informações que desejávamos coletar. Estas informações foram retiradas da ficha de acompanhamento dos pacientes inscritos no programa de hipertensos, existente dentro de cada prontuário, através do instrumento de coleta de dados em anexo.

Análise dos dados

Após coletados, os dados foram introduzidos no programa EPI INFO 6.0 e analisados a partir deste programa.

Aspectos éticos

Como trabalhamos com dados já coletados (dados secundários), utilizamos o formulário de consentimento para dados secundários. Os nomes

dos pacientes não foram divulgados, nem fizeram parte dos questionários. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. (Projeto número 058/03)

RESULTADOS

Foram analisados 160 prontuários. A distribuição dos pacientes segundo a prevalência de complicações da HAS encontra-se na tabela I. Observa-se que apenas 3,75% dos pacientes apresentaram AVC. Nota-se ainda que 78,75% dos pacientes são do sexo feminino (tabela II). A idade média global é de 57,1 anos (DP=6,8) e os pacientes do grupo C apresentaram uma média de idade maior em relação aos outros grupos (tabela III).

Tabela I – Distribuição dos pacientes segundo a prevalência de complicações da HAS.

	Não	Sim	Total
AVC	154 (96,25%)	6 (3,75%)	160 (100%)
AIT	159 (99,38%)	1 (0,62%)	160 (100%)
IAM	151 (94,38%)	9 (5,62%)	160 (100%)
Angina	140 (87,5%)	20 (12,5%)	160 (100%)
Proteinúria	157 (98,12%)	3 (1,88%)	160 (100%)
HVE	132 (82,5%)	28 (17,5%)	160 (100%)

Tabela II – Distribuição dos pacientes por sexo.

	Masculino	Feminino
Sexo	34 (21,25%)	126 (78,75%)

Tabela III – Distribuição dos pacientes segundo faixa etária.

Idade média global:	57,1 anos (DP=6,8)
Idade dos homens:	53,4 anos (DP=5,3)
Idade das mulheres:	58,2 anos (DP=6,9)
Média de idade no grupo A:	51,3 anos
Média de idade no grupo B:	53,1 anos
Média de idade no grupo C:	54,4 anos

CONCLUSÃO

A prevalência das complicações está de acordo com o esperado, exceto pelo fato de termos encontrado uma baixa prevalência de eventos isquêmicos cerebrais. Os pacientes do grupo C apresentaram uma média de idade maior em relação aos grupos A e B, o que corrobora o fato destes estarem expostos a um maior número de complicações ao longo da vida. Notamos também, que seria desejável que a média de idade fosse mais

jovem, pois há pacientes expostos a esta doença na faixa dos quarenta anos.

Observamos ainda, a visível necessidade de melhorar a captação de pacientes, especialmente entre os do sexo masculino. Enfatizamos a importância da verificação da pressão arterial em todos os homens que procurarem a unidade básica de saúde.

Estamos cientes de que comprometem a qualidade do estudo o tamanho da amostra e o fato de usarmos dados secundários. Lembramos ainda que os pacientes que procuram a unidade e estão inscritos no programa são os mais motivados com o cuidado com sua saúde e também são os que possuem condições de deambular.

BIBLIOGRAFIA

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão(SP), 2002.
2. MOSER M; Hebert P.R. Prevention of disease progression, left ventricular hypertrophy and congestive heart failure in hypertension treatment trials, J. Am. Coll. Cardiol 1996 Apr; 27(5):1214-8.
3. MASSIE, B. M. MD Systemic Hypertension. In: Tierney JR., L.M.; MacPhee, S.J.& Papadakis, M.A. Current Medical Diagnosis & Treatment 2003, São Francisco(CA), Lange Medical Books/Mc Graw-Hill, 2003. pp 409-434.
4. Joint National Committee sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial: Sexto Relatório Internacional do Joint National Committee sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial, National Institutes of Health, 1997.
5. FALCÃO, L.M.; Arterial hypertension and ischemic cardiopathy, Ver. Port. Cardiol.1992 Mar; 11(3):247-53.
6. NOGUEIRA, J.B.; Hypertensive cardiopathy. From arterial hypertension to congestive heart failure, Rev. Port. Cardiol 1999 Jun; 18(6):635-46.
7. FEDELE F. Hypertensive cardiopathy: a problem that I still important, Cardiologia 1999 Dec; 44 Suppl 1(Pt 2):823-7.
8. CHAZOVA, I.E. Treatment of arterial hypertension as prevention of ischemic stroke, Zh Nevrol Psikhiatr Im S. S. Korsakova 2001; Suppl 3:3-7.
9. DROSTE D.W.; Ritter M.A.; Dittrich R.; Heidenreich S.; Wichter T.; Freund M.; Ringelstein E.B. Arterial hypertension and ischaemic stroke, Acta Neurol Scand 2003 Apr; 107(4):241-51.
10. OBIALO C.I.; Hewan-Lowe K.; Fulong B. Nephrotic proteinuria as a result of essential hypertension, Kidney Blood Press Res 2002; 25(4):250-4.
11. SONI P.S.; Doifode D.V.; Kate S.K. Proteinuria in essential hypertension, J. Assoc. Physicians India 1994 May; 42(5): 379-80.
12. BARRETTO, A.C.P.; Santello, J.L. Manual de Hipertensão: Entre a Evidência e a Prática Clínica, São Paulo(SP), Lemos Editorial, 2002.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao médico de família Henrique Bente pela consultoria estatística e epidemiológica que tornou viável este estudo.

METAPLASIA INTESTINAL ESOFÁGICA E SUA RELAÇÃO COM DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

* Judite Dietz

** Deize Regina Maffazzoni

** Sílvia Chaves e Silva

*** Luíse Meurer

**** Andréa Ribeiro Souza

**** Gilmara Meine

***** Setsuo Sekine

***** Sidnei Pardo

RESUMO

Esôfago de Barrett é a condição metaplástica que ocorre em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico e sua importância reside no potencial de desenvolver adenocarcinoma de esôfago. No esôfago de Barrett, o processo metaplástico ocasiona substituição do epitélio escamoso para epitélio colunar com células caliciformes, caracterizando metaplasia intestinal. Barrett, para alguns pesquisadores, é diagnosticado quando metaplasia intestinal está presente em qualquer extensão ou localização do esôfago, podendo apresentar-se na forma de segmento longo (>3cm), segmento curto (<3 cm) ou junção esôfago-gástrica. Para outros, no entanto, esôfago de Barrett é definido quando a condição de metaplasia intestinal apresenta extensão > 3 cm. O diagnóstico de metaplasia intestinal de segmento curto (<3cm) tem apresentado controvérsias em relação a associação com sintomas de doença do refluxo gastroesofágico, evolução para adenocarcinoma e necessidade de acompanhamento periódico de endoscopias com biópsias. O objetivo deste estudo é observar a prevalência de metaplasia intestinal nos segmentos curtos de epitélio colunar no esôfago distal e sua relação com sintomas da doença do refluxo gastroesofágico. Foram estudados 186 pacientes com epitélio colunar acima do pinçamento diafragmático, extensão < 3cm, sendo identificado 70 (37,6 %) pacientes com metaplasia intestinal. Paralelamente, foram estudados 80 pacientes com transição epitelial junto ao pinçamento diafragmático. As variáveis sexo e sintomas de doença de refluxo gastroesofágico não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos estudados (P=0,56 e 0,19, respectivamente).

UNITERMOS: esôfago, metaplasia intestinal, Barrett, doença do refluxo gastroesofágico.

ABSTRACT

INTESTINAL METAPLASIA IN THE ESOPHAGUS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE SYMPTOMS

Barrett's esophagus is the metaplastic condition that occurs in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and its importance lies in its potential to develop adenocarcinoma of the esophagus. This condition, Barrett's esophagus, occurs when the normal, stratified squamous epithelium lining the distal esophagus is replaced by metaplastic columnar epithelium containing goblets cells. Barrett's esophagus, for ones, is diagnosed when intestinal metaplasia are present in any length or localization of the esophagus (the long-segment (>3cm), short-segment (<3cm) or in gastroesophageal junction). The diagnosis of intestinal metaplasia in the distal esophagus of less than 3 cm is controversial, regarding implications with GERD, adenocarcinoma and the surveillance with endoscopies and biopsies. The aims of this study was to determine the prevalence of esophagus intestinal metaplasia in short-segments and the frequency of GERD symptoms. In total, 186 patients were examined with endoscopic finding of esophageal columnar-appearing mucosa less than 3 cm. From those, 70 (37.6%) patients were diagnosed presence of intestinal metaplasia. In parallel, 80 patients, with squamous-columnar line at the same level of the gastroesophageal junction, were analysed about gender and GERD symptoms. No statistical differences in the two groups in relation to gender and GERD symptoms were observed (P=0.56 e 0.19, respectively). In conclusion, 37.6% of the patients with columnar-appearing esophagus mucosa in the endoscopy (short segment or < 3cm) presents intestinal metaplasia in the histopathological examination, without relation with GERD symptoms or gender.

Key words: esophagus, intestinal metaplasia; gastroesophageal reflux disease.

Serviços de Endoscopia e Anatomia Patológica do Hospital N. Sra. Conceição
Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço para Correspondência:

Judite Dietz
R. Augusto Loureiro Lima, 129 ap.701
90470.120. Porto Alegre. RS
judi@terra.com.br

* Mestre em Gastroenterologia. Endoscopista HNSC

** Patologistas, HNSC

*** Doutor em Patologia, HCPA

**** Médicas-residentes em Gastroenterologia, HNSC

***** Gastroenterologistas e Endoscopistas HNSC

INTRODUÇÃO

A incidência de adenocarcinoma de esôfago tem aumentado nos EUA, chegando a praticamente quadruplicar nas últimas décadas¹. Esta neoplasia é mais frequente em homens, representa aproximadamente 50% das neoplasias malignas de esôfago nos EUA²⁻⁶. Norman Barrett (1950) definiu esta entidade ao encontrar epitélio colunar no esôfago⁷. Mais tarde, foi constatado tratar-se de processo metaplástico e só mais recentemente essa entidade passou a ser assim definida na presença de epitélio colunar no esôfago com presença de células caliciformes sendo, também, denominado de metaplasia intestinal tipo incompleta no esôfago (ausência de células absorptivas) ou epitélio colunar especializado^{8,9,10,11}. A condição esôfago de Barrett desenvolve-se a partir do refluxo gastroesofágico (ácido, pepsina, bile, enzimas pancreáticas), que ocasiona dano à mucosa escamosa, desencadeando o processo metaplástico¹⁰. O processo metaplástico em questão pode apresentar-se no esôfago na forma de segmentos longos (³ 3cm) ou segmentos curtos (< 3cm)^{10,11}. Metaplasia intestinal (MI) também pode ser encontrada na junção esôfago-gástrica (JEG) e na cárdia^{12,13,14,15}. Em condições normais, junção esôfago-gástrica, transição epitelial e cárdia estão localizadas muito próximas, e sem parâmetros anatômicos precisos, tornando, no processo dinâmico da endoscopia, ainda mais difícil precisar onde esôfago termina e inicia-se o estômago^{10,11,12,16,17,18}. Metaplasia intestinal de junção esôfago-gástrica, assim como metaplasia intestinal da cárdia, são achados freqüentes, apresentam incidência menor de evolução para adenocarcinoma e não tem relação evidente com doença de refluxo gastroesofágico (DRGE), relacionando-se, porém, com *Helicobacter pylori* (Hp) e metaplasia intestinal gástrica^{12,14,15}. Os objetivos deste estudo foi observar 1. em pacientes com segmentos curtos de epitélio colunar no esôfago distal, visualizados na endoscopia, avaliar a prevalência de metaplasia intestinal através da histopatologia; 2. entre o grupo com metaplasia intestinal de esôfago e o grupo normal (transição epitelial junto ao pinçamento diafragmático), analisar freqüência de sintomas da DRGE e diferenças entre sexo masculino e feminino.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram convidados a participar do estudo pacientes previamente agendados para endoscopia

digestiva alta, com idade ³ 40 anos. O projeto do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Consentimento livre e informado e questionário com informações do paciente foram obtidos de cada participante. Diagnóstico de sintomas compatíveis com DRGE foi determinado nos pacientes com sintomas de pirose e/ou regurgitação pelo menos 1x na semana, nos últimos 6 meses. Critérios de exclusão: sangramento digestivo, SIDA, diagnóstico prévio de esôfago de Barrett, coagulopatias, varizes de esôfago, esofagites, neoplasias digestivas, cirurgias gastroesofágicas prévias ou comorbidades importantes. Endoscopia foi realizada com videoendoscópio Olympus GIF100. Considerado normal quando a transição escamocolunar apresentava-se coincidente com a junção esôfago-gástrica ou até 1cm acima, não apresentando formações digitiformes ou ilhotas. Pacientes com características endoscópicas de epitélio colunar no esôfago distal, com extensão < 3cm e > 1 cm, foram incluídos no grupo 1 para pesquisa de metaplasia intestinal. Quatro fragmentos foram obtidos logo abaixo da linha Z para exame histopatológico, sendo corados com hematoxilina-eosina e Alcian-blue pH 2,5. Metaplasia intestinal foi diagnosticado quando visualizado células caliciformes no epitélio colunar. O material histopatológico foi examinado por duas patologistas independentes.

A análise estatística foi realizada através do teste do qui-quadrado com grau de significância de 5%.

RESULTADOS

Características endoscópicas de segmento curto de epitélio colunar de esôfago distal (<3cm e > 1cm) foram encontradas em 186 pacientes. Do total de 186 pacientes, 70 pacientes (37,6 %) foi diagnosticado presença de metaplasia intestinal no esôfago distal. Um segundo grupo de 80 pacientes, com transição epitelial junto ao pinçamento diafragmático (até 1cm acima), considerados normais, foram analisados com relação a sexo e sintomas de DRGE.

Nos dois grupos estudados, pacientes com metaplasia intestinal esofágica e pacientes normais, as variáveis sexo e sintomas de Doença de Refluxo Gastroesofágico não mostraram diferenças significativas (P=0,56 IC95% 1,28 (0,64-2,57); P=0,19 IC95% 1,62 (0,81-3,25), respectivamente). Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados obtidos nas variáveis sexo masculino e sintomas de DRGE, nos dois grupos estudados: segmento curto de metaplasia intestinal no esôfago (MI) e transição epitelial junto ao pinçamento diafragmático (normal).

	Grupo 1		Grupo 2		Significância
	Metaplasia intestinal esofágica	n=70	Normais	n=80	Estatística
Homens	34 /70	49,9 %	34/80	42,5 %	P = 0,56 IC95%=1,28 (0,64-2,57)
DRGE	39/70	55,7 %	35/80	47,3 %	P = 0,19 IC95%=1,62 (0,81-3,25)

DISCUSSÃO

A incidência de adenocarcinoma do esôfago tem aumentado nos EUA e esôfago de Barrett é o fator de risco preponderante, uma vez que 64-86% dessa neoplasia apresenta a concomitância destas duas entidades¹⁻⁶. Adenocarcinoma esofágico desenvolve-se em aprox. 0,5 % / ano nos pacientes com esôfago de Barrett¹⁴. Barros (1999), estudando a frequência no diagnóstico anátomo-patológico de neoplasias esofágicas, encontrou incidência de 16% de adenocarcinoma¹⁸. Esôfago de Barrett clássico (segmento longo) tem características bem definidas com relação a presença de metaplasia intestinal (80%), sintomas de DRGE e fator de risco ao adenocarcinoma de esôfago^{20,21}. Alguns pesquisadores discutem a validade de se incluir segmento curto no diagnóstico de esôfago de Barrett, com todas as suas implicações como fator de risco ao adenocarcinoma, tendo como indicação de acompanhamento periódico com endoscopias^{18,20,21}. Isso porque, dificuldades na interpretação dos achados são frequentes, devido a proximidade anatômica, ocasionando confusões na definição entre transição epitelial normal, segmento curto, junção esôfago-gástrica e cárdia^{10,11,16}. Arbitrariedades nas definições de segmento longo (³ 3cm) e segmento curto (< 3cm), presença de metaplasia intestinal em junção esôfago-gástrica normal são também fatores que podem levar a erros na interpretação dos resultados^{10,11,16}. A falta de reprodutibilidade das características da transição

epitelial (linha Z) entre diferentes observadores e a constatação de que o esôfago distal normal pode apresentar-se com até 2 cm de epitélio colunar também tem sido discutido como dificuldades no diagnóstico de segmento curto^{22,23}.

A metaplasia intestinal da junção esôfago-gástrica (MI-JEG), pode ser consequência de gastrite difusa por *Helicobacter pylori*, como pode ser consequência da DRGE²³. Já a metaplasia intestinal da cárdia, não está associada a DRGE e, sim, a prévio infiltrado inflamatório da cárdia, metaplasia intestinal de corpo/antro do estômago e infecção por *Helicobacter pylori*^{13,14,15}. Como os sintomas de DRGE, assim como a infecção por *Helicobacter pylori*, apresentam prevalência alta, podendo, ambas condições apresentarem-se no mesmo paciente, torna difícil estabelecer-se a etiologia da MI-JEG, se esta entidade tem o mesmo significado de esôfago de Barrett segmento curto ou de MI da cárdia²⁵.

A importância no diagnóstico de metaplasia intestinal de esôfago diz respeito a seu potencial evolutivo para adenocarcinoma de esôfago, apesar desta probabilidade ser baixa, estando indicado acompanhamento com endoscopias e biópsias de controle²⁵.

No presente estudo, metaplasia intestinal esofágica de segmento curto (<3cm) não mostrou ser mais freqüente em homens ou apresentar-se associado a sintomas de DRGE, como encontrado em esôfago de Barrett segmento longo. Os resultados deste estudo em relação a metaplasia intestinal de

esôfago em segmento curto apresentam um comportamento semelhante a metaplasia intestinal da cárdia, quando analisado em relação a sexo e sintomas de DRGE, corroborando os aspectos controvertidos na conduta frente a presença desta patologia e colocando dúvidas na validade da pesquisa sistemática de metaplasia intestinal nos casos de visualização endoscópica de epitélio colunar em esôfago distal (<3cm) e, mais ainda, na inclusão em um processo de acompanhamento endoscópico e histopatológico, uma vez diagnosticado metaplasia intestinal e rotulado de esôfago de Barrett.

BIBLIOGRAFIA

1. SHAHEEN N J, Crosby M A, Bozyski E M, Sandler R S. Is there publication bias in the reporting of cancer risk in Barrett's esophagus ? *Gastroenterology* 2000; 119: 333-338
2. YANG P C, Davis S. Incidence of cancer of the esophagus in the US by histologic type. *Cancer* 1988; 61: 612-617
3. BLOT W J, Devesa S S, Kneller R W, Fraumeni J F. Rising incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. *JAMA* 1991; 265 (10): 1287-1289
4. DEVESSA S, Blot W F, Fraumeni J F. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. *Cancer* 1998; 83 (10): 2049-2053
5. HAGGITT R C, Tryzelaar J, Ellis F H, Colcher H. Adenocarcinoma complicating columnar epithelium-lined (barrett's) esophagus. *Am J Clin Pathol* 1978; 70:1-5
6. HAGGITT R C. Barrett's esophagus, dysplasia and adenocarcinoma. *Hum Pathol* 1994; 25: 982-983
7. BARRETT NR. Chronic peptic ulcer of the esophagus and esophagitis". *Br J Surg* 1950; 38:175-182
8. BREMNER CG; Lynch VP; Ellis FH Jr; Barrett's esophagus: congenital or acquired ? An experimental study of esophageal mucosal regeneration in the dog. *Surgery* 1970; 68:209-16
9. WEINSTEIN W M, Ippoliti A F. The diagnosis of Barrett's esophagus: goblets, goblets, oblets. *Gastrointest Endosc* 1996; 44 (1): 91-95
10. SPECHLER S J. Short and ultrashort Barrett's esophagus: what does it mean? *Semin Gastrointest Dis* 1997; 8 (2): 59-67
11. SHARMA P, Morales T G, Sampliner R E. Short segment Barrett's esophagus: the need for standardization of the definition and of endoscopic criteria. *Am J Gastroenterol* 1998; 93 (7): 1033-1036
12. MORALES CP; Spechler SJ; Intestinal Metaplasia at the Gastroesophageal Junction:
13. GOLDBLUM J R, Vicari J J, Falk G W, Rice T W, Peek R M, Easley K, Richter J E. Inflammation and intestinal metaplasia of the gastric cardia: the role of gastroesophageal reflux and H. pylori infection. *Gastroenterology* 1998; 114: 633-639
14. EL-SERAG HB; Sonnenberg A; Jamal MM; Kunkel D; Crooks L; Feddersen RM. Characteristics of Intestinal Metaplasia in the Gastric Cardia. *Am J Gastroenterol* 1999; 94 (3):622-627
15. GOLDBLUM JR; Richter JE; Vaezi M; Falk GW; Rice TW; Peek RM. Helicobacter pylori Infection , Not Gastroesophageal Reflux, is the major cause of inflammation and Intestinal metaplasia of Gastric Cardiac Mucosa. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (2):302-11
16. SHARMA P. Short segment Barrett esophagus and specialized columnar mucosa at the gastroesophageal junction. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 331-334
17. SPECHLER, SJ. Barrett's Esophagus. *NEJM*,2002;346: 836-842
18. NANDURKAR S, Talley N J, Martin C J, Ng T H, Adams S. Short segment Barrett's esophagus: prevalence, diagnosis and associations. *Gut* 1997; 40 (6): 710-715
19. BARROS SGS; Vidal RM; Luz LP; Ghisolfi ES; Barlem GG; Komlós F; Wolff FH; Breyer HP; Pütten ACK; Dietz J; Kruel CDP; Guüber AC; Prolla JC. Prevalência de adenocarcinoma do esôfago e da junção esofagogástrica durante 10 anos num centro de referência para câncer no sul do Brasil. *Arq Gastroenterol* 1999; 36 (1):32-36
20. ELOUBEIDI MA; Provenzale D; Does this patient have Barrett's esophagus ? The utility of predicting Barrett's esophagus at the index endoscopy. *Am J Gastroenterol* 1999; 94 (4):937-43
21. NANDURKAR,S; Talley,NJ. Barrett's Esophagus: The Long and the Short of It. *The American Journal of Gastroenterology*, 1999;94:30-40
22. WALLNER B; Sylvan A; Janunger HG. Endoscopic assessment of the "Z-line"(squamocolumnar junction) appearance: reproducibility of the ZAP classification among endoscopist. *Gastrointest Endosc* 2002; 55(1): 65-69
23. HAYWARD J. The lower end of the esophagus. *Thorax* 1961; 16:36-41
24. SPECHLER SJ; Intestinal Metaplasia at the Gastroesophageal Junction. *Gastroenterology* 2004; 126:567-575
25. SPECHLER SJ. Endoscopic surveillance for patients with Barrett's esophagus: does the cancer risk justify the practice (editorial) ? *Ann Intern Med* 1987; 106:902-904

APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO MÉTODO DE LAMAZE NO CONTROLE DA ANSIEDADE, DA DOR E REDUÇÃO DA ANALGESIA QUÍMICA, DURANTE O TRABALHO DE PARTO.

* Ivone Cléo Aranovich Laurent

** Maria Lourdes Tagliapietra

RESUMO

Vários fatores causam medo do parto nas parturientes: sugestão, desconhecimento e o desamparo psicológico.

Em relação aos fatos acima de um total de 144 parturientes interrogadas antes do ensino do Método constatamos que:

- 96% tem a informação de que o parto é doloroso.

Na aplicação e avaliação do Método obtivemos este resultado:

De uma amostra n = 448, 224 gestantes sofreram a intervenção pelo ensino: grupo intervenção.

224 gestantes do grupo controle não sofreram a intervenção: grupo controle.

O resultado foi:

a) do grupo intervenção, 69% não sentiram dor; e

b) do grupo controle 6% não sentiram dor.

Verificamos o seguinte: há mulheres que, mesmo não expostas ao Método, não sentem dor - 6% grupo controle, e que dentre as parturientes intervindas, 69% não sentiram dor.

Podemos afirmar que o ensino do Método de Lamaze reduz a dor.

UNITERMOS: Método Lamaze, dor de parto, taxa de diminuição de dor.

ABSTRACT

USE AND ASSESSMENT OF LAMAZE METHOD IN ANXIETY, LABOUR PAIN AND CHEMICAL ANALGESIA REDUCTION DURING LABOUR

Several are the factors which cause labour fear in parturients: suggestion, ignorance and lack of psychological support.

We have collected data concerning the reasons mentioned from a sample of 144 parturients who were asked - before the teaching of Lamaze Method, if they had any Information about labour: 96% have got Information labour is painful.

By using and assessing the Lamaze Method in the parturients we found that from a sample n = 448 - 224 pregnant women trained with Lamaze and 224 pregnant women in the controlled group (those who had not any training):

69% of the women who were taught the Method did

not feel any labour pain;

6% of the controlled group (not trained) did not feel any labour pain.

There are women who - even without any training did not feel any pain (6%), among the trained parturients 69% did not feel any pain.

We therefore can state the teaching of the Lamaze Method helps parturients reduce labour pain

Key words Lamaze, F.; labour, pain, labour pain reduction rates.

INTRODUÇÃO

"O Método de Lamaze é o conjunto de ações físicas e psíquicas que levam a parturiente a uma educação, ao conhecimento das funções fisiológicas do parto, resultando na modificação da antiga crença de que o parto deve se realizar em dores.

O parto nem sempre foi doloroso para a mulher, mas tornou-se no curso dos tempos por causa dos "reflexos condicionados". Estes puderam ter sua origem em um primeiro parto doloroso; talvez a hereditariedade desempenhe aí também um papel, mas não existem nela senão fatores secundários. O motivo principal é a linguagem e a opinião do meio em que ela manifesta: o nascimento diz-se é "a hora difícil da mãe", é uma tortura imposta pela natureza, que entrega a mãe, sem defesa, a sofrimentos insuportáveis. Esta associação, criada pelo meio, provoca o medo do nascimento e o medo das dores terríveis que o acompanham. Assim, quando as contrações musculares do útero se fazem sentir no início do

Trabalho realizado no GHC - Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre - RS - Brasil

Endereço para correspondência:

Ivone Cléo Aranovich Laurent
R. Gomes Jardim, nº 176 ap. 11
Santana - Porto Alegre - RS
CEP: 90620-130
Fone (0xx51) 3217-9100

* Pesquisadora responsável. Bióloga, registro no MEC nº 190.307

** Orientadora. Enfermeira, Coordenadora dos programas "Sala de Espera do Pré-natal" e "Pai participando do nascimento"

parto, surge a reação de defesa da dor; esta dor provoca uma câimbra muscular e esta, por sua vez, um aumento das dores.

As dores são portanto reais, mas decorrem de uma causa falsamente interpretada. No nascimento, o que é um fato, é que existem as contrações normais do útero e as sensações orgânicas que o acompanham; mas essas sensações não são interpretadas pelos órgãos centrais pelo que são: simples funções naturais; em virtude dos reflexos condicionados, e em particular, do "medo" extremo, elas derivam para o domínio das sensações dolorosas".

Dr. G.D. Read, autor inglês sublinhou a ação nefasta que tem a apreensão e o medo, resultantes da ignorância dos conhecimentos sobre a marcha normal do parto².

Tudo isso provoca um estado de tensão no sistema neuromuscular e no colo do útero que provoca, a sua vez, a aparição da dor³ Figura 1

1 Shor, Hirsh pg32

2 GAVENSKI, Ricardo pg 92

3 Idem pg 93

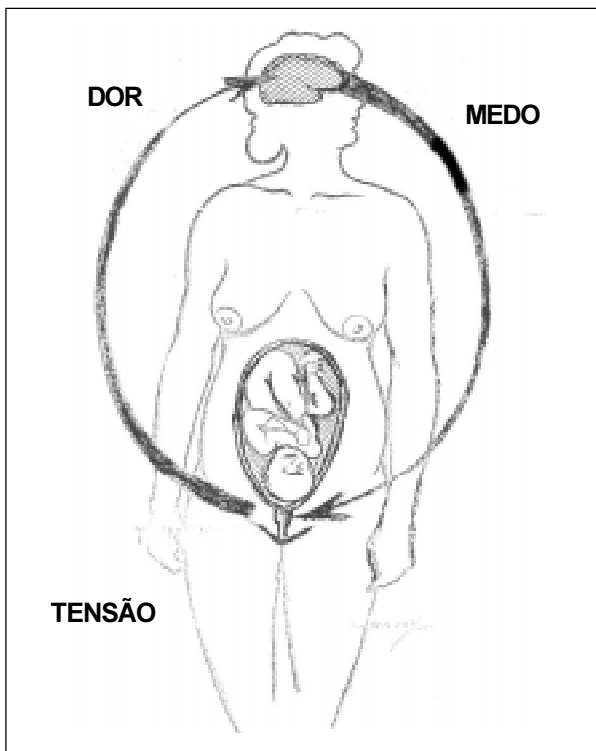


Figura 1: Teoria de G. D Read - O MEDO, engendrado por relatos falsos, legendários e distorcidos acerca do parto, desencadeia um estado de TENSÃO no colo do útero, que dificulta essa dilatação e provoca DOR, que a sua vez exagera o temor e instala um círculo vicioso TEMOR – TENSÃO - DOR.

Pelo Método de Lamaze, a mulher grávida aprenderá a maneira correta de dar a luz, livrando-se das más influências e más lembranças acumuladas sobre parto que aprendeu por palavras de outras mulheres ou através dos meios de comunicação.

Ela aprende as causas do medo eliminando-o e treina várias manobras que a ajudarão na hora do parto. O treino, de preferência, deverá durar 5 minutos por dia, no mínimo, a partir da 30a semana de gravidez, mais ou menos.

MANOBRAS PERTINENTES AO MÉTODO

1 Manobra do sopro da vela. A manobra é feita durante o parto quando a parturiente sente que vai iniciar a contração. Essa respiração acalma e proporciona dez vezes mais oxigênio do que a respiração normal.

A grávida deve treinar enchendo por completo seus pulmões, depois os esvazia. Esse procedimento é feito bem devagar, como se estivesse soprando contra a chama de uma vela colocada a uma distância de meio metro. A vela inclinaria a sua chama sem se apagar. Em seguida a parturiente enche novamente o pulmão de ar e expira.

Depois desta segunda expiração, a grávida deve expelir o ar até o final, fazendo uma parada forte. Quando o pulmão ficar com o mínimo de ar, começará a manobra do trem.

2 Manobra do Trem. "A parturiente continuará, a princípio devagar, e depois mais rapidamente, a respirar pela boca no ritmo de um trem em movimento. Colocando a mão abaixo da garganta, deverá ter a impressão de que a respiração não passa daí e, portanto, não estará permitindo que o diafragma se encontre com o útero". As respirações são demonstradas uma ou duas vezes e imitadas pelas parturientes, para que possam aprender e treinar em casa todos os dias, por 5 minutos, até o dia do parto.

3 Manobra do Remador. O treino será só o da respiração específica da expulsão, (uma vez por dia, sem fazer força) e será praticado com a força somente na hora da expulsão da criança e será realizada quando vier a contração na hora da expulsão.

Treinamento: a parturiente deverá encher bem os pulmões, fechar a boca e encostar o queixo no peito para que o ar não saia e segurar a respiração o máximo tempo que puder. Os pulmões, cheios de ar, e músculos adjacentes ajudam na expulsão da criança. A parturiente, na hora da expulsão, deverá

fazer a respiração ao mesmo tempo que arredonda os ombros, segura com as mãos os dois ferros ao lado do porta coxas, arredonda os braços, levanta o peito, puxa os ferros, como um remador, e faz força de expulsão

4 O Relaxamento do Períneo: A parturiente relaxando o períneo, treina como se fosse urinar, depois contrai o perínio como para impedir o fluxo da urina.

Repete várias vezes por cinco minutos ao dia, reconhecendo quando o períneo está relaxado, É bem mais fácil a saída da criança quando o períneo está relaxado, do que fazendo força para evacuar como geralmente lhe é solicitado, o que provoca contração da vagina, dificultando a saída da criança.

Com todos esses ensinamentos, o cérebro da parturiente passa de um cérebro passivo para um cérebro ativo, cheio de conhecimentos que ajudarão na hora do parto.

OBJETIVO

Provar que o ensino do Método de Lamaze, aplicado particularmente, ou coletivamente, em hospital da rede pública brasileira, tem como respostas a diminuição do limiar da dor, aumento de oxigenação e diminuição do stress durante o trabalho de parto e parto.

MATERIAL E MÉTODO

Nesta pesquisa foi usado o método estatístico e comparativo através de um estudo do tipo "antes e depois". Foram aplicados formulários com roteiros de perguntas enunciadas e preenchidos pelas parturientes do grupo de intervenção antes e após o parto, e formulários com perguntas enunciadas para serem preenchidas pelas gestantes do grupo controle, após parto.

Foram realizadas entrevistas face a face, com gravações em fita cassete, de depoimentos das mães que se dispuseram a dar suas impressões sobre os seus partos. Também aplicamos um formulário o formulário com perguntas a respeito do stress, direcionado ao pessoal técnico do HNSC.

População-alvo:

Grupo de Intervenção - gestantes que receberam a educação pelo Método.

Grupo Controle - mães que não aprenderam o Método.

Ensino do Método:

Para aplicação no hospital foi feita uma adaptação do Método. Tempo de duração da classe - 30 minutos.

O ensino original ocupa 6 a 8 horas/aula.

Locais da classe - sala de espera do Pré-Natal, alojamentos das gestantes de alto-risco obstétrico e/ou Centro Obstétrico.

RESULTADOS

Resultados da experiência: variável quantidade de dor

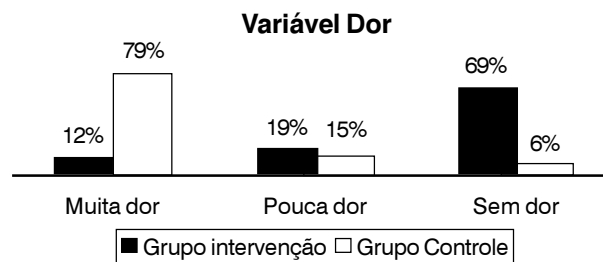
A amostra constituiu-se de um total de 448 parturientes sendo 224 do grupo de intervenção e 224 do Grupo controle.

Escore	Intervenção n = 224		Controle n = 224	
Muita dor	27	12%	177	79%
Pouca dor	43	19%	34	15%
Sem dor	154	69%	13	6%

Como se trabalhava com três níveis, foi juntado o somatório de muita dor e pouca dor para ver a ocorrência de dor.

ESCORE	Intervenção n = 224		Controle n = 224	
Muita e pouca dor	70	31%	221	94%
Sem dor	154	69%	13	6%

E Grupo intervenção D Grupo Controle $RR = (70 / 224) / (211 / 224) = (0,313 / 0,94) = 0,33$ $RR =$ Taxa de Redução na Ocorrência de Dor $0,313 =$ Taxa de Ocorrência de Dor no Grupo de Intervenção $0,94 =$ Taxa de Ocorrência de Dor no Grupo Controle.



$$X^2 = 187,12$$

$P < 0,001$, o que nos dá a probabilidade do estudo ter chegado ao resultado por acaso é muito pequena.

Quanto ao stress, por perguntas direcionadas ao pessoal técnico do HNSC $n = 24$, 100% respondeu que é menos estressante trabalhar com pacientes treinadas e 100% notou menos stress nas pacientes treinadas.

DISCUSSÃO

A evolução proporcionou ao ser humano mecanismos de poupança – os reflexos condicionados. Estes são aprendizagens adquiridas no decorrer da vida que ficam gravadas no cérebro para sempre. Uma simples palavra ou idéia pode revitalizar todo um passado. Para a mulher que aprendeu que o parto é difícil ou doloroso, na hora do mesmo é só ouvir ou pensar na palavra “dor”, que todo o seu ser vai reagir fisiologicamente no sentido de se proteger da dor, sendo assim acionado o sistema nervoso simpático, proporcionando-lhe três opções de ação: lutar, fugir ou contrair-se. Como não pode lutar nem fugir, contrai-se dificultando enormemente o processo. “Os estímulos (flechas) que provém do útero, penetram sem dificuldade no cérebro, por que não existe nenhuma zona de freio. Na mulher treinada, estes estímulos não podem alcançar o córtex cerebral porque está bloqueado por zonas de freios (círculos). Cérebro ativo equivale a falta de dor⁴. Figuras 2 e 3.

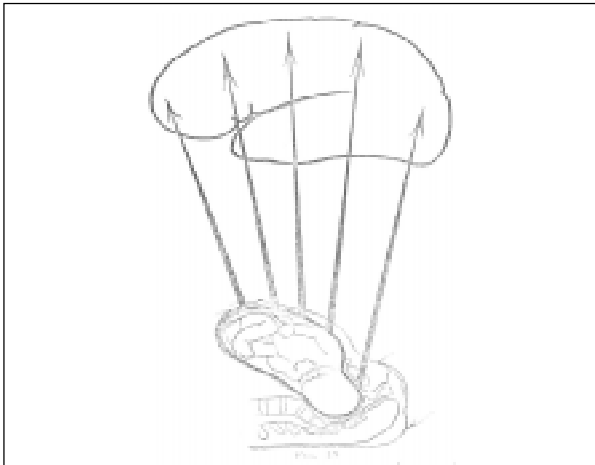


Figura 2: Imagem de um cérebro passivo, esgotado e ignorante dos fatos que atingem o parto.

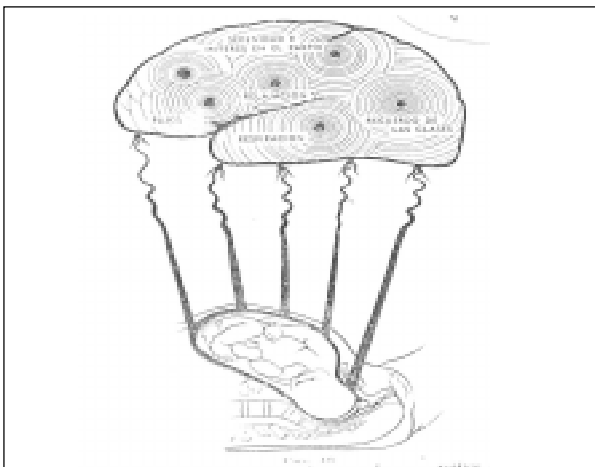


Figura 3: A mulher treinada pelo método apresenta um cérebro ativo, coberto por múltiplos focos de atividades freadas.

CONCLUSÃO

São agendadas no Serviço de Pré-Natal do Hospital Nossa Senhora da Conceição, por mês, uma média de 1200 parturientes, fora as que procuram o hospital para uma consulta sem agendamento. A frequência média de parturientes nos alojamentos de alto risco obstétrico têm sido de 300 a 400 parturientes/mês. Esse estudo nos aponta a taxa de redução na ocorrência de dor de 69%. Se tivermos uma só pessoa capacitada para ensinar o Método de Lamaze, em cada hospital público, num regime de 20 horas de trabalho semanal, esta pessoa poderia ensinar o método para 1200 pessoas/mês atendendo, por exemplo, 4 grupos de 15 parturientes/dia, o que nos daria um número satisfatório de seres humanos desestressados, com menos dor e suas conseqüências, a baixo custo. Este estudo nos aponta mais uma vez que podemos, pela educação, criar com poucos recursos, ações de afetividade e civilidade para nossa população, nossa maior riqueza.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHOR H. O que é parto sem dor: Método psicoprofilático, baseado na teoria dos reflexos condicionados de PAVLOV. 2. ed. Rio de Janeiro: Científica, 1957.
2. GAVENSKY R. Parto sin temor y parto sin dolor: educacion de la embarazada para el parto sin dolor. 4. ed. Córdoba: El ateneu, 1957.

ASCITE DE CAUSA MALIGNA: ANÁLISE DE 64 CASOS

* Cristiane Valle Tovo

** Paulo Roberto Lérias de Almeida

*** Bruno Galperim

RESUMO

Objetivo - O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência e as características de pacientes com carcinomatose peritoneal diagnosticada através da citologia do líquido de ascite. **Pacientes e Métodos** - Foram revisados, retrospectivamente, todos os exames citopatológicos de líquido de ascite de pacientes internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição durante o período de janeiro de 1998 a abril de 2000, perfazendo um total de 400 pacientes. **Resultados** - Dentre os 400 casos estudados, houve 64 (16,0%) com exame citopatológico positivo. Destes, 10 pacientes eram homens e 54 eram mulheres. Em relação ao sítio primário da neoplasia, 24 (37,5%) eram de origem ginecológica, 18 (28,1%) de origem digestiva, 4 (6,3%) de outras etiologias, e em 18 (28,1%) pacientes não foi possível identificar o sítio primário. Biópsia de peritônio foi realizada em 33 (51,6%) pacientes, confirmando o diagnóstico fornecido pela citologia do líquido. **Conclusão** - A prevalência de carcinomatose peritoneal em nosso meio pode ser comparada com a experiência internacional. O diagnóstico do sítio primário foi possível na maioria dos casos, permitindo algum tipo de tratamento paliativo.

UNITERMOS: ascite; carcinomatose peritoneal

ABSTRACT

MALIGNANT ASCITIS: ANALYSIS OF 64 CASES

The aim is to evaluate the prevalence and characteristics of patients with peritoneal carcinomatosis. **Patients and methods**: It was reviewed all the citopathological examinations of ascitic fluid during January/1998 to April/2000 (400 patients). **Results**: There were 64 (16%) with positive citopathological examinations. Ten were men and 54 women. The primary site of the neoplasia was identified as gynecologic in 24 (37,5%), digestive in 18 (28,1%), other etiologies in 4 (6,3%) and it was not possible to identify in 18 (28,1%). Peritoneal biopsy was done in 33 (51,6%). **Conclusion**: The

prevalence of peritoneal carcinomatosis is comparable to the international experience. The diagnosis of primary site of neoplasia was possible in the majority, allowing some kind of palliative treatment.

KEYWORDS: ascitis; peritoneal carcinomatosis

INTRODUÇÃO

Cerca de 75% dos casos de ascite são devido a cirrose; os demais são devido a carcinomatose peritoneal, insuficiência cardíaca, pancreatite, tuberculose ou outras causas mais raras¹. Como a carcinomatose peritoneal é a segunda causa mais freqüente de ascite em nosso meio, torna-se fundamental o seu diagnóstico etiológico².

A análise do fluido ascítico tem um papel importante no diagnóstico da etiologia da ascite. Enquanto a citologia resulta positiva em mais de 90% dos casos de carcinomatose peritoneal quando amostras de grande volume de ascite são estudadas³, a análise em pequenos volumes propicia o diagnóstico citopatológico em tão somente 50-80%^{4,5,6}.

A ascite em pacientes com câncer ocorre, geralmente, devido à disseminação peritoneal da neoplasia (carcinomatose). A formação de líquido na carcinomatose peritoneal envolve inúmeros fatores, incluindo obstrução linfática, exsudação de fluido da microvasculatura do tumor ou permeabilidade peritoneal aumentada. Mais de 75% dos casos são adenocarcinomas^{5,7,8,9}.

Trabalho realizado no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) - Núcleo Para Estudos do Fígado (NEF)

Endereço para correspondência:

Rua Cel Aurélio Bitencourt 115 apto 201
CEP 90.430-080 Porto Alegre
E-mail: cris.tovo@terra.com.br

* Chefe do Serviço de Gastroenterologia do HNSC; Mestre em Gastroenterologia; Doutora em Hepatologia

** Membro do Serviço de Medicina Interna do HNSC; Mestre em Hepatologia

*** Membro do Serviço de Gastroenterologia do HNSC; Mestre em Hepatologia

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência da ascite neoplásica em um hospital geral, bem como o sítio de origem nesta condição.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revisados, retrospectivamente, todos os exames citopatológicos de líquido de ascite coletados de pacientes internados no HNSC e examinados pelo Laboratório de Patologia durante o período de janeiro de 1998 a abril de 2000, perfazendo um total de 400 exames.

RESULTADOS

Dentre os 400 casos avaliados, em 64 (16%) o exame citopatológico foi positivo para neoplasia. O exame foi considerado negativo em 324 (81%) dos casos examinados, e em três o resultado foi duvidoso, sendo o material considerado impróprio para análise em nove (2,25%) pacientes (Tabela 1).

Tabela I – Resultado da análise citopatológica (CP) do líquido de ascite

	N	(%)
CP negativo	324	81,00
Adenocarcinoma	57	14,25
Carcinoma	03	0,75
Linfoma	04	1,00
Possível neoplasia	03	0,75
Material impróprio	09	2,25
Total	400	100,00

Dentre os casos positivos, 54 (84,4%) eram mulheres.

Em relação ao sítio primário da neoplasia, foi possível identificar o sítio primário em 46 (71,9%), sendo 24 (37,5%) de origem ginecológica, 18 (28,1%) digestiva e 04 (6,25%) de outras etiologias; em 18 (28,1%) não foi possível a identificação (Tabela 2).

Dentre os 64 pacientes com carcinomatose peritoneal, 47 (73,5%) realizaram ecografia abdominal, sendo o exame diagnóstico para a presença de neoplasia em 14 (29,8%). A biópsia de peritônio foi realizada em 33 (51,6%), confirmando o diagnóstico fornecido pela citopatologia do líquido (Tabela 2).

Tabela II – Características demográficas, sítio primário e métodos diagnósticos nos pacientes com ascite maligna

	N=64	(%)
• Sexo		
Masculino	10	16,6
Feminino	54	84,4
• Sítio primário		
Ginecológico	24	37,5
Digestivo	18	28,1
Não encontrado	18	28,1
Outros	04	6,3
• Ecografia abdominal		
Diagnóstica	14	29,8
Não diagnóstica	33	70,2
Não realizada	17	26,6
• Biópsia de peritônio	33	51,6

DISCUSSÃO

Cerca de dois terços dos pacientes com ascite maligna têm envolvimento peritoneal (carcinomatose peritoneal). Os restantes apresentam ascite devido às metástases hepáticas maciças ou carcinoma hepatocelular, e o estudo citológico nestes casos geralmente é negativo^{8,10}.

Os resultados encontrados no presente estudo revelam uma prevalência de ascite neoplásica de 16%, sendo comparável à literatura internacional. Um estudo avaliando 1.200 paracenteses mostrou uma prevalência de ascite neoplásica de 12%³. No entanto deve-se considerar que esta prevalência é subestimada, já que provavelmente houve casos de carcinomatose peritoneal cujo exame citopatológico foi negativo (falso-negativo) na casuística estudada.

O material foi impróprio para análise em apenas nove (2,25%) pacientes, provavelmente por coleta inadequada em frasco sem anticoagulante.

O prognóstico para a maioria dos pacientes com carcinomatose peritoneal é pobre. A sobrevida média após o diagnóstico é de menos de 20 semanas¹¹. O carcinoma de ovário pode ser exceção à regra, já que com esquemas terapêuticos que incluem quimioterapia intraperitoneal e "debulking" cirúrgico, uma proporção significativa de pacientes pode apresentar sobrevida prolongada^{3,12}.

Em vista da baixa sensibilidade do exame citopatológico do líquido de ascite quando se utilizam critérios suficientes para torná-los de alta especificidade, o diagnóstico das ascites neoplásicas, por vezes, é difícil^{2,8,9,13}. Os parâmetros tradicionais do estudo bioquímico do fluido peritoneal, embora possam orientar o diagnóstico,

estão longe de ser um método ideal¹¹.

Apesar de alguns autores sugerirem que métodos de imagem abdominal possam ser úteis no diagnóstico da carcinomatose peritoneal¹⁴, no presente estudo a ecografia abdominal mostrou-se sugestiva de envolvimento peritoneal em apenas 29,8% dos casos estudados.

Assim sendo, pacientes com suspeita de carcinomatose peritoneal que apresentam ascite de etiologia indefinida com um gradiente de albumina soro-ascite baixo, devem ser avaliados por laparoscopia se nenhuma causa for encontrada após a investigação acima sugerida, sendo a peritonite tuberculosa e os mesoteliomas as principais alternativas ao diagnóstico diferencial^{7,11}.

CONCLUSÃO

Os resultados permitem concluir que a prevalência de carcinomatose peritoneal em nosso meio pode ser comparada com a experiência internacional. O diagnóstico do sítio primário foi possível na maioria dos casos, permitindo algum tipo de tratamento paliativo. A ecografia abdominal é de pouca valia para o diagnóstico desta patologia.

BIBLIOGRAFIA

1. REYNOLDS TB. Ascites. Clin Liver Dis 2000;4:151-168.
2. MATTOS AA, Lima JP. Estudo do líquido de ascite. Rev. AMRIGS 1983;27:294-301.
3. RUNYON BA, Hoefs JC, Morgan TR. Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites. Hepatology 1988;8:1104-1109.
4. MATTOS AA, Lima JP, Vilela MP. Contribuição do exame citopatológico do peritônio no diagnóstico da carcinomatose peritoneal. GED 1993;12:13-22.
5. CEELLEN GH. The cytologic diagnosis of ascitic fluid. Acta Cytologica 1964;8:175-185.
6. SCHOMELRICH J, Volk BA, Kottgen E, et al. Fibronectin concentration in ascites differentiates between malignant and nonmalignant ascites. Gastroenterology 1984;87:1160-1164.
7. BENDER MD. Diseases of the peritoneum, mesentery and diaphragm. In: Sleisenger M; Fordtran JS. Gastrointestinal Disease. 4. Ed. Philadelphia:WBSC, 1989;1932-1970.
8. BERGE T, Hellsten S. Cytological diagnosis of cancer cell in pleural and ascitic fluid; comparison of results obtained by pathologist and cytologist. Acta Cytologica 1966;10:138-140.
9. DEKKER A, Bupp PA. Na investigation into the usefulness of cell block versus smears. Am J Clin Pathol 1978;70:855-860.
10. WEISSMAN GS, McKinley MJ, Budmann DR, et al. Flow cytometry - a new technique in the diagnosis of malignant ascites. J Clin Gastroenterol 1987;9:599-602.
11. MATTOS AA. Ascite. Porto Alegre:Byk, 1994. 173 p.
12. STRNAD CM, Grosh WW, Baxter J, et al. Peritoneal carcinomatosis of unknown primary site in women. Ann Intern Med 1989;111:213-217.
13. KOSS LG. Effusion in the presence of cancer. In: Koss LG. Diagnostic cytology and its histologic bases. 3 ed, Philadelphia: JB Lippincott, 1979; 911-979.
14. WALKEY MM, Friedman AC, Sohotra P, Radecki Pd. CT manifestations of peritoneal carcinomatosis. Am J Radiol 1988;150:1035-1041.

REFLEXÕES SOBRE ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA CESAREANA

* Mario Casales Schorr

* Alexandre Fornari

* Fábio Tomazzoli Santarosa

* Giovanni Digesu

* Hugo Cataud Pacheco Pereira

* Camila Pedrollo de Vasconcellos Chaves

* **Pedro Alves d'Azevedo

RESUMO

As complicações pós-cesárea são relativamente comuns. A endometrite é, em geral, identificada por involução uterina e, algumas vezes, por lóquios anormais e odor fétido. As infecções de ferida operatória são definidas pela presença de pús no local da incisão.

A presença ou ausência de morbidade febril assintomática não é uma indicação apropriada, nas primeiras vinte e quatro horas, da eficácia da profilaxia^{5,6}. Mas, a hipertermia após esse período torna-se o parâmetro mais sensível no diagnóstico de morbidade infecciosa.

A endometrite ocorre em mais de 85% dos pacientes de alto risco que são definidos como mulheres que não fizeram pré-natal, desnutridas, com trabalho de parto prolongado, em especial, se ocorreu ruptura da bolsa amniótica, ou ainda, com muitos toques vaginais ou monitorização invasiva freqüente. A maioria de nível sócio-econômico baixo e, ao contrário, mulheres com condições melhores e pré-natal adequado são consideradas de baixo risco com índice de endometrite entre 5 e 15%.

O fator mais freqüentemente associado com morbidade infecciosa é o trabalho de parto prolongado com ruptura de membranas, a qual serve com barreira contra a infecção bacteriana. A sua ruptura expõe a cavidade uterina às bactérias do canal de parto que ascendem com o fluido vaginal no intervalo das contrações³.

Mulheres em trabalho de parto por 6 horas ou mais na presença de ruptura prematura de membranas são consideradas de alto risco para endometrite. Outros fatores de risco incluem doenças sistêmicas, má higiene, obesidade, anemia, tempo cirúrgico maior que 60 minutos, perda sangüínea estimada em mais de 800 ml e inabilidade do cirurgião.

ABSTRACT

Complications after cesarian section are quite common. Endometritis is generally identified by uterine involution and sometimes by abnormal lochia with a foul odor. Pus on the surgical incision is sign of infection in the post-operative wound.

The presence or absence of asymptomatic fever in the first 24 hours after labor is not an indication of prophylactic efficacy. Nevertheless hypertermia after these period is the most sensitive criterion in the diagnosis of infectious morbity.

Endometritis affects more than 85% of high risk patients. Women without prenatal care, poor nutrition, with an excessive number of digital vaginal examination, prolonged labor with early rupture of fetal membranes or invasive monitoring are at high risk. Low risk women are consider those with good prenatal care having risk of endometritis as low as 5 to 15%.

Prolonged labor with rupture of membranes is the most frequently associate factor to infectious morbity. Fetal membranes is one of the protective mechanisms from bacterial infection. It's rupture expose uterine cavity to birth canal bacterias which ascend with the vaginal fluid between uterine contractions.

Women in labor for more than 6 hours or with early rupture of fetal membranes are at high risk for endometritis. Another risk factors are systemic diseases, poor hygiene, obesity, anemia, operative procedure longer than 60 minutes, blood loss higher than 800 ml and faulty surgical technique.

* Alunos do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFCMPA).

** Professor Adjunto da Disciplina de Microbiologia da FFCMPA.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Prof. Dr. Pedro Alves d'Azevedo
Rua Sarmento Leite 245/211 - Porto Alegre, RS, Brasil.
Cep: 90050-170
e-mail: pedroaze@ffcmpa.tche.br

INTRODUÇÃO

A elevação nas taxas de utilização da cesareana para resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, com avanço maior no continente americano. No Brasil, já é considerada epidêmica sendo responsável por 28% dos partos, superado apenas pelo Chile com 33%¹. A Organização Mundial da Saúde recomenda índice de, no máximo, 15%².

Esse procedimento cirúrgico, em comparação ao parto normal, associa-se com maior morbidade e mortalidade materna e neonatal. A mortalidade decorrente de infecção puerperal figura entre as três principais causas, com frequência cinco a dez vezes maior na cesareana em relação ao parto normal^{2,3}.

O trauma anestésico e cirúrgico interfere com a imunidade do paciente. O contato com a cavidade ovular, muitas vezes contaminada, com a cavidade peritoneal favorece a infecção. A cesareana, segundo o Manual do Ministério da Saúde, é considerada cirurgia potencialmente contaminada².

Nielsen e Hikegard (1983) encontraram 4,1% de infecção nas cesareanas eletivas, 15,9% nas pacientes com trabalho de parto prévio e 28,1% nas com bolsa rota sem contrações⁴.

Na obstetrícia, a situação mais frequente para a profilaxia antimicrobiana é a operação cesareana e a sua utilização, prática rotineira nos últimos anos, é importante responsável pela diminuição da morbidade infecciosa puerperal.

Essa breve revisão pretende abordar alguns pontos sempre discutidos quando se fala em antibioticoprofilaxia e cesareana como, por exemplo, momento ideal para uso, melhores drogas, custo-benefício, quantidade de doses, que tipo de paciente tem o maior benefício com seu uso.

É objetivo do trabalho esclarecer essas questões e trazer informações revelantes para a prática clínica provenientes de recentes estudos clínicos sólidos e guidelines importantes para a otimização e uso racional dos antibióticos como profilaxia de infecções cirúrgicas embasados nas mais fortes evidências disponíveis para chegar ao maior grau de segurança possível para a melhor e mais correta indicação.

Microrganismos

A microflora do trato vaginal está frequentemente envolvida e inclui várias espécies aeróbicas como *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Enterococcus*, bacilos entéricos Gram negativos e anaeróbios Gram negativos como *Bacterioides bivius*, *Bacteroides fragilis* e *Fusobacterium* sp. A infecção de ferida operatória, por sua vez, é, em geral, causada

por *Staphylococcus aureus* e outros estafilococos, *Streptococcus* spp e enterobactérias. Anaeróbios podem estar presentes, mas com menor frequência que na endometrite^{3,7}.

Eficácia da Profilaxia Antimicrobiana

A maioria dos estudos se refere a pacientes de alto risco para infecção. Há muita controvérsia na literatura sobre a necessidade de profilaxia em pacientes de baixo risco⁷.

Apesar de vários ensaios clínicos avaliarem a eficácia de antimicrobianos de amplo espectro ou em múltiplas doses para a profilaxia em cesárea, os dados suportam o uso de agentes de espectro mais restrito, exemplo das cefalosporinas de primeira geração administradas em dose única endovenosa imediatamente após o clameamento do cordão umbilical⁷.

Pacientes de Baixo Risco

Duas investigações recentes mostraram índices de endometrite mais baixos em pacientes de baixo risco com o uso de antibiótico profilático^{6,8}. Algumas autoridades têm dispensado seu uso e questionado seus benefícios, alegando que a limitada morbidade, riscos teóricos e custos excessivos não justificam a profilaxia nestas pacientes⁹.

Um estudo randomizado comparou o uso de 01 grama de cefazolina e ausência de profilaxia em 307 mulheres de baixo risco para infecção em partos cesáreos. Os resultados investigados foram endometrites, infecção de ferida operatória, febre e uso de antimicrobiano para infecções presumidas ou confirmadas. Houve diminuição significativa de febre e uso terapêutico de antibióticos no grupo do tratamento, embora a amostra não fosse grande o suficiente para possibilitar uma redução significativa para endometrite e infecção de ferida operatória¹⁰.

Estudo prospectivo de grande escala foi conduzido em mais de 1800 mulheres de baixo risco submetidas à cesárea entre 1980-82. Diferenças significativas em endometrites e infecção de ferida operatória foram identificadas entre pacientes que fizeram uso da profilaxia e as que não fizeram, 0,7% versus 2,1%, respectivamente. Pacientes submetidas à primeira cesárea tiveram incidência cinco vezes maior de endometrite. Os autores consideraram o custo e os efeitos adversos da cefazolina desprezíveis e que a profilaxia breve pode ser apropriada para todas as pacientes submetidas à cesareana¹¹.

Entretanto, ACOG (Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia) considera o uso controverso

para pacientes de baixo risco. Não recomendam profilaxia rotineira em pacientes de baixo risco por causa da preocupação com os efeitos adversos, desenvolvimento de resistência bacteriana às drogas e relaxamento das medidas de controle de infecção e da adequada técnica cirúrgica⁸.

De forma contrária, Smail (1998) em revisão sistemática do Cochrane encontrou 66 estudos com modelo experimental adequado, verificando que a profilaxia antimicrobiana reduziu a morbidade infecciosa puerperal tanto em cesareanas não eletivas como eletivas, reduzindo em até três quartos as endometrites puerperais¹².

Jacobi (1994) concluiu que uma dose de cefalosporina (cefazotina) profilática é benéfica e efetiva, mesmo em pacientes consideradas de baixo risco para morbidade pós-cesárea. A profilaxia universal para todas as cesáreas é o que sugere o autor¹³.

Pacientes de Alto Risco

Há mais de 40 ensaios placebo-controle sobre profilaxia antimicrobiana e gestação sendo a maioria deles sobre pacientes de alto risco para morbidade infecciosa. Uma metanálise recente, que combinou pacientes de alto e baixo risco, ambas submetidas a cesáreas eletivas e de urgência, sugere que o índice de infecções sérias e endometrites é 75% menor e infecções de ferida operatória o índice de diminuição é de 65% nas pacientes tratadas¹⁴.

Escolha do Antimicrobiano

Mais de vinte diferentes drogas já foram usadas, sozinhas ou em combinação, mas normalmente os obstetras utilizam penicilina ou cefalosporina. A ACOG recomenda uma cefalosporina de primeira geração, com agentes de espectro ampliado sendo reservado para tratamentos ao invés de profilaxia⁸.

O emprego de cefalosporinas de primeira geração para os esquemas de profilaxia tem-se mostrado igualmente eficaz em relação as cefalosporinas de segunda e terceira gerações ou as novas penicilinas, com a vantagem de serem menos onerosos. Uma regra importante é a de que o antimicrobiano que se utiliza para profilaxia não deve ser usado para tratamento.

Em um grande estudo com 1600 pacientes, de alto risco, utilizou-se vários regimes de dose única. Cefazolina 2g, piperacilina 4g foram comparados e tiveram efetividade similar¹⁵. Antimicrobianos de espectro diferentes foram comparados, demonstrando eficácia equivalente e, a partir disso, proporcionando

escolhas de diferentes.

Dois ensaios clínicos randomizados grandes, duplo-cegos, mostraram uma solução para este dilema. Ambos compararam cefazolina (que tem pobre cobertura para *Bacterioides fragilis*) com cefoxitina ou moxalactam (com excelente cobertura para este germe). Em ambos a cefazolina foi ligeiramente mais efetiva para prevenir endometrite, mas sem significância estatística.

Outro estudo com mulheres de alto risco, foram usados regimes de 2 doses de cefoxitina ou piperacilina¹⁶. Apesar da atividade superior "in vitro" contra *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa* e vários bacilos entéricos Gram negativos, a piperacilina foi menos efetiva que a cefoxitina.

Momento ideal para o uso

Diferente de outros procedimentos cirúrgicos, a droga é administrada logo após a ligadura do cordão umbilical para evitar a supressão da flora normal do recém-nascido. Embora o interesse sobre o potencial de toxicidade da droga para o recém-nascido exista, a maioria das drogas usadas para os procedimentos (principalmente os b-lactâmicos), têm registros documentados de segurança no tratamento de infecções durante a gravidez e podem ser usados no tratamento de sépsis neonatal⁷.

O desfecho no uso de profilaxia após o clampeamento do cordão foi estudado por três ensaios controlados que não mostraram diferenças nas complicações infecciosas em relação ao uso pré-operatório. Foi evidenciado também que crianças que não foram expostas intra-útero necessitaram de menos avaliações para sépsis neonatal^{17,18}.

Duração da Profilaxia Antimicrobiana

Ensaio recentes têm avaliado a eficácia de antimicrobianos em dose única versus múltiplas doses (em geral, acima de 24 horas). Foram usados regimes de 5 ou 6 dias de duração. Dois estudos prospectivos e randomizados encontraram que 5 dias de cefalosporina não foi melhor do que o uso por 24 horas^{19,20}. Outro estudo mostrou, de forma inversa, que 3 dias de ampicilina foi significativamente mais efetivo que apenas 3 doses. As explicações para essas contradições são incertas²¹.

A eficácia de vários regimes de b-lactâmicos foi avaliada em estudo aberto, randomizado e comparativo com 1600 mulheres. Uma dose de cefazolina 2g foi superior a 3 doses de cefazolina 1g. Uma dose de cefazolina 1g não foi diferente de 3 doses de 1g. Não parece ser necessário estender a profilaxia

além de uma única dose. Estes dados também sugerem que cefazolina 2g é mais eficaz que com apenas 1g¹⁵.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO

A cesareana tem grau de recomendação A, sendo a profilaxia recomendada. Seu "odds ratio" (ou razão de chances) é igual a 0,35, tem NNT (número que necessita tratamento) igual à 17, ou seja, esse é o número de pacientes que devem receber profilaxia para evitar um caso de infecção puerperal. O nível de evidência que apóia o uso é Ia, classificação da "US Agency for Health care Policy and Research"²² usada para descrever a força do estudo baseada no seu tipo de delineamento e é subdividido de I a IV, sendo Ia metanálise de ensaios clínicos randomizados e duplo-cegos, o mais forte, para pacientes de alto risco. Sendo preconizada a Cefazolina 2g endovenosa (EV) para todas as mulheres logo após o clameamento do cordão umbilical. A força de evidência (dividida em A, B, C agrupando os diversos tipos de estudo descritos anteriormente) para a profilaxia em mulheres de baixo risco é B e para as de alto risco é A⁷.

CONCLUSÃO

Apesar de permanecerem pontos controversos na utilização de antibióticos profiláticos, pode-se afirmar com segurança, baseada em evidências científicas fortes, que o uso generalizado da antibioticoprofilaxia traz benefícios a todas as pacientes, inclusive as de baixo risco para infecção puerperal.

Mantém-se a indicação da antibioticoprofilaxia para todas as cesareanas, mas tendo em mente que o benefício é mais marcado para as pacientes com alto risco cirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. FESCINA RH. A incidência de cesárea nas Américas. *Jornal da FEBRASGO*, 1:7-8,2000.
2. PARTO, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher,p87-95 - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
3. FREITAS, Fernando. Rotinas em obstetrícia/ Fernando Freitas et al - 4.ed.,p267-286e321-329 - Porto Alegre: Artmed Editora.
4. NIELSEN TF, Hikegard KH. Postoperative cesarean section morbidity: A prospective study. *Am J Obstet Gynecol*, v146,n8:p911-916,1983.
5. FARO S. Infectious disease relations to cesarean section. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1989; 16:363-71.
6. HEMSELL DL. Infections after gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1989; 16:381-400.
7. ASHP Commission on Therapeutics Task Force. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. *Clin Pharm*. 1992; 11:483-513.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Antimicrobial therapy for obstetric patients. *ACOG Educational Bulletin*. 1998; 245:1-10.
9. DUFF P. Prophylactic antibiotics for cesarean delivery: a simple cost-effective strategy for prevention of postoperative morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 1987; 157:794-8.
10. JAKOBI P, Weissman A, Sigler E et al. Post-Cesarean section febrile morbidity. Antibiotic prophylaxis in low-risk patients. *J Reprod Med*. 1994; 39:707-10.
11. EHRENKRANZ NJ, Blackwelder WC, Pfaff SJ et al. Infections complicating low-risk cesarean sections in community hospitals: efficacy of antimicrobial prophylaxis. *Am J Obstet Gynecol*. 1990; 162:337-43.
12. SMAIL F, Hofmeyer GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. 2000. (The Cochrane library;issue 2.)
13. JAKOBI P, Weissman A, Sigler E et al. Post-cesarean section febrile morbidity. Antibiotic prophylaxis in low-risk patients. *J Reprod Med*,v39,n9,p707-10,1994.
14. ENKIN M, Enkin E, Chalmers I et al. Prophylactic antibiotics in association with cesarean section. In: Chalmers I, Enkin M, Keiser MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Vol 1. London, England Oxford University; 1989:1246-69.
15. FARO S, Martens MG, Hammill HA et al. Antibiotic prophylaxis: is there a difference? *Am J Obstet Gynecol*. 1990; 162:900-9.
16. BENIGNORATE at 24.7 per 100 births-a plateau? *New Engl J Med*. 1990; 323:199-200.
17. GORDON HP, Phelps D, Blanchard K. Prophylactic cesarean section antibiotics: maternal and neonatal morbidity before and after cord clamping. *Obstet Gynecol*. 1979; 53:151-6.
18. CUNNINGHAM FG, Leveno KJ, DePalma RT et al. Perioperative antimicrobials for cesarean delivery: before or after cord clamping. *Obstet Gynecol*. 1983; 62:151-4.
19. D'ANGELO LJ, Sokol RJ. Short- versus long-course prophylactic antibiotic treatment in cesarean section patients. *Obstet Gynecol*. 1980; 55:583-6.
20. SCARPIGNATO C, Caltabiano M, Condemi V et al. Shortterm vs long-term cefuroxime prophylaxis in patients.
21. ELLIOTT JP, Freeman RK, Dorchester W. Short-versus long-course of prophylactic antibiotics in

cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1982; 143:740-4.

22. US Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research. Acute Pain Management: operative or medical procedures and trauma. Rockville (MD): The Agency; 1993. Clinical Practice Guideline No.1. AHCPR Publication No.92-0023. p.107.

Unimed

COMPLICAÇÕES MECÂNICAS DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

* Alfeu Roberto Rombaldi
* Pedro Pimentel Filho
** Blau Fabrício de Souza
*** Evandro Augusto Oss
**** Carolina Ávila Vianna
**** Fabiano Rodrigo de Godoy Kissner
**** Alexandre Brentano
**** César Henrique Pereira Júnior
**** Luciano Barros Pires
**** Leocádio Tesser
**** Fabio Dhein

RESUMO

Os autores relatam 2 casos de complicações mecânicas do Infarto Agudo do Miocárdio: Ruptura do Septo Ventricular e Insuficiência Mitral Aguda. Este artigo objetiva fazer uma breve revisão sobre uma condição com alta mortalidade. O diagnóstico rápido, o manejo clínico agressivo e a intervenção cirúrgica podem otimizar a recuperação e a sobrevida.

UNITERMOS: Infarto Agudo do Miocárdio, Ruptura do Septo Interventricular, Insuficiência Mitral Aguda, Intervenção Cirúrgica.

ABSTRACT

The authors report two cases of mechanical complications of acute myocardial infarction: Ventricular Septal Rupture and Mitral Regurgitation. In this article, we have briefly reviewed this condition of very high mortality. Rapid diagnosis, aggressive medical management, and surgical intervention optimize recovery and survival.

KEY WORDS: Acute Myocardial Infarction, Ventricular Septal Rupture, Mitral Regurgitation, Surgical Intervention.

INTRODUÇÃO

As complicações mais dramáticas do Infarto agudo do Miocárdio (IAM), são aquelas que envolvem a laceração ou a ruptura do tecido agudamente infartado. As características clínicas dessas lesões variam consideravelmente e dependem do local da ruptura, que pode envolver músculos papilares, septo interventricular ou parede livre dos ventrículos. A incidência total dessas condições é de difícil avaliação, porque os estudos clínicos e de necropsia diferem consideravelmente. Contudo, como um grupo são provavelmente responsáveis por cerca de 15% de todas as mortes decorrentes do IAM¹.

RELATO DE CASOS

Caso 1: O paciente L.A.M.S., masculino(M), 64 anos, hipertenso e infarto do miocárdio prévio, interna com IAM anteroseptolateral, Killip 2, o qual, recebeu terapia trombolítica (estreptoquinase) com 6 horas de evolução mas não apresentou critérios de reperfusão. Durante a evolução evidenciou-se o aparecimento de um sopro sistólico em toda a região pré-cordial associado com quadro de Insuficiência Cardíaca Congestiva(ICC) que piorou progressivamente apesar do tratamento farmacológico. Realizou ecocardiograma que evidenciou discinesia septo apical com FE 45%, havendo comunicação interventricular(CIV) e fluxo de alta velocidade VE-VD. Posteriormente, realizou-

Trabalho realizado no Serviço de Cardiologia do HNSC.

Endereço para correspondência:

* Médico Cardiologista
** Cirurgião Cardiovascular
*** Residente em Cirurgia Cardiovascular do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)
**** Residente em Cardiologia do HNSC

se cateterismo cardíaco, que demonstrou lesões severas multiarteriais, ventrículo esquerdo hipertrófico e evidência de CIV confirmando o achado ecocardiográfico. Optou-se, então, pela intervenção cirúrgica imediata com suporte mecânico com Balão de contrapulsão intraaórtico(BIA) e controle hemodinâmico com cateter de Swan-Ganz. Foi corrigida a CIV com pericárdio bovino, além de revascularização miocárdica. A evolução transoperatória foi satisfatória, mas apresentou quadro de ICC complicando o pós-operatório. O paciente foi compensado clinicamente, obtendo alta hospitalar 13 dias após o procedimento cirúrgico. No acompanhamento ambulatorial em 30 dias o paciente encontrava-se em classe funcional II de acordo com New York Heart Association (NYHA).

Caso 2: O paciente J.F.S., M, 51 anos, tabagista ativo, interna com quadro de IAM inferior, Killip I, com mais de 12 horas de evolução sem receber terapia trombolítica. Evoluiu com quadro de ICC com piora progressiva apesar do tratamento farmacológico, sendo evidenciado sopro sistólico em foco mitral. O ecocardiograma mostrou insuficiência mitral severa por ruptura do músculo papilar posterior, acinesia de parede posterior e inferior com FE 55% (superestimada pela regurgitação mitral). O cateterismo cardíaco demonstrou estenose severa proximal de artéria coronária direita. Foi submetido à intervenção cirúrgica imediata com suporte mecânico com BIA e controle hemodinâmico com cateter de Swan-Ganz. Evolução satisfatória no transoperatório, com colocação de prótese metálica mitral e revascularização miocárdica com ponte de veia safena para a artéria coronária direita. No pós operatório, além de ICC, apresentou quadro de infecção respiratória nosocomial, tendo boa resposta às medidas farmacológicas adotadas. Recebeu alta em bom estado geral e no acompanhamento ambulatorial de 30 dias apresentava-se em classe funcional I do NYHA.

DISCUSSÃO

As complicações mecânicas pós-IAM geralmente apresentam-se na primeira semana. São suspeitadas pela presença de um novo sopro cardíaco, sendo confirmados pelo ecocardiograma TT ou TE (transesofágica). Um cateter de monitorização da artéria pulmonar auxilia no diagnóstico e manejo, e o cateterismo cardíaco está indicado para visualização da anatomia coronariana

e quando o ecocardiograma é inconclusivo.

Uma consultoria cirúrgica está indicada, e a cirurgia deve ser prontamente indicada, pois o tratamento farmacológico isolado é associado com elevada mortalidade. Um BIA (balão de contrapulsão intraaórtico) pode ajudar na estabilização do paciente enquanto aguarda a cirurgia e pode auxiliar no manejo pós-operatório.

REGURGITAÇÃO MITRAL

RM severa após IAM acompanhado de choque cardiogênico, é de pobre prognóstico. No estudo SHOCK, aproximadamente 10% dos pacientes com choque cardiogênico tinham RM severa e tiveram uma mortalidade hospitalar de 55%. A mortalidade com tratamento clínico somente foi de 71% comparada com 40% com tratamento cirúrgico.

A RM severa pode ser devida ao infarto do músculo papilar posterior. A presença de edema pulmonar e choque cardiogênico em paciente com IAM inferior deve alertar para RM e ruptura do músculo papilar. O diagnóstico é confirmado por ecocardiografia TT ou TE. Todos os pacientes devem ser considerados para cirurgia urgente. Os pacientes devem ser estabilizados com BIA, suporte inotrópico e redução da pós-carga VE (para reduzir volume regurgitante e congestão pulmonar). A mortalidade cirúrgica é relativamente alta (20%), mas a mortalidade e função ventricular são melhoradas quando comparadas com terapia médica isolada. A sobrevida após 5 anos é de 60-70%.

RM severa na ausência de ruptura do músculo papilar indica um IAM extenso e severa disfunção de VE. Estes pacientes são um problema de difícil manejo.

RUPTURA DO SEPTO INTERVENTRICULAR

A frequência de ruptura do septo IV aparece por diminuir após a era trombolítica, ocorrendo em menos de 1% dos pacientes com IAM com Elevação ST. Os estudos SHOCK e GUSTO-I evidenciaram como as primeiras 24hs de risco para ocorrência da ruptura após a terapia trombolítica. A terapia cirúrgica deve ser prontamente indicada, mesmo em pacientes hemodinamicamente estáveis e com boa função VE, pois o processo inflamatório no local da CIV pode ser responsável por expansão abrupta do sítio da ruptura e colapso hemodinâmico.

Monitorização hemodinâmica invasiva está indicada em todos os pacientes, mas o uso de

drogas inotrópicas e vasodilatadoras deve ser cautelosa. A mortalidade cirúrgica é alta (20-50%), especialmente em pacientes com choque cardiogênico (87%). No GUSTO-I, a mortalidade cirúrgica foi menor que a terapia farmacológica isolada (47% e 94% respectivamente).

Uma nova modalidade, o fechamento transcater da CIV, parece representar uma modalidade que no futuro poderá ser usada.

CONCLUSÃO

Embora infrequentes, as complicações mecânicas constituem um desafio terapêutico onde cada vez mais é recomendada a conduta intervencionista, como nos casos apresentados.

BIBLIOGRAFIA

1. BRAUNWALD E.; Zipes D. P.; Libby, P.: Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6. ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2001, 35:1183-5.
2. BIRNBAUM Y., Fishbein M.C., Blanche C., Siegel R.J., Review Article, Ventricular Septal Rupture After Acute Myocardial Infarction, N Engl J Med, 2002; Vol. 347, Nº.18:1426-32.
3. ANTMAN et al., ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, 2004; 102-7.

TUBERCULOSE INTESTINAL: RELATO DE 2 CASOS

* Cristiane Valle Tovo

** Mariana Mondin

** Nutianne Camargo Schneider

*** Danielle Fogaça Damo

RESUMO

A tuberculose intestinal é uma doença rara, mas na última década tem havido um aumento na sua incidência em alguns grupos especiais, como pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida.

Este estudo relata dois casos de tuberculose intestinal que se apresentaram com sintomas digestivos em pacientes imunocompetentes. Os aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos foram revisados.

UNITERMOS: tuberculose; tuberculose intestinal.

ABSTRACT

INTESTINAL TUBERCULOSIS: CASE REPORT

Intestinal tuberculosis is a rare disorder, but in the last decade there was a growing incidence, specially in some groups of patients as in acquired immunodeficiency syndrome.

Two cases of intestinal tuberculosis in immunocompetent patients with digestive symptoms are related. The epidemiologic, diagnostic and therapeutic aspects were reviewed.

KEYWORDS: tuberculosis; intestinal tuberculosis.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TBC) intestinal em geral é um evento raro, mas acarreta risco de vida se não tratada¹. Deve ser lembrada como uma situação potencialmente causadora de sintomas do trato gastrointestinal, embora estes sejam inespecíficos¹.

Este estudo relata dois casos de pacientes com TBC intestinal internados no Serviço de Gastroenterologia do HNSC com revisão de literatura.

Caso 1:

P.C.R., 22 anos, feminina, branca, solteira, estudante, natural de São Paulo e procedente de Cachoeirinha. Internou com diarreia. Referia história de constipação até 2002, quando iniciou com evacuações pastosas, 4 episódios diários, sem sangue ou pus, eventualmente líquidas, associadas a cólica abdominal. Piorou em agosto de 2003, com aumento da frequência das evacuações (6 episódios diários) e perda ponderal. Eventualmente, apresentava febre até 38°C. Nesta ocasião, realizou colonoscopia que descrevia inúmeras úlceras serpiginosas coalescentes, profundas, acometendo todo o cólon, mais importantes no cólon ascendente e válvula íleo-cecal, sugestivas de Doença de Crohn. O exame anátomo-patológico revelou inflamação crônica ulcerada com granuloma epitelióide em mucosa do intestino grosso. Pesquisa de BAAR e fungos negativa.

No mesmo mês iniciou tratamento com sulfasalazina sem melhora, sendo associada prednisona 40 mg/dia e aumentada a dose de sulfasalazina para 4g/dia em outubro de 2003. Evoluiu com importante piora em dezembro de 2003, apresentando astenia, 15 evacuações por dia, febre diária, perda ponderal de 10 kg nesse período e dois episódios de enterorragia em pequena quantidade. Foi solicitado trânsito de intestino delgado e internação hospitalar.

Vinha em uso de omeprazol 20 mg 2 vezes ao dia, sulfasalazina 4g/dia e prednisona 25 mg/dia. Ao exame apresentava-se em bom estado geral, mucosas úmidas e hipocoradas, abdome doloroso à palpação, sem irritação peritoneal, sem massas ou visceromegalias. Apresentava anemia (hemoglobina: 10,3 g/dl), hipoalbuminemia (albumina: 2,7 g/dl) e provas funcionais hepáticas normais (AST, ALT, BT, BD, FA). Realizou estudo radiológico do trânsito

* Médica gastroenterologista. Chefe do Serviço de Gastroenterologia do HNSC. Professora do Curso de Pós-graduação em Hepatologia da FFCMPA. Doutora em Hepatologia.

** Médicas internistas. Residentes do Serviço de Gastroenterologia do HNSC.

*** Médica residente do Departamento de Medicina Interna do Hospital Pompéia - Caxias do Sul.

Trabalho realizado no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC)

Endereço para Correspondência:

Rua Coronel Aurélio Bitencourt, 115/201. CEP 90430-080. POA-RS
E-mail: cris.tovo@terra.com.br

intestinal que evidenciou sinais de redução da distensibilidade das paredes do íleo terminal, associado a irregularidade de seu padrão mucoso.

Como a paciente não apresentou melhora adequada ao tratamento para doença inflamatória intestinal, este foi suspenso e iniciado o uso de tuberculostáticos (RHZ). A paciente respondeu favoravelmente e ficou assintomática.

Caso 2:

CAFD, 49 anos, masculino, branco, internou com queixa de dor abdominal em aperto há 4 meses. Negava alteração de hábito intestinal, melena ou diarreia. Apresentava história de inapetência desde o início do quadro, referindo perda ponderal de cerca de 9 Kg. Não relatava comorbidades exceto história de diagnóstico de tuberculose pulmonar há 2 anos, sem tratamento. Relatava etilismo (meia garrafa de cachaça/dia) e tabagismo (duas carteiras/dia). Negava febre ou sudorese noturna. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, emagrecido, ausência de linfadenopatias, ausculta cardíco-pulmonar sem particularidades, abdome flácido, sem massas anormalmente palpáveis e com dor à palpação de fossa ilíaca direita. Exames laboratoriais mostravam Anti-HIV, anti-HCV e HBsAg não-reagentes; hemograma com anemia normocrômica e normocítica; EPF (3 amostras) negativo; pesquisa de BAAR no escarro positiva (01 cruz). Pesquisa de BAAR nas fezes negativa. O radiograma de tórax evidenciou infiltração intersticial mais acentuada em lobos pulmonares superiores onde também havia focos de consolidação e pequenas áreas hipoatenuadas, sugerindo zonas de lise parenquimatosa. A colonoscopia mostrou ulceração rasa, circular, de 5 mm de diâmetro com enantema de bordos em íleo terminal, e em cólon ascendente. Envolvendo o ângulo hepático havia lesão ulcerada, irregular, de bordos edemaciados, comprometendo $\frac{3}{4}$ da circunferência do órgão e que foi biopsiada. O exame anátomo-patológico da mesma demonstrou granulomas mal-formados em mucosa colônica. A pesquisa de fungos foi negativa e a de BAAR foi positiva no material biopsiado. Iniciou-se o tratamento com RHZ, com boa resposta.

DISCUSSÃO

O envolvimento do tubo digestivo pela tuberculose é raro^{2,3}. A lesão tuberculosa pode localizar-se em qualquer segmento do trato digestivo, ocorrendo mais frequentemente no intestino^{2,4}. A localização esofágica é mais rara, sendo geralmente um achado de necropsia em pacientes com doença pulmonar avançada. A localização gástrica, embora mais

frequente do que a esofágica, também é rara e descrita em casos isolados na literatura que a identificam por lesões múltiplas ulceradas, com bordas irregulares, espessadas e edematosas, situadas ao longo da pequena curvatura do estômago, especialmente no antro gástrico³. Pode envolver também pâncreas, baço e fígado³.

A TBC intestinal constitui complicação prevalente nos países em desenvolvimento e tem havido aumento de sua incidência devido à síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)^{4,5}. Os dois casos aqui relatados ocorreram em pacientes imunocompetentes, com HIV negativo.

O envolvimento do intestino pela TBC pode ocorrer de várias maneiras: através da evolução do foco primário da primoinfecção no intestino, geralmente decorrente da ingestão de leite contaminado (TBC primária do intestino); pela evolução da lesão intestinal resultante da deglutição de escarro rico em bacilos, em pacientes com tuberculose pulmonar extensa e antiga (TBC intestinal de excreção); pela evolução a partir da disseminação hemática de bacilos para o intestino; e pelo comprometimento intestinal por contigüidade, a partir de tuberculose em outro órgão abdominal³.

A TBC primária do intestino pelo bacilo bovino ocorre principalmente em zonas rurais, onde é comum o consumo de leite in natura. Essa forma de tuberculose tornou-se rara, tendo em vista a pasteurização do leite e o controle sanitário do gado leiteiro contaminado³.

Independente do modo como atinge o tubo digestivo, o bacilo tuberculoso é fixado e retido pelos folículos linfóides e placas de Peyer situadas na submucosa intestinal, determinando a lesão inicial. Estas ao evoluírem podem apresentar-se sob a forma de pequenos tubérculos, de úlceras ou de lesões vegetantes (ulcerativas 60%, hipertróficas 10% e úlcerohipertróficas 30%)^{2,4}.

Nos casos mais crônicos podem ser observadas extensas aderências fibrosas com a formação de trajetos fistulosos para o exterior ou estruturas vizinhas como ureter, bexiga e vagina. Quando ocorrem lesões vegetantes, geralmente no ceco e porção proximal do íleo, as mesmas podem ser confundidas com lesões neoplásicas. Acompanhando as lesões intestinais, podem ser observadas pequenas adenomegalias, salvo nos casos de tuberculose primária do intestino, quando podem ser volumosas^{2,4}.

Além das manifestações locais que variam de acordo com o segmento do tubo digestivo acometido, podem ser observados os sintomas sistêmicos clássicos da tuberculose, como febre, sudorese noturna, astenia, anorexia e emagrecimento. Os

sintomas locais não são específicos da doença^{2,4}, e a morbidade pode ser alta se não houver alto grau de suspeita⁴.

O sintoma mais comum é a dor abdominal crônica inespecífica, relatada em 80 a 90% dos casos⁴. A evolução clínica é geralmente insidiosa, podendo adquirir um caráter agudo em consequência da obstrução completa ou perfuração de víscera oca. A dor abdominal pode ser localizada ou difusa e pode ocorrer episódios de diarreia e constipação. Às vezes, pode haver sangramento digestivo pouco volumoso, especialmente sob a forma de enterorragia, nas lesões do cólon esquerdo e sigmóide. Ao exame físico podem ser detectadas tumorações abdominais em 50% dos casos, sinais de irritação peritoneal e ascite. As formas obstrutivas podem se apresentar com distensão abdominal e peristaltismo visível, caracterizando um quadro de suboclusão⁴.

Os achados laboratoriais são inespecíficos ou normais. O mais comum é a ocorrência de VSG aumentado (90% dos casos) e anemia discreta. O teste de Mantoux é positivo em 70-86%, mas tem valor limitado em imunodeficientes.

O exame histopatológico apresenta geralmente granuloma com necrose caseosa. A confirmação diagnóstica é feita através do achado de BAAR nos cortes histológicos^{2,4}, embora este exame seja negativo na maioria dos casos².

No primeiro caso relatado, não foi possível fazer o diagnóstico diferencial com Doença de Crohn, sendo então iniciado tratamento para esta situação. Como não houvesse resposta, o teste terapêutico com tuberculostáticos mostrou resposta favorável. No entanto, nem o exame endoscópico (colonoscopia) nem o histopatológico foram capazes de estabelecer corretamente o diagnóstico. O segundo caso foi mais clássico, sendo o diagnóstico sugerido na colonoscopia e confirmado ao exame anátomo-patológico, além de apresentar envolvimento pulmonar concomitante.

O teste tuberculínico é geralmente positivo, podendo ser negativo em pacientes em mau estado clínico. O diagnóstico definitivo é feito por identificação do organismo no tecido por visualização direta, cultura ou PCR⁴.

O exame radiológico do intestino não apresenta alterações específicas, porém o diagnóstico pode ser suscitado se coexistirem alterações radiológicas em outros órgãos sugestivas de tuberculose, principalmente pleuropulmonares.

Nos casos de doença restrita ao intestino delgado, a concordância clínico-radiológica só é alcançada na terça parte dos pacientes. Observam-se alterações cinéticas semelhantes às encontradas em outras enteropatias. Nas fases iniciais, essas alterações

manifestam-se como hipermotilidade e hipertonidade, com aceleração do trânsito e segmentações. Mais tardiamente, surgem hipomotilidade e hipotonidade, caracterizadas por dilatações e fragmentações da coluna baritada, ocasionando um quadro suboclusivo⁴.

Estudos radiográficos podem ser úteis, mas não são específicos. Evidência de tuberculose no raio-x de tórax dá suporte ao diagnóstico de tuberculose intestinal^{2,4}. Radiografias abdominais também não são muito conclusivos: achados como alças dilatadas, níveis hidro-aéreos, ascite, linfonodos calcificados e enterólise auxiliam no diagnóstico, mas são inespecíficos.

Estudos contrastados mostram cólon em forma de cone com ceco retraído, válvula íleo-cecal espessada e íleo estenosado e fibrótico. Tomografia computadorizada de abdome tem utilidade limitada, sendo que os achados mais relevantes são: adenopatia extensa, esplenomegalia, hepatomegalia e ascite.

Biópsia peritoneal percutânea, laparoscópica ou por via aberta é geralmente útil, devido à grande incidência de envolvimento peritoneal. Análise do líquido de ascite com proteína acima de 25 g/L e contagem de linfócitos maior que 1.000 células/mm³ é bastante sugestiva de tuberculose⁶.

Muitos consideram a colonoscopia como método útil: a válvula íleo-cecal geralmente está deformada e incompetente e o ceco geralmente, deformado e contraído; áreas de mucosa friável e com ulcerações superficiais; áreas de estenose; nódulos; e pseudopólipos podem ser observados^{1,7}.

O diagnóstico pode ser confirmado com histologia, pesquisa direta em aspirado ou cultura, mas todos têm baixa sensibilidade⁴. Estudo recente avaliando o diagnóstico da tuberculose intestinal em pacientes assintomáticos¹ concluiu que é importante estar atento a alterações sutis à colonoscopia, e que o reconhecimento de tais achados endoscópicos podem levar ao correto diagnóstico em estágios precoces da doença.

A realização da reação em cadeia da polimerase (PCR) foi recentemente proposta como método diagnóstico promissor. O uso de PCR em biópsias endoscópicas apresenta alta sensibilidade e especificidade. O resultado pode ser obtido em curto intervalo de tempo (48 h), conferindo vantagem a este método já que a cultura pode demorar mais de 4 semanas, retardando o início do tratamento⁴.

O tratamento padrão tem altos índices de cura⁵. Não há estudos controlados que determinem o tempo nem o esquema ótimo de tratamento, mas para formas extra-pulmonares é sugerido o esquema triplíce por um período de 12 meses⁵. Em pacientes com SIDA, o curso da tuberculose intestinal é mais prolongado e

pode necessitar uma segunda linha de tratamento, já que é muito freqüente a resistência ao esquema RHZ.

A cirurgia fica reservada para as complicações: obstrução, formação de fístulas e perfurações^{4,5}. Quando o tratamento cirúrgico é inevitável, nas lesões obstrutivas da região íleo-cecal, a hemicolectomia tem sido segura e eficaz².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SATO S, Yao K, Yao T, Schlemper RJ, Matsui T, Sakurai T, Iwashita A. Colonoscopy in the diagnosis of intestinal tuberculosis in asymptomatic patients. *Gastrointest Endosc* 2004;59:362-368.
2. ALVES MAG, Rizzon CFC, Picon PD, Milano ACC. Tuberculose Gastrointestinal. In: Picon PD, Rizzon CFC, Ott WP. *Tuberculose: Epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública*. Rio de Janeiro:

Ed. MEDSI, 1993: 405-416.

3. SWAROOP VS. Intestinal tuberculosis (letter). *AJG* 1999;94:1982.

4. HORVATH KD, Whelan RL. Intestinal tuberculosis: return of an old disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93:692-696.

5. HAMER DH, Gorbach SL. Infectious diarrhea and bacterial food poisoning. In: Sleisenger & Fordtrans. 7 ed. Philadelphia: Ed. WBSaunders Company, 2002:1899-1901.

6. MATTOS AA. Ascite. Porto Alegre: Byk, 1994. 173 p.

7. PULIMOOD AB, Ramakrishna BS, Kurian G. Endoscopic mucosal biopsies are useful in distinguishing granulomatous colitis due to Crohn's disease from tuberculosis. *Gut* 1999, 45: 537-541.

Redução do custo em internação hospitalar pelo uso de antibiótico profilaxia em cesariana

* Cristiane Krüger Flôres

** Fabiane Cardoso

*** Hector Robert Gijsein

**** Leonardo Krüger Flôres

Senhor Editor:

Do estudo de coorte retrospectivo envolvendo 2280 cesarianas, publicado nesta conceituada revista, com o título “Uso de cefalotina como profilaxia na infecção de sítio cirúrgico em cesariana” no V.16 – n° 01 – jan/jun – 2003, ficou demonstrado que o uso de cefalotina 2g em dose única reduziu significativamente o índice de infecção em sítio cirúrgico com $RR=0,16$, $IC95\%=0,11-0,23$ e $NNT=7$. Este fator protetor determinou diminuição de custo em internação hospitalar, pela redução da infecção em sítio cirúrgico (isc)..

Para determinar a redução de custos (Tabela 1) foi necessário calcular o custo médio da diária hospitalar para operação de cesariana em nossa instituição, a média da permanência em diárias na reinternação das pacientes com infecção em sítio cirúrgico pós-cesariana, assim como o número de pacientes beneficiados a partir do incremento do uso de antibiótico profilático, por três anos consecutivos (1998,1999 e 2000), tendo como cálculo do benefício o $NNT = 7$, isto é, para cada sete pacientes que usaram atb profilático um deixou de desenvolver isc.

Ocorreu redução do custo, em internação hospitalar, inversamente proporcional aos aumentos percentuais de uso de antibiótico, nos anos de 1998, 1999 e 2000, nos respectivos valores de R\$ 1.039.039,70 (US\$ 365 859.04), R\$ 1.319.992,10 (US\$ 464 785.95), R\$ 1.325.815,20 (US\$ 466 836.33), totalizando R\$ 3.684.847,00 (US\$ 1 297 481.30).

O uso profilático de cefalotina em cesariana é fator protetor, diminuindo as reinternações para tratamento de infecção pós-operatória com redução expressiva dos custos anuais com diárias.

* Doutoranda do HCPA / UFRGS, estagiária do SCIH/HF/GEP
** Acadêmica de Enfermagem UFRGS 8° semestre; estagiária do SCIH/HF.
*** Administrador de Empresas, lotado no SCIH/HF
**** Acadêmico de Medicina UFRGS- 9° semestre, estagiário do SCIH/HF/GEP

Instituição:

Hospital Fêmina SA - Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Endereço para correspondência:
Cristiane Krüger Flôres, Avenida Firmino Octávio Bimbi,
255 casa 1B. Porto Alegre - RS. CEP 91.751-330

Tabela 1: Demonstra a projeção da redução de custos por reinternação pós cesariana, levando em consideração o NNT = 7.

ANO	Nº Proced.	Nº Proced. C/ ATB	% Proced. c/ ATB	Nº pac. c/ ISC	% pac. c/ ISC	Média Perm. Pac.c/ ISC	Valor Leito/Dia	Nº de pac. Benef. pelo uso de ATB	Economia em diárias
1998	1.642	1.001	60,96	99	6,03	14,1	R\$ 515.32	143	R\$ 1039039.70
1999	1.970	1.647	74,49	95	4,82	10,9	R\$ 515.32	235	R\$ 1319992.10
2000	1.937	1.881	97,11	54	2,79	9,6	R\$ 515.32	268	R\$ 1325815.20
									R\$ 3684847.00

ISC = Infecção em Sítio Cirúrgico

NNT = 1 / 7

$$\text{Nº pac. benef. Pelo uso de ATB} = \frac{\text{Nº proced. c/ Atb}}{7}$$

$$\text{Economia em diárias} = \text{Média perm. pac. c/ ISC} \times \text{Valor leito/dia} \times \text{Nº de pac. benef. Pelo uso de ATB (NNT=7)}.$$

Antecedentes e Visão Estratégica

Prezado editor,

Venho por meio desta divulgar o I Fórum da Fundação Ibero- Latino Americano de Diretrizes Clínicas, que ocorrerá em Porto Alegre nos dias 18 e 19 de Novembro de 2004. Esse Fórum possibilitará o contato entre profissionais e instituições da América Latina, Espanha e Portugal com interesse na utilização de diretrizes clínicas como uma ferramenta para desenvolver o atendimento médico com melhor qualidade.

Esse encontro está sendo patrocinado pela Organização Panamericana de Saúde e com o apoio do Grupo Hospitalar Conceição. Esse evento também terá o apoio das seguintes instituições: Associação Médica do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, da Unimed Porto Alegre e do Curso de Pós-graduação de Epidemiologia da UFRGS.

Apresentamos nessa correspondência o histórico e o embasamento teórico para subsidiar as discussões nesse importante evento.

Atenciosamente,

Airton Tetelbom Stein

Presidente do Comitê Organizador do I Fórum da Fundação Ibero- Latino Americano de Diretrizes Clínicas

Assistente de Coordenação de Ensino do GHC

A. ANTECEDENTES

Do contato em novembro de 2003, em Edimburgo, entre a REDEGUÍAS¹ e um grupo de sete países ibero-americanos², surgiu a iniciativa de construir uma rede ibero-americana sobre guias de prática clínica, com o objetivo de compartilhar os esforços, ferramentas e descobertas de grupos que trabalham com eles em toda a Ibero-América.

A promoção da iniciativa foi delegada à rede espanhola REDEGUÍAS. Além da REDEGUÍAS e dos sete países mencionados, a FUNDAÇÃO ENEBRO³ assume o compromisso de atuar como órgão promotor e gestor da iniciativa, para o que põe à disposição da IBEROGUÍAS seu potencial técnico-administrativo.

Do mesmo modo, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)⁴ se soma como promotora da iniciativa na medida em que esta é compatível com suas políticas e estratégias de cooperação técnica em matéria de qualidade da atenção à saúde.

B. GARANTIA E MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO SANITÁRIA

As deficiências no exercício das responsabilidades estatais, institucionais, pessoais e sociais quanto à garantia da qualidade da atenção sanitária é, sem dúvida, o principal problema e desafio dos sistemas de saúde da Ibero-América, e tem graves implicações políticas, sociais, econômicas e sanitárias⁵. A ausência de compromisso, ação e pesquisa sobre a qualidade assistencial é extraordinariamente onerosa. Implica um alto grau de ineficiências, perdas de oportunidades e credibilidade, e um sem-número de efeitos adversos no sistema sanitário, nas comunidades e nas pessoas, que nenhuma organização nem sociedade se deveria permitir.

A qualidade da atenção prestada por um sistema sanitário se deve entender como a integração e aplicação

ótimas dos recursos disponíveis para obter os melhores índices de saúde possíveis para os usuários do sistema, ao menor custo de recursos e com os menores riscos e efeitos adversos nos indivíduos, nas comunidades e no sistema.

A garantia e melhoria da qualidade da atenção é um objetivo obrigatório de todos os sistemas de saúde, que só é possível alcançar na medida de uma ação integrada e permanente das autoridades sanitárias, dos gestores, do pessoal clínico e dos usuários na aplicação de um conjunto de processos e instrumentos para o credenciamento, a normatização, a gestão clínica, a segurança do paciente, a gestão apropriada da tecnologia, a vigilância e prevenção de efeitos adversos, bem como o pleno exercício de direitos e responsabilidades dos cidadãos.

Na atenção sanitária para recursos definidos, o conjunto de resultados que se pode obter depende dos processos de atenção que se produzam. Em tais processos de atenção, juntamente com o fator crítico que é o compromisso das autoridades sanitárias e dos gestores com a qualidade da atenção do sistema, a tomada de decisões por parte dos profissionais que atendem aos usuários e a interação entre uns e outros são os dois elementos que condicionam sua qualidade, já que ambos são, em última instância, os principais responsáveis pela prestação de atenção sanitária e pela utilização adequada dos recursos.

Há dados espantosos sobre a alta variabilidade das decisões dos profissionais, de eventos adversos e do acesso às tecnologias e a seu uso dentro de um mesmo sistema, e até de uma mesma unidade assistencial. Dado que não é explicável apenas pelas diferenças de recursos nem pela tipologia dos pacientes, dita variabilidade é atribuída à qualidade da atuação dos profissionais e dos processos assistenciais estabelecidos.

Como resposta a tal variabilidade, se estabelece a padronização dos processos. A padronização pressupõe a capacidade de ordenar o processo da atenção em um sentido uniforme, com as vantagens de fazer seus resultados previsíveis e de racionalizar a gestão de recursos e dos custos. Não obstante, acarreta sérios riscos potenciais.

Entre esses riscos se destacam a subordinação do objetivo predominante de qualidade do benefício à redução de custos, o freio à incorporação de inovação e tecnologias apropriadas, a homogeneização “por baixo” para incorporar os setores profissionais e populacionais mais protelados ou os âmbitos com recursos menores, e a transferência de responsabilidades dos profissionais para a entidade reguladora.

Para prevenir estes e outros desvios causados pela padronização determinou-se que esta, além de integrar os processos de garantia e melhoramento da qualidade, cumpriria cinco requisitos⁶: basear-se na melhor evidência científica disponível; buscar o máximo benefício social para os usuários; ser definida com participação dos profissionais, gestores e usuários; facilitar a atenção em termos práticos de transparência, de simetria na relação usuários-profissionais; e por último, melhorar a identificação de responsabilidades.

Como elemento chave para a padronização da atenção em busca da melhoria da qualidade, identificam-se os Guias de Prática Clínica (GPC), que são complementares a outras abordagens e estratégias necessárias de garantia e melhoria da qualidade, como a medição de resultados, as auditorias, a vigilância e prevenção de efeitos adversos, a melhoria da qualidade da receita médica, a relação com os pacientes ou o uso adequado das tecnologias, entre outras.

Os GPC são, segundo a definição do *Institute of Medicine*, recomendações sistematicamente desenvolvidas, baseadas na evidência científica, para ajudar os gestores a tomar as melhores decisões em relação aos problemas dos pacientes⁷.

C. O PAPEL DOS GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA

A virtude atribuída aos GPC é que teoricamente podem ajudar na gestão da qualidade da atenção. Seu objetivo último é a melhoria de qualidade da atenção, entendida como um conceito integrado onde intervêm múltiplos fatores e medida em termos de adequação a normas e de resultados para pacientes e eficiência do sistema, sendo a satisfação dos cidadãos um elemento irrenunciável. Cabe destacar a importância que tem para

os gestores poder contar com ferramentas como os guias clínicos, que facilitem a gestão da qualidade e se possam utilizar em termos de efetividade clínica.

Ao mesmo tempo, os GPC relacionam-se em termos de complementação com processos de formação e desenvolvimento de recursos humanos, com processos de protocolização e de padronização da atenção, com o planejamento sanitário e com a gestão clínica.

No âmbito **micro**, além da recopilação do conhecimento de forma operacional que supõe sua produção, os guias tornam obrigatória a identificação, priorização e abordagem de temas críticos de eficácia e eficiência, e são uma boa ferramenta para a implantação consensual das mudanças, que implica a avaliação dos efeitos dos próprios guias.

Em uma perspectiva **média**, facilitam a responsabilização pela qualidade assistencial e a transparência nas decisões dos profissionais, além de identificar os resultados desejados e adversos que se podem esperar e avaliar. Por sua vez, de uma perspectiva **macro**, os guias clínicos proporcionam ao sistema homogeneidade segundo critérios de equidade, explicitam as limitações na utilização de recursos, tornam previsíveis os processos e o custo, e permitem o planejamento de recursos, pelos efeitos esperados sobre os pacientes e as organizações.

Atualmente e pelos reclamos das virtudes descritas, estão proliferando numerosos esforços espontâneos e desordenados na produção e divulgação de GPC, habitualmente desligados dos subsistemas de qualidade dentro dos sistemas sanitários

Para conduzir todos estes esforços e ordenar a produção dos GPC como um processo de geração do conhecimento científico baseado na evidência e orientado para a gestão da qualidade, identificou-se em alguns países a necessidade de instrumentos que permitam registros de GPC e de produtores, identificaram-se recursos para facilitar sua produção e implantação, definiram-se critérios para elaborar os GPC com base na evidência científica, bem como nos critérios para julgar a qualidade dos GPC segundo seu processo de produção, base científica e atualização, coordenaram-se esforços para evitar redundâncias e inconsistências nos GPC e, por último, alguns projetaram programas nacionais para a produção de GPC de uma maneira organizada, sistemática e otimizando recursos⁸.

A produção dos GPC implica necessariamente compromisso político, rigor científico, consenso social e contrato administrativo dos atores envolvidos em sua geração, aplicação e avaliação.

D. PLATAFORMAS PARA A INCORPORAÇÃO DA EVIDÊNCIA À PRODUÇÃO DE GUIAS CLÍNICOS E A MELHORIA DA QUALIDADE DE ATENÇÃO

Há uma iniciativa global com o propósito de estabelecer uma plataforma de sistematização e intercâmbio de conhecimentos para a pesquisa e inovação na eficácia e eficiência da prática clínica, o Guidelines International Network (GIN), (<http://www.g-i-n.net>), de amplo reconhecimento científico e comprovada trajetória de cooperação internacional, e que aglutina os principais autores que hoje são referência internacional sobre GPC mas que, além da limitação idiomática causada pelo uso do inglês, prioriza temas de interesse para países com alto desenvolvimento de seus sistemas sanitários e restringe seu objeto de atuação aos guias de prática clínica.

Na Espanha, a REDEGUÍAS (www.redeguias.org) nasce com o propósito de facilitar a integração dos guias clínicos e os responsáveis mais relacionados com eles, como os profissionais de saúde, com os demais instrumentos disponíveis para formular, impulsionar, administrar e avaliar os programas de melhoria da qualidade assistencial. A REDEGUÍAS tem, além disso, potencial para estruturar um encontro entre profissionais, gestores e usuários em torno de assuntos sensíveis como a definição das carteiras de serviços ou a racionalização de procedimentos de atenção.

Em qualquer caso são iniciativas complementares, além do que um dos compromissos da REDEGUÍAS em matéria de GIN é promover a conexão com a América Latina.

Na Região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é um organismo internacional

de saúde pública com 100 anos de experiência dedicados a melhorar a saúde e as condições de vida dos povos das Américas. A OPAS goza de reconhecimento internacional como parte do sistema das Nações Unidas e cumpre um papel de apoio técnico e facilitador da relação dos processos implicados na gestão da qualidade da atenção de saúde, dos atores relevantes (autoridades sanitárias, acadêmicos, gestores, fornecedores e cidadãos) em seu desenvolvimento, dos planos de ação internacional, nacional e subnacional, bem como das iniciativas regionais, nacionais e locais.

Como um derivado natural das mencionadas instituições e experiências, surgiu a iniciativa do IBERO-GUIA PARA A QUALIDADE (IBERO-GPC). Para sua execução se propôs pôr em andamento uma dinâmica de cooperação, a fim de organizar uma reunião de fundação no outono de 2004 em Porto Alegre (Brasil).

Assim, o IBERO-GPC exerceria um papel de comunicação e relacionamento bidirecional entre a Ibero-América e o GIN, propiciando visibilidade e acessibilidade a ambos.

DESENVOLVIMENTO DO IBERO-GPC

A) PROPÓSITO

Os IBEROGUÍAS para a Qualidade pretendem ser uma plataforma de sistematização, comunicação e intercâmbio de conhecimento científico, voltada também para a transferência da pesquisa e a inovação sobre eficiência e eficácia na prática clínica. Não pretendem de forma alguma a transferência acrítica de guias de prática clínica desenvolvidos para seus respectivos contextos pelos atores das redes que se propõem a relacionar, mas a contribuição de metodologias, instrumentos e experiências para a produção autônoma de guias pelos membros da rede.

Tenta-se tirar vantagem das facilidades de comunicação idiomática entre a Espanha, Portugal e a maioria dos países da América Latina, para que o conjunto de conhecimentos que sejam gerados, de evidências sistematizadas, e de experiências e instrumentos que se desenvolvam a fim de melhorar a qualidade assistencial possa ser apresentado de forma utilizável e compartilhado em todo o âmbito descrito, para atividades assistenciais, de gestão e de formação, com economia de escala, mediante uma rede de redes

O IBERO-GPC não restringe a sua atividade aos guias clínicos, que são o seu interesse prioritário na primeira fase de desenvolvimento da iniciativa; mas os insere nos processos para a garantia e melhoria da qualidade dos processos assistenciais em países no entorno cultural da Ibero-América.

B) OBJETIVOS

1. Gerar um sistema de contato virtual permanente entre redes, grupos e instituições de países ibero-americanos com interesse no desenvolvimento de Guias de Prática Clínica e sua integração nos processos de melhoria da qualidade da atenção.
2. Compartilhar informações de metodologias, instrumentos e experiências para a elaboração, disseminação, implantação e avaliação (EDIA) de guias de prática clínica, aproveitando a vantagem idiomática.
3. Identificar e promover campos de cooperação entre os interessados na produção de guias, a adaptação local de guias, sua implantação e avaliação, e em atividades de formação e educação continuada.
4. Elaborar e manter um plano de situação sobre o que se está fazendo em desenvolvimento de guias de prática clínica na Ibero-América para estabelecer as estratégias e prioridades na gestão dos IBERO-GPC.
5. Facilitar a expansão bidirecional dos potenciais entre GIN e IBERO-GPC.
6. Alavancar a presença internacional da ciência produzida em espanhol e português.

C) RESULTADOS ESPERADOS

Resultados previstos a curto prazo:

1. REDE de redes de sócios em funcionamento.
2. *Site* operacional na Internet
3. Sistematização das informações em espanhol e português sobre metodologias, instrumentos e experiências em apoio aos processos EDIA de guias clínicos
4. Intercâmbio de experiências sobre práticas em processos de garantia e melhoria da qualidade
5. Atividades de treinamento e encontros de intercâmbio científico

D) CRITÉRIOS DIRETORES

A constituição e o funcionamento dos IBERO-GPC serão regidos pelos seguintes critérios:

1. Autonomia e responsabilidade nacional e local pela formulação e adoção dos guias
2. Adaptabilidade às condições locais: políticas, socioeconômicas, epidemiológicos, tecnológicos e culturais
3. Subsidiariedade em relação ao fortalecimento das capacidades nacionais e locais para o desenvolvimento dos GPC
4. Elaboração e aplicação dos guias como instrumentos de processos de garantia e melhoria da qualidade
5. Horizontalidade no intercâmbio de experiências para a aprendizagem recíproca de todos os participantes
6. Caráter virtual da plataforma para o intercâmbio, aproveitando a tecnologia de comunicação telemática
7. Gradualidade quanto à ênfase prioritária nos objetos do intercâmbio em relação aos interesses dos participantes

E) PLANO DE DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento dos IBERO-GPC é planejado em dois períodos: *formação e consolidação*. No período de formação, com ênfase na produção de guias, identificam-se duas fases: uma constitutiva e outra de desenvolvimento, a realizar-se em 2004 e 2005, respectivamente. Superado com êxito o primeiro período, aborda-se o de consolidação, a partir de 2006.

A. Na fase constitutiva, orientada para o crescimento gradual da cobertura de países e grupos, e a desenvolver-se em 2004, pretende-se:

- 1.-Estabelecer a aliança estratégica entre os sócios promotores da iniciativa:
 - 1.1 - REDEGUÍAS
 - 1.2 - FUNDAÇÃO ENEBRO
 - 1.3 - OPAS/OMS
 - 1.4 - Grupo Hospitalar Conceição (Brasil)
 - 1.5 - Hospital Mutual de Seguridad (Chile)
 - 1.6 - Instituto da Qualidade em Saúde (Portugal)
- 2.-Mapear o tecido profissional, científico e institucional sobre que se possa sustentar e relacionar a iniciativa para a busca de sócios potenciais. (Ver ANEXO I)
- 3.-Integrar a iniciativa com outros atores, processos e iniciativas institucionais, nacionais e internacionais que possam resultar facilitadores ou complementares, para propiciar a coordenação e cooperação dentro de esforços nacionais de melhoria da qualidade da atenção, bem como evitar as duplicações e concorrências. (Ver ANEXO II)
- 4.-Gerar alianças com as instituições fundadoras para o desenvolvimento de IBERO-GPC. (Ver ANEXO III)
- 5.-Formar um núcleo interessado, comprometido e capaz para a promoção da iniciativa: REDEGUÍAS, Fundação ENEBRO, OPAS, Instituto da Qualidade em Saúde e Grupo Hospitalar Conceição.
- 6.-Garantir o financiamento para a primeira fase de 2 anos.

7.-Reunir os sócios fundadores para a formação da rede de redes IBERO-GPC (Porto Alegre, Brasil, 18 e 19 de novembro de 2004)

B. A fase de consolidação a desenvolver em 2005 é orientada para iniciar a cooperação nos trabalhos de EDIA dos GPC, juntamente com a formação e intercâmbio de experiências em tal campo.

C. A fase de consolidação, iniciada em 2006, estará mais centrada no intercâmbio de resultados que possam ser compartilhados na rede e na possível extensão a outras áreas da gestão da qualidade, como:

1. Análise de resultados em saúde
2. Análise de satisfação de cidadãos e profissionais
3. Realização de auditorias
4. Ministrar cursos de formação sobre qualidade
5. Dispor de uma ferramenta de gestão útil para gestores e planejadores
6. Realização de foros de debate e de encontros entre instituições interessadas diversas sobre IBERO-

GPC

F) ATIVIDADES:

As atividades previstas para 2004, por ordem de prioridade, são as seguintes:

1. Desenvolver e validar o Documento-Quadro de Referência com os sócios promotores
2. Garantir um financiamento adequado às necessidades e aos objetivos da decolagem da rede, por meios

como:

- 2.1 - Financiamento da REDEGUÍAS
- 2.2 - Apoio técnico e financeiro da OPAS
- 2.3 - Apoio logístico do Grupo Hospitalar Conceição (Brasil)
- 2.4 - Apoio de eventuais patrocinadores entre as empresas sanitárias, educacionais e outras, públicas e

privadas

3. Acordar e estabelecer convênios com os sócios executores da iniciativa:

- 3.1 - REDEGUÍAS e OPAS: Apoio técnico
- 3.2 - FUNDAÇÃO ENEBRO: Secretário Técnico-Administrativo
- 3.3 - BIREME: Biblioteca virtual e plataforma digital

4. Estabelecer busca e contato com sócios fundadores eventuais para a convocação da reunião de fundação.

5. Organizar e realizar a reunião de fundação entre sócios, com duas seções: a científico-técnica, aberta ao público interessado; e a constitutiva, reservada a sócios convidados.

6. Elaborar, acordar e aprovar a carta constitutiva do IBERO-GPC

G) ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

1. A gestão da iniciativa é organizada em torno dos seguintes eixos:

1.1 - Estratégico: organização gradual da rede virtual, iniciada com grupos que contam com experiência e resultados valiosos na elaboração de guias clínicos e manifestem interesse e decisão de participação construtiva, para depois ampliar a cobertura aos países considerados prioritários para a cooperação técnica da OPAS/OMS e a outros processos de EDIA e temas ligados à melhoria da qualidade da atenção.

1.2 - Científico-técnico: seleção de metodologias, instrumentos e experiências cientificamente validados de EDIA, referidos a necessidades e requisitos dos sócios participantes, quanto à produção de guias, formação de provedores assistenciais e processos de melhoria da qualidade.

1.3 - Institucional: aproveitamento de infra-estrutura e capacidade instalada dos membros para obter economia de escala e evitar a criação de estruturas paralelas da seguinte forma: Secretaria Técnico-Administrativa pela Fundação Enebro, coleta e comunicação da informações mediante a plataforma digital da BIREME.

1.4 - Financeiro: orientação progressiva para a autofinanciamento do funcionamento da rede a partir de um fundo básico formado pelas contribuições da REDEGUÍAS e OPAS.

2. A sustentabilidade da iniciativa é baseada nas seguintes dimensões:

2.1 - Política: pela participação das autoridades sanitárias nacionais, a conexão com a GIN e outras iniciativas de prestígio internacional e a referência aos processos de defesa dos direitos dos cidadãos em matéria de saúde.

2.2 - Técnica: referência e integração com processos nacionais de garantia e melhoria da qualidade da atenção, e relacionamento de cooperação e complementação com outras iniciativas semelhantes pré-existentes.

2.3 - Organizativa: utilização da capacidade instalada na Enebro e na BIREME.

2.4 - Financeira: existência de um financiamento semente, contribuição da REDEGUÍAS e da OPAS à formação inicial da rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A RED DE GUÍAS (REDEGUÍAS) é uma iniciativa de pesquisa cujos objetivos são aprofundar a homogeneização dos processos de produção, atualização, implantação e avaliação de Guias Clínicos para a melhoria da qualidade assistencial. Inclui 10 grupos espanhóis e está integrada na RED_MBE. Conta com financiamento do programa de Redes do Instituto de Saúde Carlos III.

BRASIL, Colômbia, Chile, Equador, Espanha, Panamá e Portugal

FUNDAÇÃO privada sem fins lucrativos para o progresso do conhecimento científico e das tecnologias em serviços sociais e de saúde, inscrita no Registro de Fundações Docentes, de Pesquisa e Desportivas do Ministério da Educação da Espanha.

ESCRITÓRIO Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde; dentro do Sistema Interamericano, é o organismo pan-americano especializado em saúde.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. "La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción". Washington, D.C.: 2002. A função pública de garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos é a que apresenta desempenho mais fraco na Região das Américas, segundo a avaliação efetuada em 2002.

RICHARD Grol. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. JAMA 2001; 286: 2578-2585.

INSTITUTE of Medicine. *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use*. Field M e Lohr KN, editores. Washington, DC.: National Academy Press, 1992

STEVEN H Woolf. Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines. BMJ 1999; 318:527-30.

Prof. Volnei Garrafa apoia posicionamento sobre Ética da Autoria.

Senhor Editor:

O Prof. Volnei Garrafa, Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, enviou mensagem expressando sua concordância com posições contidas na carta que dirigí ao Editor de Momentos e Perspectivas em Saúde. A carta havia sido publicada no número anterior desta revista, sob o título de "Quem Pode e Deve Ser Autor".

O Prof. Garrafa participou da I Jornada de Bioética do Grupo Hospitalar Conceição, no dia 5 de setembro de 2003. Na ocasião, os ouvintes ficaram encantados com a clareza, coragem e otimismo de sua manifestação.

São suas palavras na recente mensagem:

"Caro Sérgio:

Obrigado pelo envio do texto sobre "Ética da autoria". Tens razão quando dizes que trata-se de um tema que precisa ser melhor analisado e definido. Como você, também sou completamente avesso a este pessoal que obriga os subordinados a incluir seus nomes nos artigos, sem nenhuma contribuição. Muito oportuno. Gostei muito. Parabéns. Grande abraço.

Volnei Garrafa"

Sérgio Ruschel.

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição - RIS/GHC

* Julio Baldisserotto
* Ananyr Porto Fajardo
* Silvana Flores
* Vera Pasini
* Maria Helena Schmidt

Carta ao EDITOR

Prezado Editor:

A Gerência de Ensino e Pesquisa vêm, inicialmente, saudar mais uma edição da Revista Momento e Perspectivas em Saúde do GHC e agradecer a oportunidade de poder divulgar a constituição da Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição. Este projeto de pós-graduação multidisciplinar em serviço é fruto de uma parceria entre O GHC e o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Este projeto, em seu primeiro processo seletivo, já demonstrou o sucesso desta iniciativa, através de seus mais de 600 inscritos para disputar uma das 30 vagas em diferentes profissões da área da saúde.

A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - RIS/GHC

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) constitui-se em uma modalidade de formação centrada nos serviços de saúde, no trabalho em equipe multiprofissional, na integralidade da atenção a saúde das pessoas. Inicialmente, são três as áreas de ênfase – Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva – que estão recebendo residentes em enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, integrada aos residentes médicos.

A proposta de formação em serviço em equipe de saúde vem atender às diretrizes do Ministério da Saúde relacionadas à integralidade, à universalidade e a equidade na atenção à saúde com participação social.

Considerando que o GHC é uma organização diretamente vinculada ao Ministério da Saúde, desenvolvendo ações nos diferentes âmbitos da atenção à saúde e buscando atendimento integral, existe uma preocupação no sentido de que a mesma ofereça uma formação diferenciada que qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação terapêutica e ao uso das tecnologias disponíveis para o cuidado da vida.

Neste sentido, é prioritário investir numa formação que estimule a curiosidade, a experimentação e a produção de novas tecnologias na atenção em saúde.

A proposta de constituição da RIS/GHC propõe a agregação das ciências sociais e das ciências humanas à temática da formação em saúde, resultando numa produção inovadora de ensino em serviço entre profissionais de diversas formações.

A Residência Integrada em Saúde do GHC, com a participação de profissionais de áreas disciplinares diferentes, poderá provocar a experiência de uma abertura recíproca e de comunicação entre conhecimentos, de modo a constituir um plano inter/transdisciplinar que se impõe pela troca sistemática e contínua entre saberes, assim como pela construção coletiva de novos conhecimentos.

As Residências Médicas já existentes nestas áreas de ênfase, integrar-se-ão a esta proposta a

* Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC

partir de um programa teórico comum que contemple os diversos aspectos relacionados à prática profissional no SUS.

ÁREAS DE ÊNFASE: SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, SAÚDE MENTAL E TERAPIA INTENSIVA

As áreas para constituição deste espaço de formação multiprofissional são: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva.

Tal prioridade inicialmente estabelecida é devida a dois aspectos da nossa realidade: a dimensão local/regional, essencial na definição daquelas áreas de conhecimento que são fundamentais na formação do profissional vinculado às atividades do SUS, considerando as necessidades de saúde das pessoas e da população e englobando aspectos relacionados aos indicadores epidemiológicos e ao perfil sócio-demográfico-cultural das comunidades; e a dimensão da realidade situacional do Grupo Hospitalar Conceição, sinalizando algumas áreas profissionais em que as práticas em saúde constituem-se com base em equipes de saúde, as quais trabalham com programas e/ou atividades bem organizadas e flexíveis, no sentido de acolher e conviver com outros campos de saber dentro de um processo de formação profissional em serviço

OBJETIVO GERAL DA RIS

Especializar profissionais de diversas profissões da saúde, através da formação em serviço, para atuar em equipe de forma interdisciplinar e resolutive, além de fornecer subsídios para a realização de pesquisas no âmbito do SUS, desenvolvendo capacidades de analisar e propor ações visando alcançar a integralidade, a universalidade e a equidade na atenção à saúde com participação social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Especializar profissionais de saúde para:

- Conhecer a realidade local e trabalhar nela embasados através de uma prática humanizada, associada ao conhecimento técnico e a postura ética, considerando os saberes popular e científico.
- Desenvolver uma prática de saúde alicerçada na concepção de vigilância da saúde como uma resposta social organizada às situações de saúde em todas as suas dimensões, através da combinação das estratégias de intervenção de promoção de saúde, da prevenção de agravos, de lesões não intencionais, de violência e de suicídio, além da atenção curativa, para indivíduos e grupos identificados como vulneráveis
- Conhecer, analisar, aplicar e avaliar informações, habilidades e atitudes na prática de atenção à saúde que possibilitem a realização da atenção integral à saúde individual, familiar e coletiva na sua área de formação básica, de forma interdisciplinar.
- Compreender o indivíduo, a família e/ou a comunidade e os diferentes grupos sociais como sujeitos do seu processo de viver e ser saudável, considerando as diferentes etapas de seu ciclo vital.
- Conhecer e atuar na rede de apoio institucional social, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações intersetoriais integradas para a melhoria constante da qualidade de vida e saúde da população.
- Desenvolver processos de planejamento e gerência em saúde, adquirindo conhecimentos para avaliação dos planos, das ações e do desempenho de equipes de saúde.
- Desenvolver um processo educativo em saúde como prática social, histórica e política que considere o perfil socioepidemiológico da população e a participação dos sujeitos na apropriação da práxis cotidiana como objeto de trabalho, tendo como finalidade sua transformação em uma nova práxis mais crítica, criativa e emancipada.
- Instrumentalizar-se para a promoção de atividades de formação e de capacitação de pessoal, utilizando metodologia problematizadora.
- Implementar projetos de pesquisa na área da atenção à saúde, compreendendo a importância da produ-

ção científica na qualificação e implementação de novas tecnologias em saúde.

➤ Manter um processo permanente de reflexão sobre os aspectos éticos do processo de trabalho em saúde

QUADRO DE VAGAS DA RIS

Sendo esse um período de construção de uma nova forma de pensar a formação de profissionais de saúde para o SUS, cremos que a consolidação desta proposta, com destinação de 30 vagas para categorias profissionais até então não participantes de tal modalidade de formação em serviço, irá se dando com a integração da RIS nos Serviços aos quais a mesma estará vinculada, favorecendo um campo de fortalecimento da proposta de assistência integral. Para tanto, acreditamos serem necessárias rearticulações e reorganizações dos serviços, privilegiando a composição multiprofissional dos mesmos e a adequação da estrutura física.

A tabela abaixo apresenta a proposta de Residência Integrada em Saúde do GHC, na modalidade multiprofissional, com ênfase em Intensivismo, em Saúde da Família e Comunidade e em Saúde Mental, com início em 2004.

Ênfase	Categorias profissionais	N.º de vagas	Total de vagas para R1
Terapia Intensiva	Enfermagem	6	8
	Fisioterapia	2	
	Medicina*	2	
Saúde da Família e Comunidade	Enfermagem	5	17
	Odontologia	5	
	Psicologia	2	
	Serviço Social	5	
	Medicina*	36	
Saúde Mental	Psicologia	2	5
	Serviço Social	1	
	Terapia Ocupacional	1	
	Enfermagem	1	
	Medicina*	1	

*Vagas já existentes, pertencentes ao Programa de Residência Médica.

DESENVOLVIMENTO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC

O processo de formação dar-se-á ao longo de dois anos, sendo constituído por:

➤ Atividades de reflexão teóricas

Módulos teóricos integrados;

Módulos teóricos específicos de campo e núcleo;

➤ Atividades de Formação em serviço.

Os módulos teóricos integrados serão desenvolvidos ao longo da residência, perpassando toda a formação em serviço.

O conteúdo teórico da Residência Integrada em Saúde do GHC corresponderá de 10 a 20 % do total de carga horária, sendo desenvolvido na forma de aulas expositivas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas e seminários, intercalados com a formação em serviço propriamente dita.

As atividades de formação em serviço corresponderão de 80 a 90% da carga horária da residência, estando o mês de férias incluído neste total.

Durante o 1º ano de residência, o residente realizará atividades de formação em serviço especificamente

na área de ênfase da Residência:

- ◆ Saúde da Família e Comunidade
- ◆ Saúde Mental
- ◆ Terapia Intensiva

Durante o 2º ano, o residente realizará atividades de formação em serviço em áreas afins o/ou complementares, na própria instituição ou em outras instâncias do Sistema Único de Saúde.

Ao final da Residência, o residente deverá ter concluído uma pesquisa adequada às linhas de pesquisa definidas para o GHC e que leve em consideração os eixos transversais da RIS (Atenção Integral, Educação Permanente e Humanização).

ESTRUTURA TEÓRICA DA RIS CAMPO DE CONHECIMENTOS COMUNS

A estrutura das atividades de reflexão teórica da Residência Integrada em Saúde do GHC será organizada em torno dos seguintes temas:

1. Bioestatística e Epidemiologia;
2. Metodologia de Pesquisa;
3. Bioética e Biossegurança;
4. Gestão em saúde;
5. Atenção integral à saúde.

As temáticas deverão contemplar conteúdos referentes a conceitos de saúde e doença, a abordagens do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, políticas de atenção à saúde, planejamento e avaliação em saúde, processos de trabalho no cuidado à saúde, o reconhecimento do usuário em sua relação com família e comunidade em determinado território, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, bioética e pesquisa quantitativa e qualitativa em saúde.

ATIVIDADES DE REFLEXÃO TEÓRICA POR ÁREA DE ÊNFASE DA RIS

Cada área de ênfase constituirá seminários teóricos específicos por **Campo** de saberes e práticas e por **núcleo** profissional.

Temáticas previstas por **Campo**:

- Saúde da Família e Comunidade: introdução ao programa de residência em saúde da família e comunidade; atenção primária em saúde e o SUS; contexto político-social da saúde; controle social em saúde e o SUS; gerenciamento dos serviços de saúde: planejamento, educação em saúde; abordagem de famílias; o processo de trabalho em equipe multidisciplinar; interdisciplinaridade; educação em saúde no cuidado à família; corpo e saúde: dimensões sócio-antropológicas; vigilância à saúde; saúde mental na saúde da família; vigilância epidemiológica e as doenças infecto-contagiosas;

- Saúde Mental: Legislação em Saúde mental; Políticas de Saúde mental; Abordagens teóricas em Psicoterapias; Terapia de Família; Arteterapia; Álcool e outras drogas; Psicofarmacologia em saúde mental; Clínica ampliada em saúde mental.

- Terapia Intensiva: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidado ao paciente na UTI; A equipe da terapia intensiva eo enfrentamento com a morte; Aspectos éticos no cuidado ao paciente em morte cerebral, Abordagem da família; Utilização da máquina no contexto da terapia intensiva; Procedimentos invasivos na terapia intensiva; Monitorização em terapia intensiva; Ventilação mecânica; Politraumatizados em UTI; Distúrbios neurológicos Cardiovasculares, Endócrinos, Respiratórios, Gastrointestinais, Renais, Pulmonares, etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos todos os envolvidos no processo, a Gerência de Ensino e Pesquisa, as áreas de ênfase, e atual Diretoria do GHC, que a Residência Integrada em Saúde do GHC fundamentada na formação em serviço, desenvolvida sob a ótica da interdisciplinaridade e da humanização da atenção, propiciará melhor atenção à saúde

dos usuários que vierem a necessitar do atendimento desses profissionais, além de melhorar a qualidade de vida de todos: dos pacientes, que serão vistos em sua integralidade; dos profissionais de saúde em formação, ao aumentar sua capacidade de diálogo e alcançar uma compreensão ampliada da realidade; e dos orientadores da residência integrada, ao ampliar as possibilidades educativo-participativas do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária. Porto Alegre, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desenvolvimento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde: algumas iniciativas. <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/seminario/publicacao.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 25 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 10 de setembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Proposta de trabalho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

BRASIL. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Projeto de Especialização em Saúde da Família / Modalidade Residência, 2001.

CECCIM RB, ARMANI TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulgação em Saúde para Debate, 23: 30-56, 2001.

CECCIM RB, FERLA AA. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro, R, Mattos, RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS / UERJ / ABRASCO, 2003.

CECÍLIO LCO, MERHY EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: In: Pinheiro, R, Mattos, RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, IMS / UERJ / ABRASCO, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública / RS. Proposta político-pedagógica da Residência Integrada em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde, versão de 6 de agosto de 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública / RS. Regulamento da Residência Integrada em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública / RS. Residência Integrada em Saúde Coletiva: manual do candidato - processo seletivo 2001.

SCHAEGLER LI, ALMEIDA, ME. Práticas pedagógicas em saúde: rede como possibilidade de criação. Divulgação em Saúde para Debate, 23: 57-63, 2001.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NA REVISTA *“Momento & Perspectivas em Saúde”*

A Revista *“Momento & Perspectivas em Saúde”*, órgão oficial de divulgação técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição, tem como objetivo principal divulgar a experiência dos profissionais do GHC que atuam nas diversas áreas técnico-científicas. Desta forma estará difundindo conhecimentos que contribuam para aperfeiçoar e desenvolver a qualidade de saúde de nosso Estado e de nosso País.

A Revista publica artigos originais, de revisão ou de atualização, relatos de casos e cartas aos editores, tanto de profissionais que atuam no GHC, quanto de profissionais externos, que remetam espontaneamente ou por solicitação de seus Editores, com duas cópias, para:

Editoria da Revista *“Momento & Perspectivas em Saúde”*
Gerência de Ensino e Pesquisa - GEP
Rua Francisco Trein, 596 - 3º andar
91350-200 - Porto Alegre - RS

Os artigos são de responsabilidade dos seus autores e é indispensável a aprovação pelo Conselho Editorial da Revista para sua publicação.

Instruções Gerais:

As instruções de ordem técnica se baseiam na orientação do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*Ann Intern Med* 1988; 108: 258-265). Os trabalhos que resultem de pesquisa em seres humanos deverão vir encaminhados à Revista acompanhados pelo parecer e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. Esta determinação está em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.

Os trabalhos deverão ser datilografados ou digitados em papel tamanho ofício, espaço duplo, com margem em todos os lados de 3cm e páginas numeradas em sequência. Os artigos originais não deverão exceder 20 páginas, os artigos de revisão ou de atualização 30 páginas e os relatos de caso 10 páginas.

O original e duas (2) cópias juntamente com o disquete do(s) artigo(s) deverá ser encaminhado para o Setor de Editoria.

A **primeira página** deverá conter o título em português e em inglês, o nome completo de todos os autores acompanhado de suas titulações, a instituição onde o trabalho foi realizado e o nome e endereço de um dos autores para correspondência.

A **segunda página** conterá o título em português e o resumo, com 150 palavras no máximo, seguido de dois a cinco unitermos. A seguir o título em inglês, o “abstract” e de duas a cinco “key words”. Estes unitermos deverão se basear na edição anual da BIREME/OPAS/OMS dos Descritores em Ciências da Saúde.

Na **terceira página** é iniciado o trabalho propriamente dito, incluindo na organização os seguintes subtítulos: introdução (definindo os objetivos), casuística e método (quando se referir a trabalhos não experimentais), material e método (quando o trabalho for experimental), resultados, discussão e conclusões.

Ao **final do trabalho** citam-se as referências bibliográficas em ordem de aparecimento no texto, de acordo com as normas internacionais propostas no "*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*" (JAMA 1993; 269: 2282-2286), com os periódicos abreviados conforme constam no *Index Medicus* ou no *Index Medicus Latino-Americano*. As referências deverão ser numeradas em seqüência e obrigatoriamente citadas no texto. Exemplos de referências:

- artigo de periódico:

Carpenter JP, Lexa FJ, Davis JT. Determination of sixty percent or greater carotid artery stenosis by duplex Doppler ultrasonography. *J Vasc Surg* 1995; 22: 697-705.

- livro:

Machleder HI. Vascular disorders of the upper extremity. New York: Futura Publishing Co., 1983.

- capítulo de livro:

Berger HJ, Zaret BL, Cohen LS. Cardiovascular nuclear medicine. In: Golberger E, ed. *Textbook of clinical cardiology*. 1st ed. St Louis: CV Mosby, 1982: 326-345.

- observação:

Até seis autores, citam-se todos; sete autores ou mais, citam-se os três primeiros seguidos de "et al".

As tabelas e ilustrações vêm a seguir. As tabelas são numeradas em seqüência, com algarismos romanos, acompanhadas de enunciado. As ilustrações (gráficos, diagramas e fotos) são numeradas também consecutivamente com algarismos arábicos e referidas no texto como "figuras". As fotos não podem exceder o número de seis por artigo, somente em preto e branco, e na medida de 10 x 15 cm. As legendas das ilustrações devem ser datilografadas/digitadas em folha à parte, respeitando a numeração contida no texto.

A última página conterá os agradecimentos, quando for o caso.

O Conselho Editorial da Revista subentende que, ao remeter um artigo para publicação, o mesmo não foi e nem será remetido para publicação em outro periódico, nacional ou estrangeiro.

Fluxograma de análise de um artigo:

