

Volume 4

Número 1

Janeiro/Abril 1995



REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP

SUMÁRIO / CONTENTS

Págs. / Pages

EDITORIAL / EDITORIAL..... 5

ARTIGOS / ARTICLES

A organização do atendimento aos pacientes e os seus reflexos na eficácia do diagnóstico clínico 7
The organization of patients attendance and the accuracy of clinical diagnosis
Sílvio Santos Carvalho

Antibióticoprofilaxia em ratos submetidos a anastomose intestinal sob a ação de metilprednisolona.. 11
Antibiotic prophylaxis in rats undergone intestinal anastomosis using methylprednisolone
Paulo Roberto Gum, Sandra Pedroso de Moraes, José Alfredo dos Reis Neto

Tuberculose: incidência e particularidades na enfermagem de pneumologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCCAMP 15
Tuberculosis: incidence and peculiarities at the Pulmonary Service of Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCCAMP
Abel Luiz Ferreira Neto, Maria Cristina Oliveira Russo Raffi, Oswaldo Cassilha Júnior, Ana Silva Castro Laos, Denise Barbosa Malek, Flávia Pimenta Pinheiro, Carlos Fernando M. B. Gonçalves

Ocorrência de glândulas sebáceas ectópicas nas diversas áreas anatômicas da cavidade da boca..... 21
Occurrence of ectopic sebaceous glands in several buccal cavity anatomic areas
João Carlos Bacarelli

Fibrilação atrial crônica no idoso (FAC): análise ecocardiográfica do ventrículo esquerdo 31
Chronic atrial fibrillation (CAF) in elderly: echocardiogram evaluate of left ventricle
Armando Miguel Júnior

RELATO DE CASO / CASE REPORT

Rim policístico unilateral: relato de caso 35
Unilateral polycystic kidney: case report
Antonio Gugliotta, José Windsor Angelo Rosa, Gustavo Affonso Ferreira, Guilherme Becker Burmeister, José Carlos Ribeiro da Motta Filho, Carlos José Sierra, Norma Marques Nascimento

PONTO DE VISTA / POINT OF VIEW

Pós-Graduação na Faculdade de Ciências Médicas: conquistas, desafios, incertezas... 38
Postgraduate course at Faculdade de Ciências Médicas: conquest, challenge, uncertainties...
Lilian Vieira Magalhães

DISSERTAÇÕES E TESES / DISSERTATION AND THESIS 40

REGIMENTO / REGIMENT 44

INSTRUÇÕES AOS AUTORES / INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 46

EXPEDIENTE

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

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

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

Editor
Editor Associado

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

Conselho Editorial

Adil Muhid Samara
Alice Reis Rosa
Antônio de Azevedo Barros
Berenice Rosa Francisco
Elda Mathilde Hirose Pastore
Geraldo Gomes de Freitas
Jessé de Paula Neves Jorge
José Alfredo dos Reis Neto
Ligia Maria Juppo de Souza Rugolo
Lineu Corrêa Fonseca
Marcelo Zugaib
Moacir de Pádua Vilela
Nelson Ari Brandalise
Paulo José Ferreira Tucci
Saul Goldenberg
Sílvio dos Santos Carvalhal
Sílvio Saidemberg
Vicente Renato Bagnolli

Capa: Alcy Gomes Ribeiro
Normalização: Prof^a Rosa Maria Vivona Bertolini Oliveira
Normalização das referências bibliográficas: Maria Cristina Matoso
Diagramação e Composição: VEC Editores (0192) 47.3184
Impressão: ICEA - Gráfica e Editora Ltda
Tiragem: 1000 exemplares
Distribuição: Sistema de Bibliotecas e Informação da PUCCAMP
Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

Revista de Ciências Médicas - Puccamp - Av. John Boyd Dunlop, s/nº
Jd. Ipaussurama - 13020-904 - Campinas - SP

A Faculdade de Ciências Médicas, teve renovada sua Diretoria para o período de 1995 à 1998, após pleito democrático, com a participação de diferentes chapas, envolvendo participação de todos os segmentos de sua comunidade, discutindo amplamente seus programas e propostas em debate público.

Dentre as propostas da atual Direção, a Revista de Ciências Médicas, seria a manutenção de seus objetivos na divulgação dos conhecimentos científicos das diversas áreas da Saúde, assegurando e incentivando a produção de trabalhos interdisciplinares, para o qual apelamos a colaboração de todos os docentes da Unidade.

O Prof. Luiz Maria Pinto deixando a Direção da Faculdade de Ciências Médicas, após seis anos de profícuo trabalho, aceitou assumir conosco a responsabilidade do cargo de Editor da Revista, bem como a participação do Prof. Dr. José Roberto Provenza como editor associado, o que nos assegura a manutenção dos princípios básicos que norteiam nossa Revista desde sua criação, quanto a sua linha editorial.

Não poderíamos deixar de assinalar o empenho da Direção na continuação e realização das nossas propostas que contemplam ensino, pesquisa e extensão.

ROQUE JOSÉ BALBO

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas - PUCCAMP

A organização do atendimento aos pacientes e os seus reflexos na eficácia do diagnóstico clínico

Silvio Santos Carvalho¹

RESUMO

O autor recomenda a abordagem completa do paciente, primeiro pelo médico internista, que é o profissional melhor qualificado para fazer uma avaliação completa e equilibrada de todo o organismo. Fundamenta esta recomendação, fazendo um estudo comparado da eficácia do diagnóstico na elaboração dos diagnósticos clínicos, de 194 casos com diagnósticos aferidos pela necrópsia. Conclui o autor que a racionalização na organização do trabalho de atendimento dos pacientes deve obedecer à norma de proceder a um exame clínico completo, feito pelo clínico não especializado, mas experiente em Medicina Interna. Depois de convenientemente avaliados, é que os casos deveriam ser encaminhados às áreas específicas, em face da complexidade dos problemas e não apenas pelo acometimento deste ou aquele órgão ou aparelho.

Unitermos: diagnóstico clínico, médicos clínicos gerais, serviço hospitalar de admissão de pacientes.

INTRODUÇÃO

A especialização dos médicos subverteu, de modo geral, a organização do atendimento racional dos pacientes, comprometendo a avaliação do docente como um todo.

Parece razoável pensar que o médico mais indicado para proceder a uma avaliação equilibrada do organismo é o internista. Mais do que os especialistas, ele tem a tarefa de examinar o paciente inteiro e levantar todos os problemas diagnósticos para depois decidir quantos que estão no limite da sua competência e que exigem o concurso dos médicos especialistas para resolvê-los. Internistas e especialistas se completam, porque haverá casos que por sua complexidade, necessitarão de equipamento específico e competência maior do médico para melhor definir diagnósticos e mais adequadamente orientar condutas terapêuticas.

Um estudo realizado nos Departamentos de Clínica e de Anatomia Patológica do Hospital e Maternidade Celso Pierro, dá suporte a estas afirmações, existindo também bons trabalhos publicados^{1,2,3,4,5,6} demonstrando a base para a organização do trabalho.

METODOLOGIA

Cento e noventa e quatro pacientes que faleceram no Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) foram estudados clínica e necropsicamente. Além dos parâmetros usualmente considerados - sexo, idade, raça, aspectos clínicos e anatomopatológicos, foi considerada a procedência do cadáver de acordo com os vários serviços do hospital onde tinham sido examinados e tratados (Tabela 1).

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

Tabela 1. Pacientes procedentes de vários serviços do Hospital e Maternidade Celso Pierro

Procedência	Nº de casos
Medicina Interna	131
CTI	19
Clínica Cirúrgica	17
Pediatria	16
Especialidades Clínicas	05
Pronto Socorro	04
Psiquiatria	02
Total	194

Conhecida a procedência dos cadáveres e de posse das observações clínicas e respectivos laudos das necrópsias, foi feito um levantamento dos diagnósticos anatomopatológicos agrupados os casos de acordo com a procedência (Tabela 2).

Tabela 2. Número de diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de acordo com a procedência dos cadáveres

Procedência	Medicina Interna	Especialidades
Nº de casos	131	63
Diagnósticos Clínicos	1181	504
Média por caso	9,0	8,0

Posteriormente foi realizado estudo comparado entre os diagnósticos clínicos, feitos nos pacientes, e os diagnósticos anatomopatológicos efetuados à necrópsia de acordo com a procedência dos cadáveres (Tabela 3).

Tabela 3. Confronto entre os diagnósticos ao exame clínico e à necrópsia segundo a procedência

Procedência	Nº de casos	Nº diagnósticos à necrópsia	Diagnósticos clínicos					
			Corretos		Incorretos		Omitidos	
			nº	%	nº	%	nº	%
Medicina Interna	131	1181 (90 por caso)	492	41,6	219	18,5	470	39,7
Especialidade	63	504 (08 por caso)	154	30,5	105	20,0	245	48,6

Neste confronto, a Tabela 3 discrimina a capacidade diagnóstica dos médicos considerando cada um dos grupos de pacientes segundo a procedência do cadáver. Em cada caso, os diagnósticos clínicos foram aferidos pelos achados necroscópicos e discriminados em três categorias:

a) *diagnósticos clínicos corretos*, quando o diagnóstico clínico foi confirmado pelo estudo necroscópico;

b) *diagnósticos clínicos errados*, quando a necrópsia não confirmou a hipótese clínica formulada;

c) *exame clínico* não revelou todos os diagnósticos achados à necrópsia.

Esses diagnósticos não mencionados na observação clínica constituíram a categoria de diagnósticos omitidos, isto é, diagnósticos não efetuados clinicamente.

DISCUSSÃO

Os resultados das tabelas permitem diferentes reflexões, contudo o que interessa são as inferências sobre a organização do atendimento e a eficácia dos diagnósticos. É preciso insistir que a necrópsia é o melhor método para aferição das hipóteses clínicas de diagnóstico.

De acordo com os números da Tabela 3, alguns aspectos merecem destaque. Quando o cadáver procede do Serviço de Medicina Interna, o percentual de diagnósticos clínicos corretos (41,6%) é significativamente mais elevado do que quando o paciente procede de áreas especializadas (30,5%).

Os erros de diagnósticos são mais frequentes quando a procedência é das especialidades (18,5% de

diagnósticos clínicos errados na área de medicina interna, para 20,0% nas especialidades). É também significativa a diferença de omissão de diagnósticos clínicos (diagnósticos não mencionados na observação clínica e achados à necrópsia). Trinta e nove em cada 100 diagnósticos à necrópsia não foram feitos nos pacientes da área de medicina interna enquanto que 48,6% de diagnósticos não foram feitos ao exame clínico nas áreas ou Serviços de especialidades. O maior número de diagnósticos errados ou omitidos dos Serviços de especialidades não foi no contingente de diagnósticos das áreas específicas das respectivas especialidades mas, quase sempre estavam representados por patologias que estão fora do campo específico do conhecimento dos respectivos especialistas. Esta "incompetência" não os incrimina, porque o especialista desenvolve competência aprofundada e maior acuidade diagnóstica exatamente naquelas doenças que constituem o seu campo de estudo e experiência.

De qualquer modo fica configurado um erro, mas que não deve ser imputável propriamente ao médico especializado mas, principalmente à organização do trabalho de atendimento do paciente.

Afinal, um especialista médico é um profissional especializado em áreas específicas do organismo, em aparelhos, em sistemas, em órgãos ou em doenças. Isto, necessariamente o obriga a se dedicar mais e, às vezes quase inteiramente, a essas áreas específicas. Em consequência, seria exigir muito, quase mesmo o impossível, que ele conhecesse todos os órgãos, aparelhos e sistemas com a mesma profundidade e experiência que conhece o seu campo específico de interesse.

A falha no atendimento *não está* no médico, mas sim na *organização do atendimento*. Cada doente deveria idealmente ter uma avaliação geral feita por um clínico, internista ou generalista experimentado. Quando algum problema diagnóstico ou terapêutico, ao cabo dessa avaliação geral, feita com probidade e consciência, e cuja solução superasse a sua competência, um bom internista "sentiria" o imperativo inadiável de convocar o especialista para resolver o problema.

Esta não é a realidade que definiria a relação do trabalho médico. Para cada caso este procedimento parece ser o mais sensato e honesto.

Se é difícil montar este esquema na atividade profissional para organizar o trabalho assistencial liberal, com grande benefício para os pacientes e para as Instituições, pelo menos, o hospital escola deveria fazê-lo nas suas enfermarias e ambulatórios. O modelo atual há que ser modificado.

Na maioria dos Serviços, após uma triagem rapidíssima o paciente vai diretamente para a especialidade. Os nossos dados comprovam isto. Os problemas de saúde e de assistência devem ser equacionados pela sua complexidade. O encaminhamento para solucioná-los vem posteriormente. Esta proposta é um bom esquema para ser tentado.

SUMMARY

The organization of patients attendance and the accuracy of clinical diagnosis

The author recommends a patient complete attendance, started by the clinician, who is the most qualified professional to do a complete evaluation of the whole organism. This recommendation is based on a study of 194 cases with diagnoses observed in post-mortem examination. Results showed the importance of the organization and rationalization of patients attendance to the efficiency and accuracy of the diagnosis. They also proved that the first examination of the patient by an experienced clinician is better than one realized by a specialist.

Keywords: *diagnosis clinical, physicians family, admitting department of hospital.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C., COUTO, M.L.A.H., SILVA, L.H.F., CARVALHAL, S.S. Correlação diagnóstica anátomo-clínica: aferição retrospectiva do diagnóstico clínico em necrópsias. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.23, p.285-291, 1989.
2. ANDERSON, R.E. Simposium: medical uncertainty and the autopsy. *Human Pathology*, Philadelphia, v.21, p.128-135, 1980.
3. _____. The autopsy as an instrument of quality assessment: classification of post mortem discrepancies. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, Chicago, v.108, p.490-494, 1984.
4. BRITTON, E.R. Diagnostic erros discovered at autopsy. *Acta Medica Scandinavica*, Stockholm, v.196, p.203-210, 1974.
5. CAMERON, H.M., MACGOOGAN, E. A prospective study of 1152 Hospital Autopsies. I. Inaccuracies in death certification, *Journal of Pathology*, Chichester, v.133, p.273-283, 1981.

6. _____, _____. A prospective study of 1152 Hospital Autopsies. II. Analyses of inaccuracies on clinical diagnosis and their significance, *Journal of Pathology*, Chichester, v.133, p.285-300, 1981.

Recebido para publicação em 31 de maio de 1993 e aceito em 10 de fevereiro de 1995.

ARTIGO

Antibioticoprofilaxia em ratos submetidos a anastomose intestinal sob a ação de metilprednisolona¹

Paulo Roberto Gun²
Sandra Pedroso de Moraes³
José Alfredo dos Reis Neto⁴

RESUMO

Elevada incidência de abscessos anastomóticos é registrada em animais tratados com corticóide. Com o objetivo de constatar esta afirmação e estudar um esquema antibiótico para profilaxia, visando a diminuição dessa complicação, testou-se in vitro e, posteriormente, in vivo um esquema antibiótico que pudesse prevenir a formação de abscessos anastomóticos em ratos sob a ação da metilprednisolona (MP). Numa primeira fase, 20 ratos Wistar foram submetidos a anastomose íleo-íleal e separados em dois grupos iguais. O grupo I serviu como controle e recebeu 1ml de SF 0,9% via intra muscular iniciadas um dia antes da cirurgia e mantidos até o 3º dia pós-operatório, quando os ratos foram sacrificados. O grupo II recebeu doses de MP via intra muscular (10 mg/kg/dia), no mesmo esquema do grupo controle. Todos os ratos que receberam corticóide apresentaram abscessos anastomóticos. O antibiograma destes abscessos mostrou a ampicacina como antibiótico mais sensível. Numa segunda fase, 10 ratos (grupo III) foram submetidos ao mesmo tratamento do grupo II, acrescido de doses diárias de ampicacina (20 mg/kg/dia), de 12/12 horas, iniciadas imediatamente após a cirurgia e mantidas até o sacrifício. O índice de abscessos anastomóticos diminuiu em 80%. Concluiu-se que o uso sistêmico de corticóides favoreceu a formação de abscessos anastomóticos e que a antibioticoprofilaxia diminuiu a ocorrência dessa complicação.

Unitermos: anastomose cirúrgica, corticóides, ampicacina, antibióticos, metilprednisolona, ratos de cepas endogâmicas, íleo, intestinos.

INTRODUÇÃO

A utilização crônica de corticóides provoca retardo no processo de reparação tecidual das feridas cutâneas^{1,2,3,4,5} das anastomoses intestinais^{2,3,6,7,9} e aumento na incidência de abscessos na linha de anastomoses^{7,9}. Assim poderá ocorrer elevação da

frequência de deiscências das suturas intestinais no pós-operatório.

Isto é preocupante, visto que muitos pacientes submetidos à cirurgia, são portadores de moléstias crônicas e utilizam esta droga constantemente.

A profilaxia da infecção, diminuindo a incidência de abscessos, em paciente ou em animais de experimentação tratados com corticóides, provavelmente reduziria o número de complicações.

O objetivo deste trabalho foi verificar a ocorrência de abscessos anastomóticos e avaliar a eficácia de um esquema antibiótico capaz de prevenir essa complicação, em ratos, sob ação de corticóides.

- (1) Trabalho realizado no Laboratório de Técnicas Operatórias do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
- (2) Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade Celso Pierro.
- (3) Professora Adjunta do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
- (4) Professor Livre Docente e Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

MATERIAL E MÉTODO

Trinta ratos Wistar pesando entre 200 e 250g, foram separados em três grupos iguais e estudados em duas fases distintas.

Primeira fase

Grupo I: os ratos foram submetidos à anastomose íleo-ileal término-terminal. A partir do dia que antecedeu a cirurgia receberam diariamente 1ml SF 0,9% (intramuscular) até o terceiro dia pós-operatório quando foram sacrificados para avaliação macroscópica da incidência de abscessos anastomóticos.

Grupo II: os ratos foram tratados com metilprednisolona na dose de 10mg/kg/dia administrada por via intramuscular nos mesmos horários em que o grupo I recebeu SF. No terceiro dia pós-operatório, foram sacrificados para avaliação da incidência de abscessos anastomóticos e para realização de cultura do material abscedado, com a intenção de isolar os agentes etiológicos e realizar antibiograma.

Procedimento cirúrgico

- Anestesia com atropina, ketamina e xilazina;
- Tricotomia da parede abdominal e anti-sepsia com álcool iodado;
- Laparotomia mediana;
- Secção transversal do íleo terminal, anastomose término-terminal em plano total, com pontos separados com fio de ácido poliglocólico 5-zeros;
- Fechamento do peritônio e aponeurose com sutura contínua ancorados com fio de náilon 4-zeros e
- Fechamento da pele com pontos simples separados com fio de náilon 4-zeros.

Cultura, microscopia e antibiograma

O material abscedado, foi semeado em quatro meios de cultura sólidos, sendo que dois deles foram enriquecidos com fatores que garantiam o crescimento de microrganismos mais exigentes e outros dois mais seletivos para enterobactérias e cocos gram positivos. Foi utilizado um quinto meio de cultura líquido, rico em substâncias que dariam as bacteriais, caso estivessem em pequeno número, condições de repro-

dução, para serem detectadas. Depois deste isolamento primário, de acordo com a morfologia das colônias que cresceram nas placas, passou-se ao término da identificação lançando mão das características metabólicas por meio de testes bioquímicos.

Após a realização destes testes encontrou-se o gênero e a espécie bacteriana. Paralelamente aos testes bioquímicos foi feito o antibiograma atendendo-se ao perfil de sensibilidade de 60 antibióticos frente a cada microorganismo isolado. Observou-se que a amicacina foi o antibiótico mais sensível *in vitro*.

Segunda fase

Estudou-se *in vivo* o esquema antibiótico mais sensível *in vitro*.

Grupo III: os ratos foram tratados com doses diárias de MP, como no grupo II, e receberam também amicacina intramuscular na dose de 20 mg/kg/dia (12/12 h) iniciada no ato cirúrgico e mantida até o terceiro dia pós-operatório, quando os animais foram sacrificados para avaliação macroscópica, observando-se a incidência de abscessos anastomóticos.

RESULTADOS

Não foi constatada mortalidade. O grupo I apresentou 30% de abscessos anastomóticos, enquanto que no grupo II este índice aumentou para 100%. A cultura do material abscedado mostrou a *Escherichia coli*, a *Klebsiella aerogenes* e a *Pseudomonas aeruginosas* como principais agentes etiológicos dos abscessos (Tabela 1). A amicacina foi o antibiótico de maior sensibilidade entre os oito antibióticos efetivos conforme resultado do antibiograma (Tabela 2).

O índice de abscessos anastomóticos no grupo III foi de 20% (Figura 1).

Tabela 1. Frequência de colônias de bactérias isoladas nas amostras dos abscessos peri-anastomóticos do Grupo II.

Bactéria	Colônias isoladas	%
<i>Escherichia coli</i>	10	100
<i>Klebsiella aerogenes</i>	08	80
<i>Pseudomonas aeruginosas</i>	06	60

Tabela 2. Antibióticos efetivos contra as bactérias isoladas e o grau de sensibilidade graduada na faixa de 1 a 4+.

Antibióticos	Sensibilidade
Amicacina	++++
Gentamicina	+++
Metilmicina	+++
Sisomicina	++
Cefaloperazona	+++
Ceftazidina	++
Ofloxacin	+++
Ciprofloxacina	++

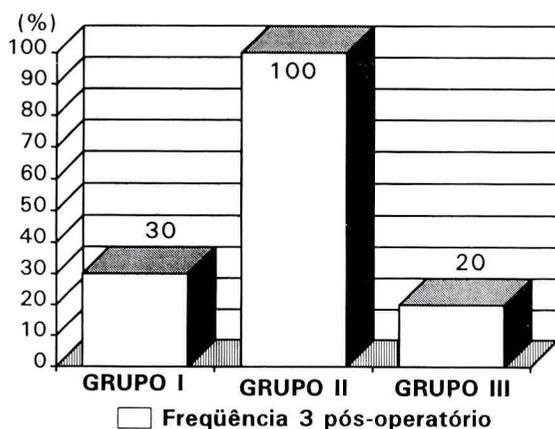


Figura 1. Frequência de abscessos nos grupos de estudo

DISCUSSÃO

Os corticóides retardam o processo de cicatrização das feridas cutâneas^{3,6,10}. Estudo *in vitro* de tecido conjuntivo humano concluiu que essa droga, em altas doses, era capaz de provocar a redução do depósito de colágeno e da formação de ácido hialurônico².

No entanto, KLEIN e CHANDRARAJAN⁶ demonstraram que a síntese e a renovação de colágeno na parede intestinal era diferente da pele e do tecido conjuntivo¹¹. Isto estimulou a realização de trabalhos que empregaram diferentes métodos de avaliação para se estudar a ação dos corticóides na reparação tecidual das anastomoses intestinais^{1,3,7,9,12}.

ASZODI e PONSKY¹, realizaram anastomose jejunal em ratos que estavam recebendo hidrocortisona por via intramuscular em doses de 20, 10 ou 5 mg/kg de peso corporal. Observaram que o rompimento das anastomoses ocorria com pressão intra-luminal menor quanto maior a dose de corticóide injetado.

HOUSTON e ROTSTEIN⁴, encontraram abscessos anastomóticos em cólon de ratos que foram tratados com metilprednisolona.

MASTBOOM et al.⁹, realizaram anastomose ileal e cólica em ratos sob ação da metilprednisolona. O aumento da incidência dos abscessos ocorreu apenas nas anastomoses ileais. Concluíram que a cicatrização tinha um comportamento diferente nesses dois segmentos.

No presente trabalho optamos pela utilização do íleo, segmento intestinal que, nos estudos anteriores sempre apresentou abscessos em ratos tratados com corticóides^{8,9,10}.

A metilprednisolona foi escolhida por ser glicocorticóide quase puro, com pequena atividade mineralocorticóide. A dose de 10 mg/kg/dia, não causou morte nos animais, mas foi suficiente para provocar abscessos em 100% das anastomoses ileais. Alguns autores já haviam utilizado esta droga em doses iguais às aplicadas neste estudo^{9,11} e outros que trataram os animais com doses duas vezes e meio maiores⁴ obtiveram resultados semelhantes aos deste trabalho. Era esperado que acima de uma determinada dose, a resposta imunológica não modificaria.

A utilização de amicacina, no presente estudo, diminuiu a incidência de abscessos em níveis considerados semelhantes ao grupo controle, ou seja, à população que não recebeu glicocorticóides. Como a infecção altera o metabolismo do colágeno do intestino⁵ e facilita a deiscência de anastomoses^{5,12}, a utilização do antibiótico também colaborou com a reparação tecidual nos animais sob ação da MP.

Estudos clínicos deverão ser realizados e provavelmente determinarão a grande importância da antibioticoprofilaxia nos pacientes que utilizam corticóides cronicamente, e necessitam de tratamento cirúrgico.

SUMMARY

Antibiotic prophylaxis in rats undergone intestinal anastomosis using methylprednisolone

High incidence of anastomotic abscesses is registered in animals treated with corticoids. In an attempt to confirm this statement and to study a prophylactic antibiotic scheme, with the objective of reducing the rate of this kind of complication, it was tested in vitro and later in vivo an antibiotic scheme that could prevent anastomotic abscess formation in rats under the use of methylprednisolone (MP). Firstly, 20 Wistar rats underwent an ileo-ileal

anastomosis and were divided in two groups. The first one (group I), was considered the control group and each animal received 1ml of intramuscular 0,9% SF, from one day before surgery until three days after, when the rats were sacrificed. The second group (group II) received intramuscular MP (10 mg/kg/day), in the same scheme of control group. All rats that received corticoids presented anastomotic abscess. The antibiogram of these abscess showed that Amicacin is the most sensitive antibiotic. Secondly, 10 rats (group III) were submitted to the same

procedure as in group II, but also receiving daily doses of Amicacin (20 mg/kg/day) in a 12/12 hour basis, from right after surgery until they were sacrificed. Anastomotic abscess rate was 80% lower. It was concluded that systemic use of corticoids favors anastomotic abscess formation and the prophylatic use of antibiotics decreases the occurrence of this complication.

Keywords: surgical anastomosis, adrenal cortex hormone, corticoids, amicacina, antibiotics, methylprednisolone, inbrid strains rats, ileum, intestines.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASZODI, A., PONSKY, J.L. Effects of corticosteroid on the healing bowel anastomosis. **American Surgeon**, Philadelphia, v.50, p.546-548, 1984.
2. CASTOR, C.W. The effects of chronic glucocorticoid excess on human connective tissue cells in vitro. **Journal Laboratory and Clinical Medicine**, St. Louis, v.65, n.3, p.490-499, 1965.
3. DIPETRILLO, T., LEE, H., CUTRONEO, K.R. Anti-inflammatory adrenal steroids that neither inhibit skin collagen synthesis nor cause dermal atrophy. **Archives of Dermatology**, Chicago, v.120, p.878-883, 1984.
4. HOUSTON, K.A., ROTSTEIN, O.D. Fibrin sealant in high-risk colonic anastomoses. **Archives Surgery**, Chicago, v.123, p.230-4, 1988.
5. IRVIN, T.T. Collagen metabolism in infect colonic anastomoses. **Surgery, Gynecology and Obstetrics**, Chicago, v.143, p.220-224, 1976.
6. KLEIN, L., CHANDRARAJAN, J. Collagen degradation in rat skin but not in intestine during rapid growth: effect on collagen types I and III from skin. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, Washington, v.78, n.4, p.1436-1439, 1977.
7. LAATO, M., HEINO, J., KAHARI, V., NIINIKOSKI, J., GERDIN, B. Epidermal growth factor (EGF) prevents methylprednisolone induced inhibition of wound healing. **Journal of Surgical Research**, New York, v.47, p.354-359, 1989.
8. MARTINS, A., GUIMARÃES, A.S., FERREIRA, A.L. Efeito dos corticosteróides na cicatrização de anastomoses intestinais. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v.7, n.1, p.30, 1992.
9. MASTBOOM, W.J.B., HENDRIKS, T., DE MAN, B.M., DE BOER, H.H.M. Influence of methylprednisolone on the healing of intestinal anastomoses in rats. **British Journal of Surgery**, London, v.78, p.54-56, 1991.
10. PHILIPS, J.D., KIM, C.S., FONKALSROVD, E.W., ZENG, H., DINDAR, H. Effects of chronic corticosteroids and vitamin A on the healing of intestinal anastomoses. **American Journal of Surgery**, v.163, p.71-76, 1992.
11. SALMELA, K., AHONEN, J. The effect of methylprednisolone and vitamin A on wound healing. **Acta Chirurgica Scandinavica**, Stockholm, v.147, p.307-312, 1981.
12. SCHROCK, T.D., DEVENNEY, C.W., DUNPHY, J.E. Factors contributing to leakage of colonic anastomoses. **Annals of Surgery**, Philadelphia, v.177, p.513-518, 1973.
13. YAMAKAWA, T., PATIN, C.S., SOBEL, S., MORGENSTERN, L. Healing of colonic anastomoses following resection for experimental "diverticulitis". **Archives of Surgery**, Chicago, v.103, p.17-20, 1971.

Recebido para publicação em 22 de fevereiro e aceito em 13 de março de 1995.

ARTIGO

Tuberculose: incidência e particularidades na Enfermaria de pneumologia do HMCP da PUCAMP

Abel Luiz Ferreira Neto¹
 Maria Cristina Oliveira Russo Raffi²
 Oswaldo Cassilha Júnior²
 Ana Silvia Castro Laos³
 Denise Barbosa Malek³
 Flávia Pimenta Pinheiro⁴
 Carlos Fernando M. B. Gonçalves⁵

RESUMO

Realizou-se um estudo retrospectivo dos casos de tuberculose (TB) internados na Enfermaria de Pneumologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) - PUCAMP no período de janeiro de 1993 à janeiro de 1994. Foram confirmados 31 casos de tuberculose tendo predomínio do sexo masculino e com faixa etária entre 40-50 anos. Dos pacientes, 90% tinham a forma pulmonar e 10% extra-pulmonar. O diagnóstico foi feito através de exame de escarro (70,96%), teste terapêutico (22,58%), biópsia pleural e transbrônquica (3,22%). Os dados obtidos neste estudo correspondem aos da literatura nacional e internacional.

Unitermos: tuberculose, diagnóstico, biópsia.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é doença milenar; suas lesões foram encontradas nas vértebras de múmias egípcias datando de quase 4 mil anos.

É uma doença infecto-contagiosa e sua propagação no mundo se efetuou pelo contágio inter-humano. Seu caráter epidêmico é de evoluir em ciclos lentos, com sua maior incidência nas aglomerações humanas. Por isso, a tuberculose se implantou nos grandes centros industrializados.

O agente causal da tuberculose foi descoberto por Robert Koch em 1882. Inicialmente denominado bacilo de Koch, reconhecido como sendo uma micobactéria, o germe foi posteriormente chamado *Mycobacterium tuberculosis*, variedade hominis, sendo atualmente denominado simplesmente *M. tuberculosis*, subentendendo que se trata da espécie bacilar humana⁴.

A transmissão se dá através de gotículas eliminadas pela tosse do paciente infectado. Além da via respiratória (a mais freqüente) como porta de entrada, tem sido descrito a penetração pelo ouvido médio, conjuntiva ocular, amígdala, prepúcio, pele, etc. (solução de continuidade de pele e mucosas).

A tuberculose tem sua magnitude muito ligada à situação sócio-econômica de uma região ou país. Assim, é uma enfermidade em que múltiplos fatores causais estão relacionados, ao lado do bacilo, para determinação da doença.

- (1) Professor Assistente e Chefe da Disciplina de Pneumologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
- (2) Professor(a) Instrutor(a) do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
- (3) Médica contratada do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.
- (4) Médico Residente do 2º ano de Pneumologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.
- (5) Médico Residente do 3º ano de Pneumologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUCAMP.

O desemprego e a baixa remuneração criaram bolsões de pobreza nas áreas urbanas. No Brasil, ocorre desemprego elevado, subemprego, baixo nível salarial, aliados a má condição de habitação, de desnutrição, fome e alcoolismo. Nesta situação, a tuberculose tem condições muito favoráveis, permitindo seu agravamento e sendo considerada como urgência em termos de saúde pública mundial. Esta situação é hoje agravada pela epidemia de AIDS, sendo que nestes pacientes, a tuberculose encontra-se como a terceira infecção mais freqüente, sendo superada apenas pela candidíase e pneumocistose³.

O aumento da longevidade dos mais abonados é outro fator rebaixador de imunidade que predispõe ao aumento do número de casos de tuberculose.

Sendo assim, são necessários programas de controle que visam diagnóstico precoce, controle de comunicantes, tratamento imediato e adequado, assegurando o fornecimento regular de drogas e implantação de novas técnicas para diagnóstico laboratorial, além de incentivo a pesquisa clínica e epidemiológica.

OBJETIVOS

Devido ao agravamento da tuberculose no Brasil e no mundo, favorecido por todos os fatores citados anteriormente, decidiu-se realizar um estudo retrospectivo dos casos de tuberculose na Enfermaria de Pneumologia do HMCP da PUCCAMP, no período de janeiro de 1993 à janeiro de 1994, visando uma melhor avaliação dessa casuística em relação a literatura nacional e internacional.

MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se um estudo retrospectivo dos casos de tuberculose internados na Enfermaria de Pneumologia do HMCP - PUCCAMP, no período de janeiro de 1993 à janeiro de 1994.

Dentre 341 pacientes internados neste período, observou-se prontuários de todos os casos suspeitos de tuberculose (55), sendo que este diagnóstico foi confirmado em 31 destes pacientes.

Em cada prontuário, os seguintes itens foram relacionados: sexo, idade, antecedentes pessoais, sintomas, duração dos sintomas, formas clínicas, radiologia, diagnóstico, óbitos e tratamento. A opção por estes itens deu-se pela importância que assumem quando são comparados com as taxas de morbidade e mortalidade relatadas na literatura internacional.

RESULTADOS

Foram confirmados 31 casos de tuberculose (9,09%) dos 341 pacientes internados na Enfermaria de Pneumologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro no período de janeiro de 1993 à janeiro de 1994.

Dos 31 casos confirmados, 74,2% foram diagnosticados em pacientes do sexo masculino (23) e apenas 8 pacientes do sexo feminino, 25,8% (Tabela 1).

Tabela 1. Número de pacientes com TB segundo sexo

Sexo	Nº de casos	%
Masculino	23	74,2
Feminino	08	25,8
Total	31	100,0

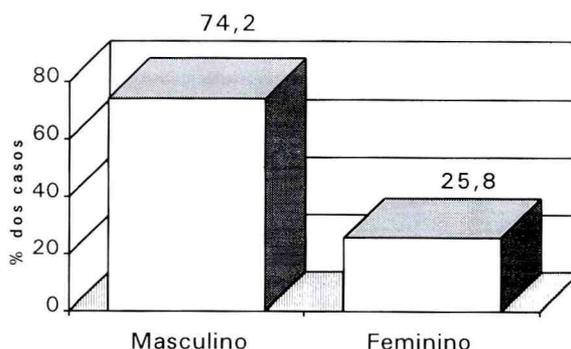


Figura 1. Incidência de tuberculose segundo o sexo dos pacientes

Examinando-se a faixa etária dos pacientes com TB, verificou-se um maior número de casos (10) em pacientes com idade de 40 a 50 anos (32,35%). A faixa dos 30 a 40 anos e a de 50 anos exclusive, apresentaram o mesmo número de casos, ou seja, 5 pacientes (16,12%) em cada faixa. Com 70 anos ou mais, foi observado apenas um caso (3,22) (Tabela 2, Figura 2).

Tabela 2. Número de pacientes com TB, segundo faixa etária

Idade	Nº de casos	%
10 - 20 anos	2	6,45
20 - 30 anos	6	19,35
30 - 40 anos	5	16,12
40 - 50 anos	10	32,35
50 - 60 anos	5	16,12
60 - 70 anos	2	6,45
70 ou mais anos	1	3,22
Total	31	100,00

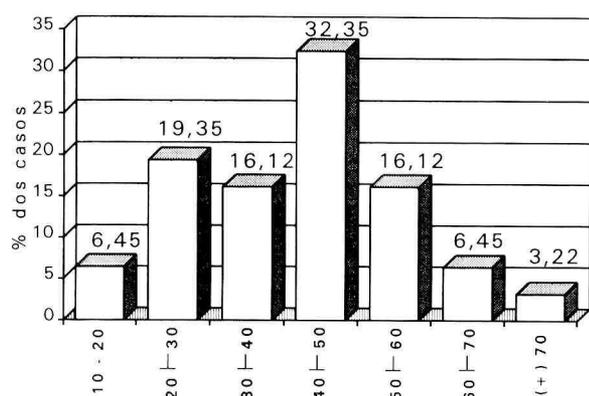


Figura 2. Incidência da tuberculose, segundo faixa etária

Em relação aos pacientes com TB com antecedentes pessoais, foram observados os maiores percentuais nos pacientes tabágicos e com antecedentes de etilismo, 15 e 14 casos, respectivamente; representando 48,3% e 45,1%. Com ausência de antecedentes importantes, foram identificados 9 casos (29%) (Tabela 3).

Tabela 3. Número de pacientes com TB, com antecedentes pessoais

Antecedentes pessoais	Nº de casos	%
Sem antecedentes importantes	9	29,0
Tabagismo	15	48,3
Etilismo	14	45,1
Contactuante	2	6,4
Silicose	1	3,2
Psiquiátrico	1	3,2
Tuberculose antiga	2	6,4
Deficiente mental	1	3,2

Os sinais e sintomas apresentados pelos portadores de TB, podem ser observados na Tabela 4, onde a tosse, emagrecimento e a febre, estiveram presentes em 26 (83,9%), 25 (80,6%) e 21 (67,7%) casos, respectivamente. A dor torácica aparece em 15 (48,4%) dos casos, a dispnéia, em 12 (38,7%) e a hemoptise, esteve presente como sintoma ou sinal de TB em 10 casos (33%) e a sudorese noturna foi observada em 9 casos (29%) (Figura 3).

Tabela 4. Número de pacientes com TB, com sinais e sintomas

Sinais e Sintomas	Nº de casos	%
Tosse	26	83,9
Emagrecimento	25	80,6
Febre	21	67,7
Dor torácica	15	48,4
Dispneia	12	38,7
Hemoptise	10	33,0
Sudorese noturna	9	29,0

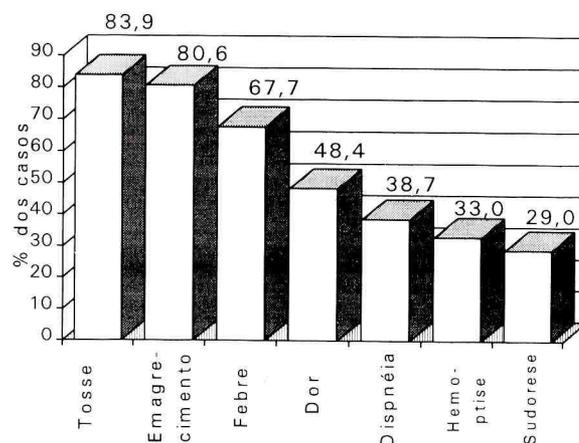
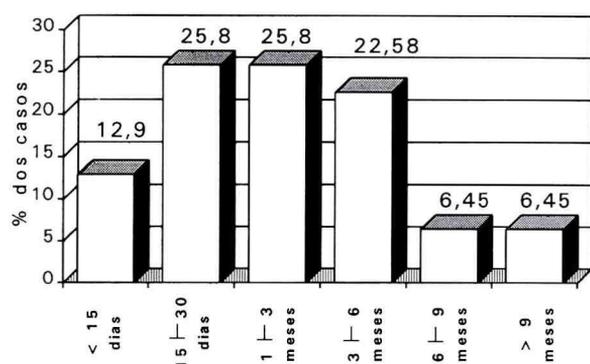


Figura 3. Presença de sinais e sintomas da tuberculose

A Tabela 5 reflete a duração dos sintomas que se apresentaram na faixa de 15 dias à 6 meses, na maioria dos casos (23) representando 74,18% do total. Em apenas 4 casos, os sintomas duraram menos de 15 dias (12,9%) e em outros 4 casos, os sintomas permaneceram por um período de 6 a 9 meses (Figura 4).

Tabela 5. Número de pacientes com TB, segundo a duração dos sintomas

Duração dos Sintomas	Nº de casos	%
menos de 15 dias	4	12,90
15 - 30 dias	8	25,80
1 - 3 meses	8	25,80
3 - 6 meses	7	22,58
6 - 9 meses	2	6,45
mais de 9 meses	2	6,45

**Figura 4.** Duração dos sintomas da tuberculose

A forma clínica comumente presente foi a tuberculose pulmonar, 28 casos (90%), e a extra pulmonar foi diagnosticada em apenas 3 casos (10%) (Tabela 6).

Tabela 6. Número de pacientes com TB, segundo forma clínica

Forma clínica	Nº de casos	%
Pulmonar	28	90,0
Extra pulmonar	3	10,0
Total	31	100,0

Os exames radiológicos mostraram a tuberculose cavitária em 13 casos (41,9%), seguida pela TB com infiltrado intersticial (7 casos, 22,5%). A TB com infiltrado alveolar foi confirmada em 6 casos (19,3%) e 5 apresentaram TB com forma mista com derrame (16,1%) (Tabela 7).

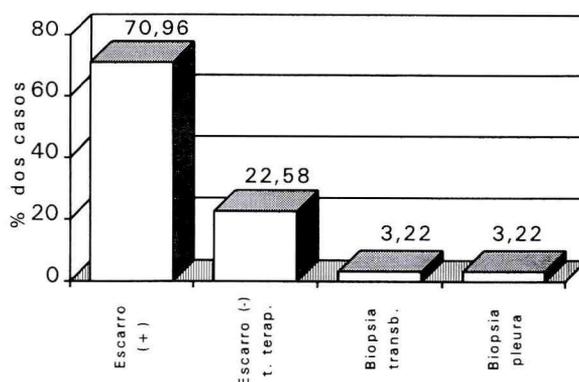
Tabela 7. Número de pacientes com TB, segundo a radiologia

Radiologia	Nº de casos	%
TB cavitária	13	41,9
TB com infiltrado intersticial	7	22,5
TB com infiltrado alveolar	6	19,3
TB com forma mista com derrame	5	16,1

A Tabela 8 e Figura 5 mostram que os achados através de diagnóstico revelam 22 casos (70,96%) de TB ao exame de escarro e 7 casos (22,58%) através de teste terapêutico, com escarro negativo. O diagnóstico com biópsia de pleura, aparece para 1 caso (3,22%), assim como quando utilizada a biópsia transbrônquica.

Tabela 8. Número de pacientes com TB, segundo o diagnóstico

Diagnóstico	Nº de casos	%
Biópsia de pleura	1	3,22
Biópsia transbrônquica	1	3,22
Escarro	22	70,96
Teste terapêutico (escarro negativo)	7	22,58

**Figura 5.** Tipos de diagnósticos da tuberculose

Como tratamento para a TB foram utilizados a rifampicina (RMP) com dosagem de 10 mg/kg/dia, a isoniazida (INH) em igual dosagem e a pirazinamida (PZA) com dosagem de 25 mg/kg/dia, conforme Tabela 9.

Tabela 9. Tipo de tratamento

Tratamento	Dosagem (mg/kg/dia)	Tempo (meses)
Rifampicina (RMP)	10	6
Isoniazida (INH)	10	6
Pirazinamida (PZA)	25	2

A ocorrência de óbito, deu-se apenas com 1 paciente (3,22%) dos 31 com TB confirmados no HMCP-PUCCAMP.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O objetivo do trabalho foi mostrar a situação da doença na Enfermaria de Pneumologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro e confrontar os dados epidemiológicos estatísticos com os de Campinas, Estado de São Paulo, e do Brasil.

Com relação ao município de Campinas e região, no período de janeiro de 1993 à janeiro de 1994, tivemos 833 casos confirmados de Tuberculose (pulmonares e extra-pulmonares). Da totalidade dos casos internados na Enfermaria de Pneumologia (341), tivemos 31 casos de tuberculose no global, o que representa 9,09%. Em relação ao município e região, isso representa aproximadamente 3,72% da totalidade dos casos.

Considerando-se todos os serviços deste Hospital que fazem acompanhamento de TB, tanto ambulatorial quanto em nível da Enfermaria, os casos de TB somaram 146, o que equivale a 17,5% de todos os casos do município. Em relação a Enfermaria de Pneumologia, o número de casos internados corresponde a 21,2% de todos os casos do HMCP.

Considerando-se os dados existentes na literatura, correlacionando percentualmente as formas pulmonares e extra-pulmonares, temos dados do Rio Grande do Sul, 18% dos casos com a forma extra-

pulmonar, subdivididos em pleural, 45%; linfática, 15%; urogenital, 10%; osteoarticular, 7%⁽²⁾. Dados estatísticos de 1978 nos Estados Unidos, relatam 14,6% de casos extra-pulmonares subdivididos em linfática, 27%; pleural, 21%; urogenital, 16% e outras, 34%¹. Estes dados, apesar de antigos, refletem a distribuição que supõe-se esteja mantida até hoje. Com relação aos nossos casos, a pequena incidência de casos de tuberculose extra-pulmonar pode ser explicada pelo fato de que a maioria dos casos é atendida na área da respectiva especialidade e são casos que não necessitam internação.

As lesões de tuberculose extra-pulmonares são pobres em bacilos e o diagnóstico é feito, na grande maioria das vezes, por especialistas não treinados (exemplo: biópsia óssea, ganglionar, punção de líquido, laparoscopia e laparotomia, etc)⁵.

As formas extra-pulmonares, no município de Campinas em 1993, mantiveram a mesma proporcionalidade da literatura, com predomínio da pleural (8%), ganglionar (7%), meningite (3%), vias urinárias (2%) e óssea (1%).

Na área de confirmação diagnóstica, tivemos 7 casos (22,58%) em que não houve confirmação diagnóstica (baciloscopia negativa), o que também está dentro de parâmetros aceitáveis. No município de Campinas, tivemos em 1993, 32% dos casos com baciloscopia negativa.

A média histórica dos casos de diagnóstico de tuberculose com baciloscopia negativa no Brasil, com base apenas nos dados epidemiológicos, clínicos e radiológicos, alcança a taxa de 30%^{2,3}.

Os aspectos radiológicos, mais freqüentemente encontrados em nossos casos, foram a forma cavitária (única ou múltipla) com 41,9% dos casos, seguida de infiltrado intersticial (nodular, reticular ou misto) com 22,5%, infiltrado tipo pneumônico com 19,3% e outros, inclusive derrame pleural com 16,1%. Pela multiplicidade dos aspectos radiológicos encontrados na tuberculose, com mais de 12 padrões radiológicos possíveis, torna-se difícil dados comparativos confiáveis.

Em conclusão, encontramos na Enfermaria de Pneumologia, a incidência de casos de tuberculose compatível com os dados da literatura. As discrepâncias com relação às formas extra-pulmonares, devem-se ao fato já mencionado acima, do diagnóstico realizar-se por diferentes especialidades, de acordo com a localização da doença (pulmonar ou extra-pulmonar).

SUMMARY

Tuberculosis: incidence and peculiarities at the Pulmonary Service of Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCAMP

A retrospective study of cases of Tuberculosis (TB) was carried out at the Pulmonary Service of Hospital e Maternidade Celso Pierro - FCM - PUCAMP in the period of January 1993 until January 1994. Thirty one cases of TB were confirmed with predominance of male and with age between 40-50 years. Pulmonary form of the disease occurred in 90% of the patients and extra-pulmonary form occurred in 10% of them. The diagnosis was obtained through the Baciloscopi of pulmonary secretion (70.96%) and through pleural and transbronchial biopsy (3.22%). For the cases with diagnosis not very clear with the routine method, the therapeutic test was applied and the diagnosis was confirmed in 22.58%. The data obtained in this study have correlation with national and international literature.

Keywords: *tuberculosis, diagnose, biopsy.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FISHMAN, A.P. *Diagnóstico das doenças pulmonares*. 2. ed. São Paulo : Manole, 1992. v.3, p.14.
2. TARANTINO, A.B. *Doenças pulmonares*. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1990. cap.16.
3. MELO, F.A.F. de, AFIUNE, J.B. Transmissão e imunopatogenia e a tuberculose. *Jornal de Pneumologia*, Brasília, v.19, n.1, p.19-24, 1993.
4. _____, _____. Quimioterapia e a tuberculose: bases, condutas e procedimentos. *Jornal de Pneumologia*, Brasília, v.19, n.1, p.42-49, 1993.
5. SILVA, L.C.C. de. Tuberculose extra pulmonar (executado o derrame pleural). *Jornal de Pneumologia*, Brasília, v.19, n.2, p.83-87, 1993.

Recebido para publicação em 13 de fevereiro e aceito em 17 de maio de 1995.

ARTIGO

Ocorrência de glândulas sebáceas ectópicas nas diversas áreas anatômicas da cavidade da boca¹

João Carlos Bacarelli²

RESUMO

Foram examinados 1031 pacientes, de ambos os sexos, brancos e não brancos (4 a 80 anos de idade), inscritos na Clínica de Propedêutica Odontológica da PUCCAMP e de escolas públicas da região, com o objetivo de analisar a ocorrência de glândulas sebáceas ectópicas nas diversas áreas anatômicas da cavidade bucal. As características consideradas importantes para esta análise foram reunidas em fichas individuais elaboradas pelo autor. Constatou-se que a prevalência maior ocorre no lábio superior e, a associação entre lábios superior e inferior e mucosa jugal supera largamente qualquer outra localização. Unitermos: grânulos de Fordyce, glândulas sebáceas, palato, mucosa bucal, lábio, boca, gengiva.

INTRODUÇÃO

As glândulas sebáceas ectópicas também conhecidas como grãos ou grânulos de Fordyce, foram também denominadas adenomatose ou pseudocolóide dos lábios e da mucosa oral^{5,6}.

Normalmente as glândulas sebáceas são encontradas na derme e seus ductos excretores desembocam na porção terminal dos folículos pilosos.

Além da derme, estas glândulas são encontradas nos órgãos genitais, quando os ductos abrem-se diretamente na superfície da pele. Na genitália feminina, GUIDUCCI & HYMAN¹¹, relataram a presença de glândulas sebáceas nos lábios menor e maior, clitóris, prepúcio do clitóris, hímen e raramente na cérvix uterina; na genitália masculina, na membrana mucosa do pênis e sulco bálano prepucial. Apresentam-se ainda nos mamilos, onde surgem como regra; na órbita e nos olhos (cílios das pálpebras); palma das mãos e planta dos pés; no interior de glândulas parótidas e na laringe.

Na cavidade da boca, os grânulos de Fordyce são encontrados nos lábios e nas mucosas, sendo um

achado relativamente freqüente, abrindo-se também diretamente na superfície.

Nos lábios, são observados freqüentemente ao longo da borda livre, principalmente no superior entre a semi-mucosa e a pele. Aparecem também na mucosa jugal, desde as comissuras labiais até a parte posterior sendo mais numerosos no terço anterior junto ao ostíolo parotídeo e próximo a área retro molar.

Em outras localizações são menos freqüentes como no lábio inferior, reborda alveolar, língua, palato duro e mucosa que recobre o terceiro molar inferior antes da sua erupção¹¹.

Histologicamente, as glândulas sebáceas são alveolares e, geralmente vários alvéolos desembocam num ducto curto.

Os alvéolos são constituídos por uma camada externa de células epiteliais achatadas que repousam sobre uma membrana basal. Normalmente essas células proliferam e diferenciam-se em células arredondadas, cheias de gotículas de lípidos que enchem a luz dos alvéolos. Os núcleos dessas células degeneram-se gradualmente e as células mais centrais do alvéolo se rompem formando o produto da secreção sebácea dessas glândulas. A formação da secreção resulta da morte das células que a elaboram, por isso, diz-se que é uma glândula do tipo holócrino¹³.

(1) Artigo extraído da dissertação aprovada pelo Curso de Pós-Graduação da Universidade Camilo Castelo Branco, em 1994, para obtenção do grau de Mestre em Patologia, sob orientação de Artur Cerri.

(2) Mestre, Professor Adjunto do Departamento de Patologia do Instituto de Ciências Biológicas da PUCCAMP.

As glândulas sebáceas da mucosa estão como aquelas da pele, num estado de contínua atividade com colapso e desaparecimento dos velhos lóbulos e regeneração de novos, das células germinativas periféricas¹⁶.

Clinicamente os grânulos de Fordyce se apresentam como numerosas granulações amarelas, vistas por transparência abaixo da mucosa, do tamanho da cabeça de alfinete ou maiores, redondas ou poligonais, situadas umas ao lado das outras, em grande quantidade.

Em geral, apenas elevam a superfície da mucosa, mas em outras ocasiões aparecem como se fossem placas. Não apresentam dor, nem consistência a palpação. Não são acompanhadas também de alterações subjetivas, embora alguns pacientes se preocupam em observá-los, principalmente por aparecerem sobretudo na adolescência, às vezes, repentinamente. Esse temor, pode ser agravado pelo próprio profissional que duvida do diagnóstico criando uma verdadeira oncofobia¹⁰.

MATERIAL E MÉTODO

Material

Para a realização desta pesquisa, foram examinados 1031 pacientes de ambos os sexos, brancos e não brancos, com idade variando de 4 a 79 anos, além de um caso acima de 80 anos, numa média irrelevante.

Em relação ao sexo foram analisados pacientes do sexo masculino e feminino, avaliando-se ou não a presença de glândulas sebáceas ectópicas.

Quanto à raça, os pacientes foram divididos em brancos e não brancos, entendendo-se por não brancos: pardos ou morenos, amarelos e negros⁷.

As áreas anatômicas foram divididas de acordo com a sinonímia simplificada⁷, ou seja: lábios superior e inferior, mucosa jugal, mucosa de área retro molar, palato duro e gengiva inserida. Foram também consideradas as associações anatômicas mais freqüentemente relatadas. Igualmente, deixou-se um espaço para a anotação da existência de glândula sebácea em outra localização que não as anteriores.

Quanto à idade, para facilitar a interpretação do leitor, os resultados relativos a presença de grânulos de Fordyce foram subdivididos em decênios.

Os pacientes escolhidos aleatoriamente, foram provenientes da Clínica de Propedêutica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Pontifícia

Universidade Católica de Campinas e de escolas públicas do município de Campinas e região.

As características consideradas importantes para esta análise foram reunidas em fichas clínicas individuais elaboradas pelo autor, constando nome, idade, cor, sexo e localização anatômica da alteração (Anexo).

Método

O exame clínico bucal foi efetuado com o paciente em cadeira odontológica, foco de luz artificial, abaixador de língua de madeira descartável, espelho clínico reto e inspeção das áreas anatômicas da cavidade da boca. Antes da análise foi feita a aplicação de bochecho prévio com soro fisiológico para eliminar resíduos bucais que pudessem interferir na observação e diagnóstico clínico das glândulas sebáceas ectópicas. Em algumas áreas, a mucosa bucal foi distendida para facilitar a interpretação clínica.

Os dados obtidos foram transcritos nas fichas previamente elaboradas para esse fim, com objetivos epidemiológicos.

Critério clínico de diagnóstico

O critério clínico utilizado para o diagnóstico das glândulas sebáceas foi a presença de pápulas amarelas ou branco amareladas, únicas ou múltiplas, isoladas ou constituindo placas, localizadas nas diversas áreas anatômicas da cavidade da boca, assim compreendidas: lábios superior e inferior, mucosa jugal, mucosa da área retro molar, palato duro, e gengiva inserida^{1,3,4,5,8,10,11,16,17,20,21,23}.

RESULTADOS

Esta pesquisa objetivou o estudo da prevalência de glândulas sebáceas ectópicas em 1031 pacientes no município de Campinas e região, de ambos os sexos, brancos e não brancos e de idades que variaram de um mínimo de 4 anos até um máximo de 80 anos.

Igualmente foi feito um levantamento da localização dessas glândulas sebáceas ectópicas nas várias áreas anatômicas da cavidade da boca.

Objetivando facilitar a interpretação dos dados obtidos, julgamos de boa norma, apresentá-los sob a forma de gráficos e tabelas.

Na Tabela 1 e Figura 1, de um total de 1031 pacientes, 785 apresentavam grânulos de Fordyce, ou seja, 76,14% em todas as faixas etárias examinadas; sendo 73,84% do sexo feminino e 78,76% do sexo masculino (Figura 2).

Tabela 1. Total de pacientes examinados, em relação ao sexo e incidência de grânulos

Sexo	Presença de grânulos		Ausência de grânulos		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Feminino	398	73,84	141	26,16	539	52,28
Masculino	387	78,76	105	21,34	492	47,72
Total	785	76,14	246	23,86	1031	100,00

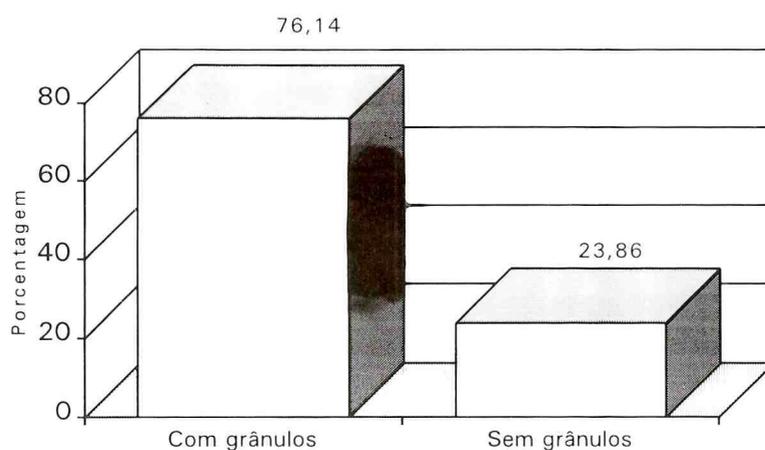


Figura 1. Total de pacientes examinados

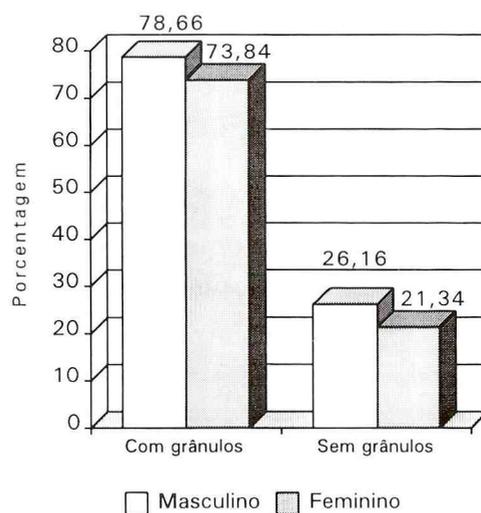


Figura 2. Pacientes com e sem grânulos de Fordyce em relação ao sexo

De acordo com a etnia (Tabela 2 e Figura 3), observamos ligeira predominância em brancos (77,06%) em relação ao não brancos (70,75%).

Tabela 2. Total de pacientes examinados, segundo etnia

Sexo	Presença de grânulos		Ausência de grânulos		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%
Branco	682	77,06	203	22,94	885	85,84
Não Branco	103	70,75	43	29,45	146	14,16
Total	785	76,14	246	23,86	1031	100,00

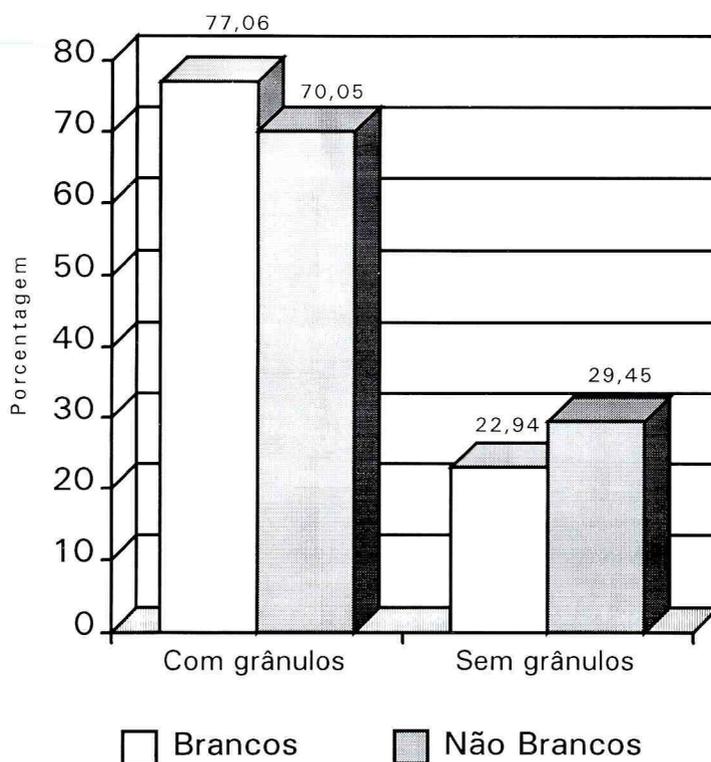


Figura 3. Pacientes com e sem grânulos de Fordyce de acordo com a etnia

Quanto à idade no primeiro decênio, observamos uma prevalência de 51,63%, no segundo de 72,73% aumentando sobretudo a partir do terceiro

decênio, quando passa a apresentar uma prevalência média em torno de 85% (Tabela 3, Figura 4).

Tabela 3. Total de pacientes examinados, segundo idade

Idade	Presença de grânulos			Ausência de grânulos			Total	
	n°	% total	% idade	n°	% total	% idade	n°	%
0 ≥ 9	79	7,66	51,63	74	7,18	48,37	153	14,84
10 ≥ 19	208	20,17	72,73	78	7,54	27,27	286	27,74
20 ≥ 29	251	24,34	83,39	50	4,85	16,61	301	29,19
30 ≥ 39	122	11,83	85,92	20	1,94	14,08	142	13,77
40 ≥ 49	48	4,66	84,21	9	0,87	15,79	57	5,53
50 ≥ 59	34	3,30	85,00	6	0,58	15,00	40	3,88
60 ≥ 69	34	3,30	82,93	7	0,68	17,07	41	3,98
70 ≥ 79	8	0,78	80,00	2	0,19	20,00	10	0,97
80 ≥	1	0,10	100,00	0	0	0	1	0,10
Total	785	76,14		246	23,83		1031	100,00

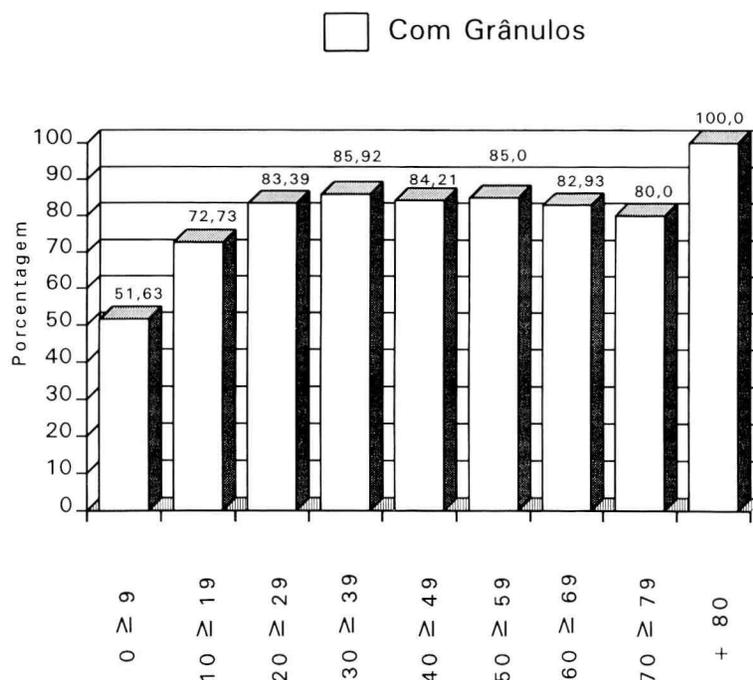


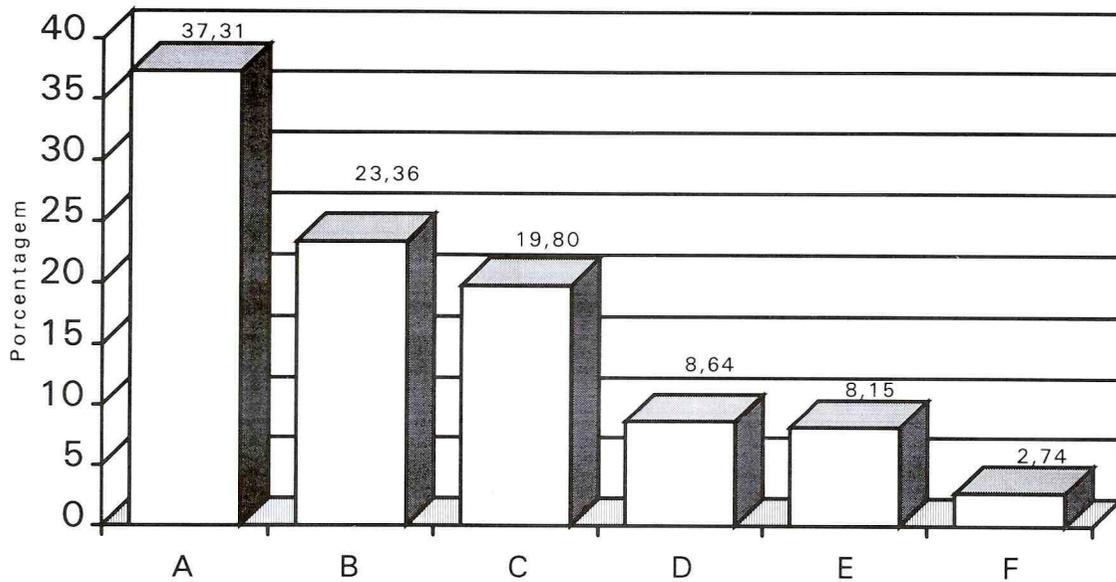
Figura 4. Porcentagem de portadores de grânulos de Fordyce em relação à idade

Quanto a localização nas várias áreas anatômicas (Tabela 4, Figura 5), observamos em todas as idades, uma prevalência no lábio superior de 37,31%, na

mucosa jugal de 23,36%; no lábio inferior 19,80%; mucosa da área retro molar 8,64%; gengiva inserida 8,15% e palato 2,74%.

Tabela 4. Localização anatômica dos grânulos

Local	n°	Total	%
lábio inferior	682		37,31
mucosa jugal	427		23,36
lábio inferior	362		19,80
mucosa da área retromolar	158		8,64
gengiva inserida	149		8,15
palato	50		2,74
Total	1828		100,00



A - Lábio Superior
D - Área Retro Molar

B - Mucosa Jugal
E - Palato Duro

C - Lábio Inferior
F - Gengiva

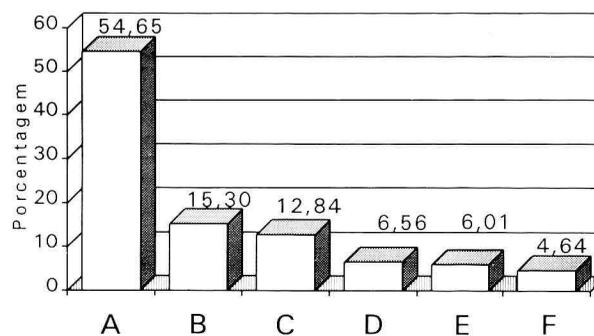
Figura 5. Portadores de grânulos de Fordyce nas várias áreas anatômicas

Na Tabela 5 e Figura 6, observa-se que quando associadas duas ou mais áreas anatômicas ocorre prevalência quase absoluta de lábios (superior e inferior) e mucosa jugal em torno de 54,65%, lábios,

mucosa jugal e área retro-molar 15,30%, lábios e área retro-molar 12,84%, lábios e palato 6,56%, mucosa jugal e área retro-molar 6,01% e lábios, mucosa jugal e palato 4,64%.

Tabela 5. Associações de áreas anatômicas

Localização dos grânulos	Nº de associações	% de associações
lábios/mucosa jugal	200	54,65
lábios/mucosa jugal/área retro molar	56	15,30
lábios/área retro molar	47	12,84
lábios/palato	24	6,56
mucosa jugal/área retro molar	22	6,01
lábios/mucosa jugal/palato	17	4,64
Total	366	100,00



A - Lábios de Mucosa Jugal

C - Lábios e Área Retro Molar

E - Mucosa Jugal e Área Retro Molar

B- Lábios, Mucosa Jugal e Área Retro Molar

D - Lábios e Palato

F - Lábios, Mucosa Jugal e Palato

Figura 3. Pacientes com e sem grânulos de Fordyce de acordo com a etnia

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi constatada a presença de grânulos de Fordyce em 76,14% da população em geral. Margolies & Weidman citados por GUIDUCCI & HYMAN¹¹, encontraram glândulas sebáceas ectópicas em 70% dos pacientes, COLBY et al.⁴, em 82% e POLIMENI FILHO et al.¹⁸, em 69,1%.

Já MANI et al.¹⁴, no transcorrer de um estudo de câncer oral e lesões cancerizáveis, numa amostra de 43654 trabalhadores industriais da Índia, acima de 35 anos, encontraram prevalência de glândulas sebáceas em 25% dos indivíduos.

BALAEZ et al.², realizaram estudos epidemiológicos em 744 pessoas da cidade de Havana, encontrando apenas 42 pessoas com glândulas sebáceas ectópicas na mucosa bucal, cifra que representa 5,6% do total, resultado considerado baixo pelos próprios autores em relação a toda a literatura a respeito^{11,12,14,18}.

Especificamente nas pessoas com 60 ou mais anos, o índice atingiu 29,4%, sendo as mais afetadas segundo este estudo.

McGOODWIN¹⁵, analisou a mucosa bucal de 96 estudantes de Odontologia, encontrando somente 54% com grânulos de Fordyce.

GORSKY et al.⁹, encontraram prevalência de 94,9% de grânulos de Fordyce na mucosa oral de adultos israelenses.

BHASKAR³, admite que com o emprego de anticoncepcionais orais, tem se observado um aumento da frequência de glândulas sebáceas ectópicas o que nos parece carecer de uma confirmação científica, uma vez que nada existe na literatura a respeito.

Quanto à etnia, em nossos estudos, foram encontradas glândulas sebáceas ectópicas em 77,06% de brancos e 70,75% de não brancos.

McGOODWIN¹⁵, relatou que os grânulos de Fordyce são mais difíceis de serem reconhecidos na mucosa pigmentada.

HALPERIN et al.¹², fizeram uma pesquisa clínica da incidência de glândulas sebáceas ectópicas em 2478 indivíduos e particularizaram a ocorrência destas glândulas na região retro molar. Igualmente observaram a freqüência em 83% nos indivíduos da raça branca e 80% em outras raças.

POLIMENI FILHO et al.¹⁸, encontraram prevalência de grânulos de Fordyce em 79,5% na raça branca, 81,8% na raça amarela e 59,3% na raça negra.

FONSECA et al.⁵, estudaram a freqüência de grânulos de Fordyce nas várias etnias encontrando 60% dos mesmos na raça branca, 9% na raça negra e 32% em mestiços, tendo sido examinados 330 indivíduos entre 8 e 89 anos.

White, citado por GORSKY et al.⁹, reportou que os grânulos são mais comuns em mulheres. Margolies & Weidman citados por GUIDUCCI & HYMAN¹¹; MILES¹⁶; SEWERIN¹⁹, encontraram igual prevalência entre homens e mulheres. HALPERIN¹², GORSKY et al.⁹ e no presente estudo encontramos uma prevalência maior, embora pequena, no sexo masculino.

POLIMENI FILHO et al.¹⁸, estudaram a prevalência de glândulas sebáceas ectópicas nas várias faixas etárias observando em pacientes com menos de 20 anos, prevalência de 69%; entre 20 e 30 anos, 66,3%; 30 a 40 anos, 70,8%; 40 a 50 anos, 80,5%; 50 a 60 anos, 86% e mais de 60 anos, 100%.

Os dados acima confirmam os resultados obtidos neste estudo, onde na primeira década de vida observou-se uma prevalência de 51,63% de grânulos de Fordyce, na segunda de 72,73% aumentando a partir do terceiro decênio, quando passa a apresentar uma prevalência média em torno de 85%.

Quanto à localização nas várias áreas anatômicas da cavidade da boca, POLIMENI FILHO et al.¹⁸, encontraram nos lábios 14% de portadores de glândulas sebáceas ectópicas, nas bochechas, 17,9% e conjuntamente em lábios e bochechas, 37,2%.

Nesse estudo, foi observado que os glândulos de Fordyce aparecem mais precocemente na mucosa jugal, às vezes como um único ponto isolado, sendo mais facilmente observáveis com o estiramento da mucosa, o que está de acordo com o trabalho de GORSKY et al.⁹.

Verificou-se ainda que a prevalência maior ocorre no lábio superior e, a associação entre lábios superior e inferior e mucosa jugal supera largamente qualquer outra localização.

Quanto à localização dos grânulos de Fordyce, FONSECA et al.⁵, não observaram diferença significativa quando comparados o envolvimento dos lábios e da mucosa da bochecha.

CONCLUSÕES

O estudo da ocorrência de glândulas sebáceas ectópicas nas diversas áreas anatômicas da cavidade da boca permitiu-nos as seguintes conclusões:

1. As glândulas sebáceas ectópicas comprometem quase que igualmente os sexos masculino e feminino;
2. O decênio onde se observa a maior concentração de grânulos de Fordyce corresponde a faixa etária de 30 a 39 anos;
3. A maior concentração de grânulos foi observada no lábio superior, mucosa jugal e lábio inferior;
4. Apesar de freqüentes e abundantes, os grânulos de Fordyce são pouco pesquisados epidemiologicamente.

SUMMARY

Occurrence of ectopic sebaceous glands in several buccal cavity anatomic areas

Approximately 1031 patients of both sex, white and non-white (4 to 80 years of age), registered at PUCCAMP. Odontologic Propaedeutic Clinic and also at public schools of Campinas region (Brazil) were examined with the objective of analyzing the occurrence of ectopic sebaceous glands in several buccal cavity anatomic areas. The most important characteristics taken into consideration for this analysis were put together on individual records elaborated by the author. It was found out that it occurs mostly in the upper lip and the association among upper lips, lower lips and jugal mucosa surpasses this occurrence in any other localization.

Keywords: *Fordyce granules, sebaceous glands, palato, mouth mucosa, lip, mouth, gingiva.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAUJO, N.S., ARAUJO, V.C. *Patologia bucal*. São Paulo : Artes Médicas, 1984. 21p.
2. BALAEZ, A.B., DIAZ, E.M., PEREZ, I.R., PEREZ, T.R. Prevalência de glândulas sebáceas ectópicas en la mucosa bucal en la población mayor de 20 anos de Ciudad de la Habana. *Revista Cubana de Estomatología*, Havana, v.21, p.165-170, mayo-agosto, 1984.
3. BHASKAR, S.N. *Patologia bucal*. Buenos Aires : Ateneo, 1971. p.255-256.
4. COLBY, R.A., KEN, S.A., ROBINSON, H.B.G. *Color atlas of oral pathology*. 3. ed. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1971. p.27.
5. FONSECA, A., SILVA, V.F., FONSECA, F. Doença de Fordyce. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v.55, n.4, p.173-174, 1980.
6. FORDYCE, J.A. A peculiar affection of the mucous membrane of the lip and oral cavity. *Journal of Cutaneous Disease*, v.14, p.413-419, 1896.
7. GENOVESE, W.J. *Estudo epidemiológico do carcinoma epidermóide da mucosa bucal, frente aos prováveis agentes carcinogênicos*. São Paulo: [s.n.], 1986. Tese [Livre Docência em Semiologia] - Faculdade de Odontologia, USP, 1986.
8. GORLIN, J.R., GOLDMAN, H.M. *Thoma's oral pathology*, 6. ed. St. Louis : Mosby, 1970. Tomo 1, p.24-25.
9. GORSKY, M., BUCHNE, A., FUNDOIANU-DAYAN, D., COHEN, C. Fordyce's granules in the oral mucosa of adult Israeli Jews. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v.14, p.231-232, 1986.
10. GRINSPAN, D. *Enfermedades de la boca*. Buenos Aires: Mundi, 1970. Tomo 3, p.1785-1788.
11. GUIDUCCI, A.A., HYMAN, A.B. Ectopic sebaceous glands: a review of the literature regarding their occurrence, histology and embryonic relationships. *Dermatologica*, Basel, v.125, p.44-63, 1962.
12. HALPERIN, V., KOLAS, S., JEFFERIS, K.R., HUDDLESTON, S.O., ROBINSON, H.B.G. The occurrence of Fordyce spots, benign migratory glossitis, median rhomboid glossitis and fissured tongue in 2478 dental patients. *Oral Surgery*, St. Louis, v.6, p.1072-1077, 1953.
13. JUNQUEIRA, L.C., CARNEIRO, J. *Histologia básica*. 7. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1990. 270p.
14. MANI, N.J., BHARGAVA, K.S., MALAOWALLA, A.M. Occurrence of oral sebaceous glands in 43654 industrial workers of Gujarat, India. *Community Dental of Oral Epidemiology*, v.4, p.165-168, 1976.
15. McGOODWIN, R.C. Fordyce's granules in pigmented oral mucosae. *Journal of Dental Research*, Washington, v.43, p.773, 1964 (abstract).
16. MILES, A.E.W. Sebaceous glands in the lip and cheek mucosa of man. *British Dental Journal*, London, v.105, p.235-248, 1958.
17. PINDBORG, J.J. *Atlas das doenças da mucosa oral*. São Paulo : Panamericana, 1981. 245p.
18. POLIMENI FILHO, P., ROSSI JR., R., ARAUJO, V.C., ARAUJO, N.S. Glândulas sebáceas ectópicas na mucosa bucal. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v.31, n.3, p.132-137, 1977.
19. SEWERIN, I. The sebaceous glands in the vermilion order of the lips and in the oral mucosa of man. *Acta Odontológica Scandinavica*, Oslo, v.33, p.68, 1975. (supplement).
20. SHAFER, W.G., HINE, M.K., LEVY, B.M. *Patologia bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1985. 19p.
21. TOMMASI, A.F. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo : Artes Médicas, 1988. p.189-190.
22. VILPULLA, A.H., YLIKERTTULLA, V.I., TERHO, P.E., AINE, R.A.T., ESTOLA, E.J. Sebaceous glands in the buccal mucosa in patients with rheumatic disorders. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, Stockholm, v.12, p.337-342, 1983.
23. ZEGARELLI, E.V., KUTSCHER, A.H., HYMAN, G.A. *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1981. 496p.

Recebido para publicação em 15 de março e aceito em 26 de junho de 1995.

ANEXO

FICHA CLÍNICA DE CAPTURA DE DADOS

GLÂNDULAS SEBÁCEAS ECTÓPICAS

Nome: _____

Idade: _____

Cor: Branco [] Não branco []

Localização: Lábio inferior [] Lábio superior []

Mucosa jugal [] Área retro molar []

Palato [] Gengiva inserida []

Outra localização []

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Observação: _____

Rubrica: _____

ARTIGO

Fibrilação atrial crônica no idoso (FAC): análise ecocardiográfica do ventrículo esquerdo¹

Armando Miguel Junior²

RESUMO

Analisa a estrutura do ventrículo esquerdo (VE) e sua relação com a fibrilação atrial crônica (FAC) em 20 pacientes idosos. O método utilizado foi o duplo-cego pelo ecocardiograma módulo M. Os pacientes foram comparados em dois tipos de estudo: - I. os grupos A e B foram observados respectivamente, com e sem cardiomegalia (massa VE $\leq 215g$) e o segundo grupo (II), formado por C e D, respectivamente, sem e com aumento do átrio esquerdo (AE $\geq 40mm$). Como resultados, verificou-se para o Estudo I que, estatisticamente as médias dos tamanhos das AEs são semelhantes apesar da diferença estatística na massa do VE, sendo VE = $169,63 \pm 32,28g$ e AE = $49,16 \pm 8,10mm$, para o grupo A; já para o grupo B, Massa VE = $285,35 \pm 58,75$ e AE = $46,71 \pm 7,71mm$. No Estudo II, grupo C, com AE = $39,71 \pm 2,87$ e massa VE = $253,97 \pm 60,85$ e grupo D com AE = $51,61 \pm 6,00$ e VE = $254,50 \pm 85,36$, obteve-se que a média da massa VE foi estatisticamente semelhante apesar das diferenças médias dos tamanhos dos AEs. Essa investigação sugeriu que um componente restritivo do VE pode ser o fator causal para FAC, tanto na sua genese como persistência.

Unitermos: arritmia, fibrilação atrial, idoso, ecocardiografia, ventrículo cardíaco.

INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos epidemiológicos tem demonstrado que a FAC ocorre entre 2 e 3,7% dos idosos assintomáticos com idade acima de 65 anos, incidência esta que aumenta com a idade, atingindo valores de 11,6% nas pessoas com idade acima de 75 anos^{2, 7, 8, 10}.

A FAC por “abolir” a sístole atrial assume significante importância por diminuir o débito cardíaco, reduzindo-o em aproximadamente 20% o volume ejetado¹¹.

Pode ser encontrada em corações normais de pessoas sem processos orgânicos específicos, também chamada de FA idiopática, ou com processos orgânicos específicos como tireoideopatias, ou ainda, secundária

a cardiopatia orgânica¹³. A origem e a manutenção da FAC se deve a massa crítica de tecido atrial e alteração do período refratário atrial e distúrbios da condução atrial^{4,13}.

Estudos ecocardiográficos tem mostrado que pacientes com FAC apresentam coração normal em 20% dos casos e átrio esquerdo (AE) aumentando em 47,7%³, sem fazer menção as relações morfofuncionais com o ventrículo esquerdo (VE), sendo este o objetivo deste trabalho.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado estudo duplo-cego em 20 pacientes (11 homens) com FAC, recrutados do Serviço de Cardiologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Hospital Universitário Celso Pierro, que preenchiam os critérios de inclusão, idade ≥ 60 anos e apresentado FA a mais de 6 meses. Todos

(1) Trabalho realizado com o apoio financeiro da Coordenadoria de Estudos e Apoio à Pesquisa - CEAP da PUCCAMP.

(2) Professor Doutor Titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

os participantes foram voluntários e tiveram ciência dos objetivos e métodos empregados.

A FAC foi definida pelos seguintes critérios eletrocardiográficos: a) resposta ventricular arritmica, ou seja distâncias variadas entre os complexos QRS; b) ausência de onda "P" definida; c) tremores da linha de base (onda f); d) frequência ventricular geralmente entre 60 e 180 batimentos por minuto⁴.

Na admissão, após a avaliação clínica, os pacientes realizaram eletrocardiograma (ECG), radiografia de tórax em posição ântero-posterior e perfil esquerdo com esôfago contrastado com bário, e ecocardiograma.

A estrutura e as funções do coração foram avaliadas por meio de imagens ecocardiográficas em módulo M, obtidas a partir da orientação de traçados bidimensionais, seguindo-se as recomendações da Sociedade Americana de Ecocardiografia¹⁶. O aparelho utilizado foi o ALAKA SSD 870, com transdutores de 2,5 e 3,5 Mhz.

A porcentagem de encurtamento dos diâmetros do ventrículo esquerdo foi utilizada como índice de

função sistólica ventricular⁶. A massa foi calculada pela fórmula do cubo^{5, 12}.

Os pacientes foram estudados sob ponto de vista de dois parâmetros: o de cardiomegalia; subdivididos em dois grupos: o grupo A cuja massa VE \leq 215 gramas e o grupo B cuja massa VE $>$ 215 gramas; e o de atriomagalía; subdivididos em dois grupos, o C com AE \leq 40mm e grupo D com AE $>$ 40mm.

As variáveis contínuas estão representadas no texto por suas médias e respectivos desvios-padrão (média \pm desvio padrão). As variáveis classificadas estão representadas em tabela contendo as frequências absolutas. O nível de significância adotada foi de $p < 0,05$.

Os métodos de análise foram o teste qui-quadrado ou axato de Fisher, para avaliar a hipótese de homogeneidade de proporção das variáveis estudadas entre os grupos, e a análise de variância, com um fator de classificação para testar a hipótese de igualdade de médias¹⁵.

RESULTADOS

No grupo A, a idade foi de $70,33 \pm 5,95$ anos e no grupo B, $69,42 \pm 7,54$ anos. No grupo C, a média foi de $74,14 \pm 7,42$ e no grupo D, $67,30 \pm 5,60$, não havendo diferença estatística entre elas, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1. Dados ecocardiográficos (médias e desvios padrões)

	Grupo A	Grupo B	Estatística	Grupo C	Grupo D	Estatística
Número	6	14		7	13	
Massa Ve (g)	$169,63 \pm 32,28$	$285,35 \pm 58,75$	S	$253,97 \pm 60,85$	$254,50 \pm 85,36$	NS
AE (mm)	$49,16 \pm 8,10$	$46,71 \pm 7,71$	NS	$253,97 \pm 2,87$	$51,61 \pm 6,00$	S
VEdd (mm)	$44,50 \pm 3,39$	$55,21 \pm 6,47$	S	$48,57 \pm 6,92$	$53,84 \pm 7,47$	NS
VEds (mm)	$28,00 \pm 5,09$	$39,28 \pm 8,77$	S	$31,14 \pm 6,93$	$38,46 \pm 9,71$	S
VEvcf (%)	$37,50 \pm 7,39$	$28,71 \pm 1,11$	S	$37,28 \pm 8,03$	$30,46 \pm 9,91$	S
Vol. Diast. Final (ml)	$89,38 \pm 19,73$	$173,00 \pm 56,08$	S	$117,41 \pm 45,42$	$164,34 \pm 64,42$	S
Vol. Sist. Final (ml)	$23,75 \pm 11,88$	$69,31 \pm 38,85$	S	$35,17 \pm 21,05$	$66,67 \pm 42,69$	S
Vol. Sistólico (ml)	$65,63 \pm 9,98$	$103,61 \pm 33,77$	S	$82,24 \pm 30,60$	$97,59 \pm 34,98$	S
Fração de ejeção (%)	$74,33 \pm 8,41$	$61,71 \pm 15,10$	S	$71,43 \pm 11,01$	$62,00 \pm 15,00$	S

AE-átrio esquerdo; **VEdd**-diâmetro diastolístico do VE; **VEds**-diâmetro sistólico do VE; **VEvcf**-porcentagem do encurtamento sistólico do VE; **mm**-milímetro; **g**-gramo. **NS**-não significante; **S**= $p < 0,05$.

COMENTÁRIOS

A FAC ocorre em 65% dos casos em idosos e não está correlacionada com as valvopatias em 70% das vezes⁷. Acredita-se que este fato se deveu a substituição das células miocárdicas por fibras colágenas e deposição de lipofucsina e amilóide, substâncias que resultam da degeneração celular que ocorre com o avançar da idade. Estas alterações celulares provocam o aumento da parede do VE, causando enrijecimento das mesmas, que aliada à hipertrofia secundária a hipertensão arterial sistólica prevalente neste grupo etário, provoca dilatação do AE e FAC⁹.

Com o envelhecimento, o sistema de produção e de condução atrial do estímulo cardíaco pode ser afetado de diversas maneiras, sendo este um outro motivo da FAC. POMERANCE¹⁴ demonstrou redução das células específicas do NÓ sinusal e presença de depósitos de lipídeos nas paredes atriais, inclusive atingindo a região do NÓ sinusal isolando o da musculatura circunvizinha. A presença de substância amilóide chega a ser observada em 50% de indivíduos após os 90 anos, afetando difusamente, as paredes atriais. A isquemia do NÓ sinusal também é uma possibilidade sempre presente, devido à elevada frequência com que ocorre a coronariopatia aterosclerótica nessa faixa etária¹⁴.

A cardiomegalia é um achado freqüente na FAC, ocorrendo em 78,3% dos casos³, fato este que motivou a análise dos pacientes nos subgrupos A e B (Tabela 1), onde a massa do VE foi de $169,63 \pm 32,28$ g e $285,35 \pm 58,75$ g, respectivamente. Em ambos os grupos, o tamanho do AE estava acima do normal (grupo A = $49,16 \pm 8,10$ mm e grupo B = $46,71 \pm 7,71$ mm) o que faz supor a existência de um fator restritivo no miocárdio do grupo A como predisponente da FAC. Este fato pode ser comprovado por BARRETO et al.¹ nos casos das miocardiopatias restritivas, como a endomiocardiofibrose, onde o acometimento é exclusivamente ventricular e a cavidade atrial está preservada e a FA ocorre com alta frequência (34,5%), se tornando um fator prognóstico. Isto nos alerta que o mesmo pode ocorrer nos casos de FAC do idoso com VE pequeno e componente de restrição diastólica.

O estudo do tamanho do AE realizado nos subgrupos C onde o AE tem valor normal ($39,71 \pm 2,87$ mm) e do grupo D onde o AE está aumentado ($51,61 \pm 6,00$ mm) observou-se que a

massa VE esta aumentada (grupo C $253,97 \pm 60,85$ g; grupo D $254,50 \pm 85,36$ g) porém sem diferença estatística entre ambas. Com relação ao tamanho da cavidade do VE e seus volumes, estes apresentam-se diminuídos no grupo C em relação ao grupo D, fazendo supor que ocorre hipertrofia no grupo C, novamente caracterizando a importância da restrição diastólica com papel importante na gênese e perpetuação da FAC.

CONCLUSÃO

O estudo ecocardiográfico dos 20 pacientes com idade ≥ 60 anos (11 homens) portador de FAC mostrou que tanto os que apresentam VE de tamanho normal (grupo A, massa VE = $169,63 \pm 32,28$ g), como os que apresentam AE normal (grupo C, AE = $39,71 \pm 2,87$) apresentam a FAC por possível restrição diastólica como fator coadjuvante significante.

SUMMARY

Chronic atrial fibrillation (CAF) in the elderly: echocardiogram evaluation of left ventricle

The objective of this paper was to analyze the structure of left ventricle (LV) and its relationship with CAF, through the study of 20 patients (11 males) with age ≥ 60 years and CAF. The method applied was M-mode echocardiogram in double-blind clinical trial. Patients were compared in two studies: I. groups A and B respectively with and without cardiomegaly (LV mass ≤ 215 g) and II. groups C and D respectively without and with left atrium increase (LA ≥ 40 mm). Results showed that, according to study I, the size of LA is statistically the same with LV mass = 169.63 ± 32.28 g and LA = 49.16 ± 8.10 mm for group A; and LV mass = 285.35 ± 58.75 and LA = 46.71 ± 7.71 mm for group B. Study II showed that the LV mass has the same statistical value, with LA = 39.71 ± 2.87 and LV mass = 253.97 ± 60.85 for group C; and LA = 51.61 ± 6.00 and LV mass = 254.50 ± 85.36 for group D. This investigation suggested that the restrictive component of LV can be the causal factor of CAF genesis and its persistence.

Keywords: arrhythmia, atrial fibrillation, aged, echocardiography, heart ventricle.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRETO, A.C.P., ARTEGA, E., FURTADO, M.
Fibrilação atrial nas miocardiopatias. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v.4, n.3, p.265-272, 1994.
2. CAMPEBELL, A., CAIRD, F.I., JACKSON, T.F.M.
Prevalence of abnormalities of electrocardiogram in old people. *British Heart Journal*, London, v.36, p.1005-1011, 1974.
3. CARVALHO FILHO, E.T., MIOTTA, S.T., ALVES, A.T.R. et al. Fibrilação atrial crônica no idoso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.57, n.2, p.109-114, 1991.
4. DEVEREUX, R.B., ALONSO, D.R., LUTAS, E.M. et al. Echocardiographic assessment of left ventricular hypertrophy: comparison to necropsy findings. *American Journal of Cardiology*, New York, v.57, p.450-458, 1986.
5. DISHANSKY, B., WALDO, A.L. Atrial fibrillation: update on mechanism, diagnosis and management. *Modern Concepts of Cardiology Disease*, Baltimore, v.56, p.23, 1987.
6. FORTUIN, N.J., HOOD, H.P., CRAIGE, E.
Evaluation of left ventricular function by echocardiography. *Circulation*, Dallas, v.46, p.26-35. 1972.
7. HILL, J.D., MOTTRAM, E.M., KILLER, P.D.
Study of prevalence of atrial fibrillation in general practice patients over 65 years of age. *Journal of Royal College General Practice*, v37, p.172-173, 1987.
8. KANNEL, W.B., ABBOT, R.D., SAVAGE, D.D. et al. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation. *New England Journal of Medicine*, Boston, v.306, p.1018-1022, 1982.
9. LAKATA, E.G. Changes in cardiovascular function with aging. *European Heart Journal*, London, v.11, p.22-29, 1990. (supplement).
10. LAKE, F.R., McCALL, M.G., CULLEN, K.J., ROSMAN, D.L., DE KLERK, N.H. Atrial fibrillation and mortality in elderly population. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, Balgowlah NSW, v.19, p.312-316, 1989.
11. LORCA, A.M. Abordagem clínica das taquiarritmias supraventriculares. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v.1, n.1, p.8-16, 1991.
12. McFARLAND, T.M., ALAN, M., GOLDSTEIN, S., PICKARD, S.D., STEIN, P.D.
Echocardiographic diagnosis of left ventricular hypertrophy. *Circulation*, Dallas, v.57, p.1140-1144, 1978.
13. MOREIRA, D.A.R., REYES, C.A.S. Bases eletrofisiológicas da fibrilação atrial: fatores desencadeantes e de perpetuação. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v.4, p.207-213, 1994.
14. POMERANCE, A. Ageing and degenerative changes. In: _____, DAVIES, M.J. *The pathology of the heart*. Oxford : Blackwell, 1975. p.49.
15. ROSNER, B. *Fundamentals of biostatistics*. 2. ed. Boston : PWS Publishers, 1986.
16. SAHN, D.J., DEMARIA, A., KISSLO, J., WEYMAN, A. The committee on M-mode standardization of the American Society of Echocardiography. Recommendations regarding quantitation in M-mode echocardiography: results of a survey of echocardiographic measurements. *Circulation*, Dallas, v.58, p.1072-1083, 1978.

Recebido para publicação em 12 de junho e aceito em 2 de agosto de 1995.

RELATO DE CASO

Rim policístico unilateral: relato de caso

Antonio Gugliota¹
José Windsor Angelo Rosa²
Gustavo Afonso Ferreira²
Guilherme Becker Burmeister³
José Carlos Ribeiro da Motta Filho³
Carlos José Sierra⁴
Norma Marques Nascimento⁴

RESUMO

Estudo de caso com paciente do sexo masculino, na idade de 40 anos, apresentando hipertensão arterial (HA) não responsivo aos tratamentos. Exames complementares sugeriram doença rara: Rim policístico unilateral⁴. Diagnóstico foi confirmado por histopatológico de peça extirpada. Nível pressórico apresentou queda, atingindo valores dentro dos limites da normalidade após nefrectomia. Alta ambulatorial após 1 ano de acompanhamento.

Unitermos: rim policístico, transplante renal, rim, nefrectomia, masculino, hipertensão, estudos de casos e controles.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Policística do Adulto (DRPA) tem caráter hereditário e em grande parte dos casos acomete ambos os rins, levando à médio prazo, insuficiência renal⁴.

É considerada a terceira causa terminal renal do Comitê Assessor do Registro de Transplante Renal.

Apresenta, anatomicamente, deformidade cística difusa progressiva bilateral dos rins, hipertensão e morte durante a sexta década de vida, que pode ser evitado através de diálise ou transplante⁵.

Sua clínica pode ser hematuria, nefrocalcinose, insuficiência renal e dor lombar, já a etiologia é motivo de especulação, mas é conhecido que afeta os néfrons.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 40 anos, branco, com história de dor lombar à esquerda, há vários anos, de forte intensidade e de caráter periódico. Não há recordação de quadro doloroso na infância. Alguns episódios de dor foram acompanhados de hematuria macroscópica e com melhora espontânea. O paciente apresentava também quadro de hipertensão arterial (HA), fazendo uso de Captopril de 25mg uma vez ao dia³. O mesmo não se recordava da coincidência cronológica entre o aparecimento da dor lombar e da hipertensão. Ao exame físico, apresentava abdomen flácido, doloroso à palpação em hipocôndrio e flanco esquerdo. Palpava-se massa de superfície irregular ocupando toda esta região. Os exames laboratoriais apresentavam-se todos normais exceto por uma hematuria discreta de 8000 hemáceas por ml⁴. À urografia excretora, notava-se um rim esquerdo de grande volume com deformidades caliceais, importantes características da DRPA, e rim contralateral de aspecto normal. Ao exame ultrassonográfico encontramos rim esquerdo de

(1) Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
(2) Professor Assistente do Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
(3) Médico Assistente do Serviço de Urologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCAMP.
(4) Médico(a) Residente do Serviço de Urologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCAMP.

contorno bocelado com múltiplos cistos no seu interior, sendo maior de 4cm de diâmetro. Essas imagens também foram confirmadas pela Tomografia Computadorizadas (Figura 1). Com o diagnóstico presuntivo de DRPA indicamos a nefrectomia E, uma vez que o quadro doloroso estava pior e a hipertensão não respondia ao medicamento. O exame macroscópico (Figura 2A e B) e anatomopatológico confirmaram o diagnóstico de DRPA. Após a cirurgia houve normalização dos níveis pressóricos tendo sido suspensa a medicação e dado alta ao paciente após um ano de acompanhamento ambulatorial.

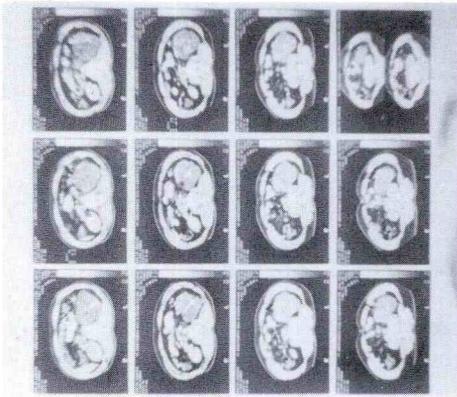


Figura 1. Tomografia do rim esquerdo

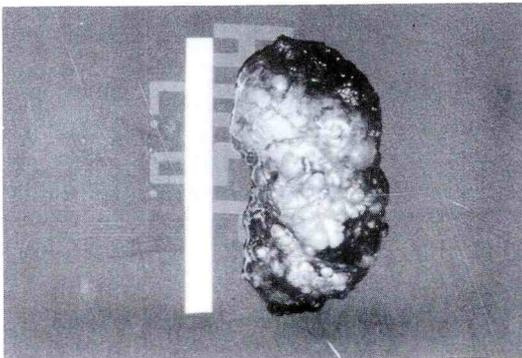


Figura 2A. Rim esquerdo com vários cistos fechados

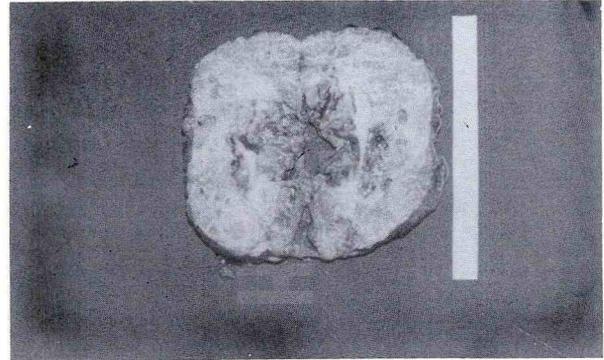


Figura 2B. Rim esquerdo com vários cistos abertos

DISCUSSÃO

A DRPA tem caráter genético e normalmente acomete ambos os rins. Sua etiologia ainda não está totalmente determinada, mas parece ser uma patologia obstrutiva no nível de alça de Henle, espaço de Bowman e túbulos coletores levando a formação de cistos. Não acomete todos os glomérulos, porém com o aumento progressivo do cisto leva a uma compressão do parênquima adjacente comprometendo o rim como um todo.

A doença pode aparecer a partir dos 16 anos de idade, levando, o paciente, a médio prazo, a insuficiência renal, hipertensão, dor lombar e hematúria. Se não tratado adequadamente (diálise e/ou transplante) leva a morte por volta da sexta década de vida^{1,3}. Os exames radiológicos como urografia excretora e ultrassonografia tem grande valor diagnóstico, porém em uma fase inicial pode não revelar a doença. Nesta situação, a tomografia tem se mostrado bastante eficiente, demonstrando cistos de até 0,5 cm de diâmetro, afastando por completo a lombotomia exploradora como método diagnóstico. Neste caso específico, o diagnóstico diferencial deve ser feito como rim multicístico, tumor renal,

hidronefrose, Doença de Von Hippel-Lindau e pielonefrite. O paciente foi tratado com nefrectomia total, indicada pela dor e hipertensão incontrolável com medicação. Até a presente data, o mesmo encontra-se bem, fazendo acompanhamento ambulatorial regular; foi realizada ainda triagem para pesquisa de possível DPRA, em todos os seus parentes diretos.

SUMMARY

Unilateral polycystic kidney: case report

The authors relate a case of a forty-year old man with a hypertension non-responsive to therapy. Complementary investigations suggested a rare disease: the unilateral polycystic kidney. Diagnosis was confirmed by histopathologic result. After nephrectomy, the man got normal blood pressure levels. He got outpatient department discharge after one year of attendance.

Keywords: *polycystic kidney, kidney transplantation, kidney nephrectomy, male, hypertension, case-control studies.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMBROSESS, G.R.A., TRULOCK, T.S., PARROT, T.S. Unilateral multicystic disease in adults. *Journal of Urology*, Baltimore, v.18, p.366-369, 1982.
2. BLOOM, D.A., BROSMAN, S. The multicystic kidney. *Journal of Urology*, Baltimore, v.120, p.211, 1978.
3. CHEN, Y.H., ST LAPETON, F.B., ROY, S., et al. Neonatal hipertension from a unilateral multicystic dysplastic kidney, *Journal of Urology*, Baltimore, v.133, p.664-665, 1985.
4. SPENSE, H.C. Congenital unilateral multicystic kidney: an entity to be distinguished from polycystic kidney disease and other cystic disorders. *Journal of Urology*, Baltimore, v.74, p.693, 1955.
5. TELSON, B. & CUSSEN, L.J. The hydronefrotic type of congenital multicystic disease of the kidney. *Seminars in Roentgenology*, Philadelphia, v.10, p.113-123, 1975.

Recebido para publicação em 30 de junho de 1994 e aceito em 16 de março de 1995.

Pós-graduação na Faculdade de Ciências Médicas: conquistas, desafios, incertezas...

Lilian Vieira Magalhães¹

Quais as chances de sucesso do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas - Interdisciplinariedade em Ciências da Saúde?

Essa constrangedora pergunta pode receber inúmeras respostas, a depender da lógica utilizada para a sua avaliação. Vamos aos fatos.

Em setembro de 1994 o Conselho de Coordenação de Ensino e Pesquisa da PUCCAMP aprovou a criação do Programa de Mestrado proposto pela FCM, definindo sua implantação imediata tão logo fossem ultimados os expedientes legais exigidos pelos órgãos governamentais (recomendação da CAPES). O programa previa 4 linhas de pesquisa, a saber:

- 1) Interdisciplinariedade em saúde coletiva;
- 2) Perspectiva interdisciplinar em clínica;
- 3) Cirurgia;
- 4) Saúde mental.

Cada uma das quatro áreas oferece disciplinas básicas e obrigatórias, de caráter temático ou metodológico. Isto configura um projeto de corte inovador não só em suas premissas teóricas, mas sobretudo na maneira como foi operacionalizado.

Serão 48 vagas distribuídas por profissionais de todas as áreas de afinidade com as Ciências da Saúde, o que se justifica pela tradição da FCM na tentativa de articulação das práticas e saberes que, apesar de distintos, sejam concernentes à saúde.

É possível o início das atividades ainda em 1995, condicionado aos referidos expedientes legais e à determinação política da instituição.

Onde começa essa história?

Há pelo menos 15 anos vimos construindo um *trabalho insano* de realização conjunta de atividades editoriais, de planejamento e consultoria, de coordenação e gerenciamento de serviços, além da oferta de cursos *lato sensu* e da própria graduação.

Há cerca de 5 anos foi criada uma comissão preliminar para estudos sobre a demanda por capacitação entre os docentes.

Aquele grupo identificou então os principais interesses dos docentes, bem como as linhas de pesquisas esboçadas à época.

O trabalho da Comissão permitiu a consolidação do projeto na sua versão final, com forte acento interdisciplinar.

Nossa história está repleta de tentativas de integração. Nas semanas de estudos, nos centros de saúde, entre as disciplinas básicas e profissionalizantes.

Poucas faculdades no país possuem colegiados tão democráticos, raros são os serviços multidisciplinares, enfim, não são muitas essas experiências na realidade brasileira de saúde.

Por outro lado, se faltam modelos sobram desconfianças.

Sobretudo para alguns professores da própria FCM parecem restar perguntas para as quais eles não acreditam receber respostas objetivas.

Não seriam mais ágeis os serviços isolados?

A metodologia de trabalho em comissões multiprofissionais não cria obstáculos aos projetos das áreas já consolidadas?

Tanta integração não acaba descaracterizando as tradicionais áreas de produção de serviços e pesquisa?

Se cada área realizasse o seu programa sem a interferência dos demais a produtividades não seria maior?

(1) Professora Titular do Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP, Membro da Comissão de Pós-Graduação do CONCEP, 1994.

Ou seja, não poderíamos imitar outras instituições e implementar projetos de corte tradicional (clínica para clínicos, cirurgia para cirurgiões, e assim por diante)?

A resposta talvez pudesse ser afirmativa caso estivéssemos fabricando parafusos. Entretanto, estamos cuidando, em 1995, de promover, preservar ou recuperar a saúde de seres humanos. E isso já não é possível com medidas isoladas.

Sem engenharia genética, sem informatização, sem reformulação do espaço urbano, sem reestruturação da produção e conservação de alimentos não se pode mais falar em saúde. Isto para ficar apenas nos preâmbulos da prevenção.

As ações de assistência só fazem aumentar essa complexidade. Ou seja, qualquer tentativa séria de intervir, produzir conhecimento ou divulgar informação em saúde supõe novos conceitos e paradigmas.

Pois bem, vista assim, a proposição de um programa de mestrado (inicialmente) com área de concentração em Interdisciplinariedade parece perfeitamente justificada. Será?

De novo aos fatos.

Pode-se afirmar que sim desde que cada docente, estudante e funcionário compreenda e aceite o significado desse desafio.

De nada adiantarão as redes de informações (Compuserver, Internet) se continuarmos trancados

nos guetos das corporações. Cada um no seu mundo particular.

Se as aulas, as práticas e os projetos continuarem divididos em graus de importância segundo critérios de status e parafernália técnica, a expressão **Interdisciplinariedade** torna-se um *slogan* vazio.

É preciso compreender (e aceitar) que a pós-graduação só foi possível graças à experiência acumulada na graduação e nas demais atividades de extensão e pesquisa. Todas.

Não é *mais um projeto*. É a continuidade *do* projeto.

É preciso compreender (e aceitar) que a almejada emancipação técnica do homem só faz sentido se for dirigida para o benefício (e para a emancipação) de todos os homens.

É preciso, portanto, apreender e continuar garantindo a magnitude de um programa que pensou na diversidade a partir da integração e que busca permitir a pluralidade de maneira criativa e muito singular. E que, embora formulado por um grupo, supõe o envolvimento de todos. Ou não se realizará.

O sutil movimento de um caleidoscópio seria uma imagem bastante representativa desse nosso tempo.

Espelhos e cores. Possibilidades.

Que o nosso desenho, pleno de desafios, seja uma imagem fiel de todas as nossas chances.

Recebido para publicação em 3 de abril de 1995.

DISSERTAÇÕES E TESES (1993 à abril de 1994)

1993

LIMA, Carmen Silvia Passos. *Estudo da medula óssea em leucemia mielóide aguda do adulto e suas características clínicas e laboratoriais*. Campinas : [s.n.], 1993. 130p. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1993.

RESUMO

Foram estudados 68 pacientes com Leucemia Mielóide Aguda (LMA) ao diagnóstico atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Cada paciente foi avaliado clinicamente (história e exame físico) e laboratorialmente (sangue periférico e medula óssea por meio da citologia e histologia). Os resultados deste estudo indicaram que a LMA, em nosso meio, apresenta características clínicas e de sangue periférico semelhantes às descritas para países do hemisfério norte, exceto pelo fato de termos observado frequências maiores dos sintomas fraqueza, febre e sangramento em nossos casos. Os resultados do estudo citológico da medula óssea foram semelhantes às descrições prévias, com exceção das frequências obtidas para os subtipos M1, M3, M4 e M7 da LMA em nossos casos. O estudo citológico mostrou-se superior ao histológico para a realização do diagnóstico, para a identificação dos subtipos da LMA e para a identificação de displasias trilineares. Os resultados do estudo histológico da medula óssea foram semelhantes às descrições da literatura. O estudo histológico mostrou-se superior ao citológico para as avaliações das celularidades, das alterações do estroma, para a quantificação da infiltração da medula óssea por blastos, eosinófilos, linfócitos e plasmócitos. Possibilitou a realização das reações imuno-histoquímicas Lisozima (que confirmou a origem mielóide da leucemia) e fator VIII: fator von Willebrand (que identificou a leucemia megacarioblástica).

PASCHOAL, Mário Augusto. *Estudo comparativo das respostas autonômicas cardiorespiratórias entre corredores fundistas, halterofilistas e sedentários*. Campinas : [s.n.], 1993. 180p. Dissertação (Mestrado em Fisiologia do Exercício) - UNICAMP, 1993.

RESUMO

Sabe-se que indivíduos submetidos à constante atividade física, apresentam como resposta, modificações estruturais e funcionais dos aparelhos e sistemas, as quais são peculiares

ao tipo de exercício praticado. O objetivo do presente estudo, foi o de investigar a magnitude destas respostas, enfocando especificamente os controles autonômicos sobre o sistema cardiovascular, comparando-os entre corredores fundistas (F; n=5) e halterofilistas (H; n=5), além de um grupo controle, constituído por sedentários (S; n=5). Para tal, foi realizado um estudo transversal, empregando-se testes funcionais autonômicos não invasivos, como: manobra de Valsalva, manobra postural passiva ("head-up tilt") e o teste do frio ("cold hand test"); além de exercícios físicos dinâmicos (EFD), como um protocolo contínuo=PC (acréscimos de potências de 25 "Watts" minuto a minuto até a axaustão) e um protocolo descontínuo=PD (acréscimos de potências de 25 "watts" a cada 4 minutos, até a FC submáxima). As principais variáveis estudadas foram as influências vago-simpáticas sobre o nó sinusal (envolvendo a frequência cardíaca (FC) durante o EFD, no limiar de anaerobiose (LA) e no pico do esforço), e outras variáveis metabólicas obtidas pela medida direta dos gases exalados durante o PC e o PD (como o consumo de oxigênio = VO_2 , no LA e no pico do esforço = VO_2 pico). No tempo de 0 a 10 segundos da manobra de Valsalva, ocorreu significativa ($p < 0,05$) diferença entre os deltas de FC apresentados pelos indivíduos do grupo S (+ 24 bpm) em relação aos H (+ 6 bpm). Durante a manobra postural passiva e o teste do frio, os resultados foram menos expressivos na comparação entre os grupos. Durante o PD, pode-se constatar significativa ($p < 0,05$) contribuição simpática para o grupo S em relação ao F nas potências acima de 75 "Watts". Durante o PC obteve-se significativos ($p < 0,05$) valores superiores de VO_2 no LA e VO_2 pico para o grupo F (30 e 57 ml/kg/min, respectivamente) em relação aos grupos H (20 e 35 ml/kg/min) e S (18 e 31 ml/kg/min). Estes e outros dados obtidos durante os experimentos demonstraram grandes diferenças na magnitude das contribuições vago-simpáticas sobre o miocárdio, principalmente do grupo F em relação aos demais, revelando que as respectivas adaptações autonômicas foram inerentes ao exercício físico (aeróbico) realizado pelo grupo. Outro achado relevante obtido pelo estudo foi a pequena diferença entre os valores apresentados pelos H em relação ao grupo controle (S), sugerindo que os exercícios de levantamento de pesos em nada contribuíram para modificar significativamente a magnitude das respostas autonômicas investigadas.

SORDI, Mara Regina Lemes de. *Repensando a prática de avaliação no ensino de enfermagem*. Campinas : [s.n.], 1993. 320p. Tese (Doutorado em Metodologia do Ensino) - Faculdade de Educação, UNICAMP, 1993.

RESUMO

A Faculdade de Enfermagem da PUCCAMP, buscando a consolidação de seu projeto educacional, elegeu, como prioridade, discutir sua prática de avaliação. A escolha intencional da avaliação, como objeto de questionamento, embasou-se na convicção de que esta prática é determinante na organização do trabalho pedagógico. Nessa perspectiva, a avaliação inscreve-se como principal evidenciadora do projeto político-pedagógico adotado pelo curso. A forma como é praticada a avaliação no microcosmo escolar, permite identificar quais os valores e os interesses que estão em jogo, e suas inevitáveis conseqüências extra-escola, ou seja, na organização social. A proposta metodológica fundamentou-se num trabalho coletivo de contínuo desvendamento da prática de avaliação vigente com subsequente tomada de posição, objetivando uma intervenção planejada na realidade. Tanto o processo de apropriação dos dados como o de análise e intervenção, foram fruto da relação de parceria que se estabeleceu entre alunos e professores do curso, mediados pela ação política da pesquisadora que, simultaneamente, se responsabilizava pela coordenação do curso. A realidade dos dados apreendidos confirmou a práxis avaliativa como instrumento poderoso de qualificação do ensino. Revelou ser a avaliação prática permeada por relações de poder e fortemente impregnada de valores ideológicos que tanto podem servir para acelerar ou refrear as transformações no projeto institucional.

1994

BACCARELI, João Carlos. *Ocorrências de glândulas sebáceas ectópicas nas diversas áreas anatômicas da cavidade da boca*. São Paulo : [s.n.], 1994. 24p. Dissertação (Mestrado em Patologia) - Universidade Camilo Castelo Branco, 1994.

RESUMO

Foram examinados 1031 pacientes, de ambos os sexos, brancos e não brancos (4 a 80 anos de idade), inscritos na Clínica de Propedêutica Odontológica da PUCCAMP e de escolas públicas da região, com o objetivo de analisar a ocorrência de glândulas sebáceas ectópicas nas diversas áreas anatômicas da cavidade bucal. As características consideradas importantes para esta análise foram reunidas em fichas individuais elaboradas pelo autor. Constatou-se que a prevalência maior ocorre no lábio superior e, a associação entre lábios superior e inferior e mucosa jugal supera largamente qualquer outra localização.

FERNANDES, Arlete Maria dos Santos. *Incidência dos fatores de esterilidade conjugal nos hospitais universitários de Campinas no período de 1980 a 1991*. Campinas : [s.n.], 1994. 75p. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1994.

RESUMO

Este estudo analisou retrospectivamente algumas características demográficas, os fatores etiológicos e a taxa de abandono da população de 2331 casais que procuraram atendimento nos Serviços de Esterilidade dos hospitais universitários de Campinas, o da UNICAMP e o da PUCCAMP no período de 1980 a 1992. Encontrou-se que, aproximadamente 60% das mulheres tinham menos de 30 anos, e mais da metade dos casais apresentavam esterilidade primária. Os fatores etiológicos mais frequentes foram o tubáreo em 53% das mulheres atendidas, e o ovulatório em 30%. Contribuíram para a alta incidência do fator tubáreo as mulheres laqueadas que solicitaram reversão, que constituíram 24% do total de casos estudados. A taxa total de abandono nos dois serviços foi de 65,6%. As variáveis significativamente relacionadas ao abandono foram o fato do casal ser atendido na UNICAMP e mulheres que solicitaram reversão da laqueadura. Concluímos que devemos tomar medidas para diminuir o número de casos com fator tubáreo, prevenindo as infecções ginecológicas e melhorando a indicação da laqueadura, assim como, fornecendo métodos anticoncepcionais reversíveis ao alcance da população.

GARCIA, Rosa Wanda Diez. *Representações sociais da comida no meio urbano*: um estudo no centro da cidade de São Paulo. São Paulo : [s.n.], 1994. 219p. Dissertação (Mestrado em Comportamento Alimentar) - Instituto de Psicologia Social, USP, 1994.

RESUMO

Considerando as implicações que o modo de vida urbano imprime às práticas sociais, o presente trabalho pretendeu conhecer as representações sociais da comida e o modo de comer no meio urbano. Assumimos que a alimentação traz em seu bojo as inter-relações sócio-culturais e psicológicas, veiculando configurações concretas e simbólicas relacionadas como meio, construídas pelo pensamento social e vividas experimentalmente através do paladar. Utilizamos como objeto de estudo relatos de pessoas que trabalham e fazem refeições no centro da cidade de São Paulo. Abordamos, através da análise desses relatos e de observações feitas *in loco*, as representações sociais conjugadas às práticas alimentares, de modo que pudemos observar como se dá o imbricamento entre tais práticas e o universo simbólico. Os resultados foram organizados em três capítulos: repercussões do meio urbano na alimentação, o padrão alimentar e a alimentação sob a égide da saúde. No primeiro capítulo, exploramos os reflexos do modo de vida, que impõe ritmo, consumo e limites, como contexto para novas práticas que irão se estabelecendo e delineando as representações sociais. A relação de tempo e espaço remete-nos a duas instâncias onde habitualmente transcorrem as refeições: a casa e a rua. Esses dois domínios constituem categorias que orientam as representações sociais sobre a comida e podem estar, ora em posição, ora

sobrepondo-se uma à outra, ora independentes, constituindo substratos para as representações sociais da comida e influenciando o modo de comer. No capítulo sobre padrão alimentar exploramos determinantes dos hábitos alimentares, as modificações no ritual alimentar e suas implicações para o comportamento alimentar, o padrão alimentar urbano propriamente dito e a valorização da alimentação "natural". A alimentação sobre a égide da saúde aborda o forte vínculo que vem se estabelecendo entre a alimentação e a saúde e como, em decorrência desta associação, um caráter regulador e normativo passa a permear as práticas alimentares. Integrando as representações sociais sobre a comida, os elementos responsáveis pela associação da alimentação com a saúde irão infiltrar-se em outras representações de origens diversas.

GUIMARÃES, Kátia Regina Leoni Silva Lima de Queiroz. *Interrelação nutricional entre mãe e filho, focalizando a composição corporal nas idades adolescente e adulta*. Campinas : [s.n.], 1994. 280p. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Engenharia de Alimentos, UNICAMP, 1994.

RESUMO

Estudou-se a composição corporal de 111 nutrízes, com seus lactantes, divididas em dois grupos, adolescentes e adultas com idade variando de 13 a 19 anos e de 20 a 29 anos, respectivamente. As variáveis analisadas foram medidas antropométricas (peso, pregas cutâneas biceptal, triceptal subscapular e supraílica e circunferência braquial), idade materna, estatura materna, ganho ponderal materno, peso pré-gestacional, peso no pós-parto, idade ginecológica, idade da menarca, idade gestacional (semanas), escolaridade, estado marital, saneamento básico, tipo de aleitamento, sexo do recém nascido, idade gestacional por Capurro, peso ao nascer, comprimento, tempo de desmame. As medidas antropométricas foram avaliadas pelo modelo de regressão com coeficientes aleatórios, para o desenvolvimento do estudo longitudinal com medidas feitas em número de vezes e tempo diferentes. As medidas de peso e prega cutânea subscapular diminuíram significativamente nos dois grupos assim como as medidas do índice de massa corporal e massa de gordura. Circunferência muscular e massa magra, diminuíram no tempo indicando perda de fluidos ($p = 0,0006$) e ($p < 0,0001$), respectivamente, nos dois grupos. As mães adultas apresentaram sempre valores maiores de composição corporal. Os lactentes não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos. O índice de amamentação foi de 69,8% e 68,9%, para o aleitamento exclusivo para o grupo de adolescentes e adultas respectivamente.

MORAES, Sandra Pedrosa. *Estudo morfológico da mucosa enteral de reservatórios em "J"*. São Paulo: [s.n.], 1994, 82p. Dissertação (Mestrado em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental) - Escola Paulista de Medicina, 1994.

RESUMO

A confecção de reservatórios ileais, após proctocolectomia, modifica a anatomia, a função e a morfologia do intestino delgado. Com o objetivo de avaliar se ocorriam alterações morfológicas da mucosa de revestimento dos reservatórios construídos e mantidos na continuidade do trânsito intestinal, foram operados 36 cães, separados em dois grupos. No I, foi realizada anastomose íntero-enteral término-terminal, em plano único extramucoso; no II, foi confeccionado reservatório em forma de "J" no segmento cranial, que foi anastomosado ao segmento caudal, da mesma forma que no Grupo I. Seis cães, de cada grupo, foram mortos aos 21, 42 e 63 dias, para estudo morfológico e morfométrico da mucosa enteral. Os resultados demonstraram diminuição da altura dos vilos, do número de células caliciformes e das mitoses em ambos os grupos, mas as alterações mais intensas foram nos cães do Grupo II, e somente neles diminuiu a profundidade das criptas intestinais. Aos 63 dias, na comparação entre dois grupos, havia diferença significativamente na altura dos vilos e no número de mitoses nas criptas. Concluiu-se que a confecção de reservatório estabeleceu alteração morfológica da mucosa enteral que o revestia, mesmo quando mantida na continuidade do trânsito intestinal.

MOURA, Erly Catarina. *Avaliação de serviços de saúde: um desenho epidemiológico*. Campinas : [s.n.], 1994. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP, 1994.

RESUMO

Inicialmente, a partir da revisão da literatura sobre avaliação de serviços de saúde e epidemiologia da saúde materno-infantil, justificamos a importância de avaliar os serviços de saúde, públicos e privados, utilizados pela população materno-infantil, enquanto impacto das ações de saúde (resultados), a partir de indicadores do processo de assistência à saúde, guardadas as devidas dimensões próprias da epidemiologia de modo a incorporar o conceito de risco/proteção ("marcador"). Em decorrência, fornecer subsídios para o planejamento em saúde a fim de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme consta dos nossos objetivos. A metodologia usada é o estudo tipo coorte junto à população materno-infantil do Jardim Campos Elíseos, periferia do município de Campinas, caracterizada conforme a situação social (condições de vida, condições de moradia e condições de saneamento), nutricional (antropometria, alimentação e amamentação) e assistencial (demanda de saúde, processo de assistência, impacto das ações de saúde e participação popular no sistema de saúde) no que se refere aos equipamentos de saúde, conforme o tipo de serviço utilizado. Os resultados mostram que houve uma melhora geral no quadro epidemiológico das populações estudadas,

independente do tipo de serviço de saúde utilizado. Encontrou-se diferença significativa, entre as populações dos diferentes serviços, quanto às variáveis sociais para renda, anos de estudo materno e localização da moradia, quanto às variáveis nutricionais para estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso na gestação e consumo de frutas para as gestantes e idade de introdução de frutas para as crianças. Quanto aos indicadores de processo, observou-se diferença para idade na primeira consulta de pré-natal e puericultura, tempo de espera, número de serviços de saúde utilizados pela criança e satisfação com o atendimento, negativamente para o serviço público. No que se refere aos indicadores de impacto, encontrou-se diferença para tipo de parto e tipo de alojamento ao nascer, negativamente para o serviço privado. Sugere-se a adoção destes indicadores na monitorização da avaliação de serviços de saúde, buscando a melhoria do atendimento público e o direito à saúde de alta qualidade para todos os cidadãos.

SOARES, Maria Magali Stelato Rocha. *Incidência de dermatose podal em diferentes classes de indivíduos e antibiograma dos fungos isolados*. São Paulo : [s.n.], 1994. 199p. Dissertação (Mestrado em Análises Clínicas) - Faculdade de Ciências Farmacêutica, USP, 1994.

RESUMO

Neste trabalho, foram incluídos dois grupos de indivíduos considerados saudáveis, formados, respectivamente, por militares e estudantes universitários, e um grupo de imunodeprimidos, formado por transplantados renais. A partir desses grupos, foi estudada a correlação entre a presença de lesões podais, ocorrência de fatores predisponentes à aquisição de micoses e decação de fungos. A incidência das espécies isoladas e a sensibilidade das mesmas frente a diferentes antifúngicos também foram consideradas. A presença de lesões podais, mostrou relação com a presença de fungos, principalmente de dermatófitos e em indivíduos imunodeficientes. Destes pacientes e de militares, *Trichophyton rubrum* foi o fungo mais freqüente isolado, igualando-se ao isolamento de *T. mentagrophytes* entre os universitários. Fatores predisponentes à aquisição de micoses foram significativos na dependência da análise realizada: inter-grupo ou entre grupos. Em antibiogramas, as drogas poliênicas e azólicas, assim como a griseofulvina, mostraram-se principalmente fungistáticas contra as cepas isoladas. Entre os dermatófitos, os oriundos de transplantados, foram menos sensíveis à determinadas concentrações dos antifúngicos.

1995

CORDEIRO, Fernando. *Anastomose mecânica em reto extraperitoneal*: duas técnicas de reconstrução; estudo experimental comparativo em cães. Campinas : [s.n.], 1995. 108p. Tese (Doutorado em Cirurgia) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 1995.

RESUMO

Os problemas resultantes das anastomoses no reto abaixo da reflexão peritoneal continuam sendo tema de discussões. Com o desenvolvimento de novas técnicas pode-se estender a ressecção anterior aos segmentos retais mais baixos com preservação do mecanismo esfínteriano, porém a segurança destes procedimentos está por ser estabelecida. Este estudo comparativo randomizado entre duas técnicas de anastomose mecânica no reto de cães, abaixo da reflexão peritoneal, permitiu a elaboração deste trabalho. Para isso, submeteram-se vinte animais à retocolectomia, efetuando-se a reconstrução do trânsito intestinal por dois métodos: em um grupo de dez cães, pela sutura mecânica circular de maneira término-terminal dita direta e, em outro, pela sutura circular, através do fechamento linear do coto retal de maneira término-lateral terminalizada dita dupla. As suturas foram avaliadas aos quinze dias do pós-operatório, com atenção ao estudo macro e microscópico das anastomoses e das complicações a elas atribuíveis principalmente à estenose. A análise desse estudo permitiu concluir: (1) a avaliação macroscópica da cicatrização, tanto interna quanto externamente, não revelou diferença significativa entre as duas técnicas de anastomose; (2) a avaliação microscópica na anastomose, ao décimo quinto dia do pós-operatório, mostrou não haver diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos; (3) a prevalência de estenose foi baixa em ambas as técnicas de anastomose mecânica, sem diferença significativa, não havendo relação entre um menor calibre do aparelho de sutura automática e um maior índice de estenose; (4) a ausência de diferença de resistência têxtil, de deiscência, fístula e hemorragia na linha de anastomose e de mortalidade de ambos os grupos revelou que ambas as técnicas de anastomose mecânica se equivaleram, e (5) as anastomoses mecânicas direta e dupla foram técnicas válidas e seguras nas cirurgias no reto extraperitoneal de cães.

REGIMENTO

REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP

ARTIGO 1º - A "REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP" foi criada para ser órgão de divulgação científica, patrocinada pela FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PUCCAMP.

ARTIGO 2º - A "REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP", tem por finalidade publicar trabalhos da área de Ciências da Saúde e afins de acordo com as normas editadas no presente regimento, com periodicidade, inicialmente, quadrimestral.

ARTIGO 3º - A "REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP" dirige-se a qualquer acadêmico ou profissional da área de Saúde e afins.

ARTIGO 4º - Colimando o objetivo da "REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP", esta publicará:

- a) Trabalhos originais e inéditos realizados por membros do corpo docente, médicos contratados, residentes e acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP e por especialistas nacionais e/ou estrangeiros, desde que se enquadrem no presente regimento e sejam aprovadas pelo Conselho Executivo.
- b) Artigos de revisão ou trabalhos apresentados em reuniões, simpósios, encontros etc, podendo-se constituir neste caso em suplementos, trabalhos de atualização, divulgação, notas prévias, relatos de casos, comunicações, breves conferências sobre medicina e ciências correlatas, resumos de livros, teses e trabalhos científicos e cartas científicas ao editor.
- c) Resenhas de livros.
- d) Discussões sobre temas inseridos em eventos científicos promovidos pela Faculdade de Ciências Médicas e Hospital Celso Pierro e pelos Centros e Diretórios Acadêmicos dos Cursos de Área da Saúde da PUCCAMP.
- e) Posição acadêmica ou ponto de vista.

DA DIREÇÃO

ARTIGO 5º - A "REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP" será dirigida por:

- Um Conselho Executivo;
- Um Conselho Editorial.

ARTIGO 6º - O Conselho Executivo, com duração de mandato de 4 anos, será constituído por:

- Um Editor Chefe;
- Um Editor Associado;
- Um Revisor de Normalização.

ARTIGO 7º - Cabe ao Editor Chefe:

- a) Fazer cumprir o presente regimento;
- b) Representar a Revista perante às instituições públicas e particulares;
- c) Opinar sobre a aceitação ou rejeição dos trabalhos enviados para publicação, baseado nos pareceres dos membros do Conselho Editorial;
- d) Supervisionar todas as fases da publicação da revista e regular sua tiragem e eventuais números extras;
- e) Convocar reuniões ordinárias quadrimestralmente para avaliação do número publicado e planejar o número subsequente, assim como reuniões extraordinárias sempre que se fizer necessário;
- f) Resolver casos omissos no presente regimento.

ARTIGO 8º - Cabe ao Editor Associado:

- a) Auxiliar o Editor Chefe em todos os seus encargos e funções;
- b) Substituí-lo em seus impedimentos ou a pedido deste;
- c) Escolher os revisores especialistas e participar da revisão de originais submetidos para publicação;
- d) Decidir sobre a conveniência de se publicar os trabalhos encaminhados à REVISTA;
- e) Dirimir eventuais controvérsias surgidas entre autores e revisores dos trabalhos submetidos para publicação;
- f) Registrar em livro ata, as reuniões do Conselho;
- g) Responsabilizar-se pelo trâmite dos processos encaminhados aos revisores;
- h) Garantir o anonimato dos revisores técnicos de sua escolha;
- i) Responsabilizar-se pela revisão técnica na fase de impressão.

ARTIGO 9º - Cabe ao Revisor de Normalização:

- a) Rever o vernáculo dos trabalhos a serem publicados;
- b) Normalizar, junto à Comissão Editorial, as publicações periódicas e seriadas, segundo as normas da ABNT e os padrões adotados pela Instituição, principalmente

quanto aos aspectos de formato, capa, apresentação gráfica, divisão do conteúdo do documento e periodicidade, de modo a facilitar a identificação da publicação, o tratamento, a disseminação e a recuperação das informações nela contidas;

- c) Acompanhar a composição e a diagramação dos trabalhos a serem publicados, de acordo com as normas e os padrões estabelecidos pela Instituição;
- d) Conferir as provas, após a composição, e examinar a arte-final do trabalho a ser publicado (apresentação geral), manifestando-se “de acordo” ou não com a sua impressão;

ARTIGO 10º - O Conselho Editorial será composto por colaboradores à convite do Editor da Revista em função de seus méritos e grau de conhecimento em suas respectivas áreas de atuação, competindo-lhe:

- a) Analisar os trabalhos enviados, julgando da conveniência ou não da publicação e sugerindo eventuais modificações;
- b) Propor os assuntos de revisão, atualização e divulgação a serem editados pela Revista;
- c) Propor alterações nos textos dos trabalhos, sempre que julgar conveniente;
- d) Sugerir a padronização de ortografia dos trabalhos tomando por base o vocabulário da língua portuguesa e a ortografia oficial, de acordo com a Academia Brasileira de Letras.

ARTIGO 11º - A Secretaria Geral da “REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP” terá sede própria e permanente, para recebimento, editoração e manutenção do material científico a ela encaminhado para publicação, competindo-lhe:

- a) Receber os trabalhos para publicação e encaminhá-los ao Editor Chefe;
- b) Organizar toda a correspondência e tramitação do material da Revista;
- c) Auxiliar o Editor Chefe nos trabalhos de preparação e expedição da Revista

DOS RECURSOS FINANCEIROS

ARTIGO 12º - A “REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS - PUCCAMP” será editada com recursos financeiros provenientes de: verbas oriundas da Instituição, vendas de assinaturas e números avulsos, recursos da indústria farmacêutica, doações e recursos de outras fontes, geridos pelo Conselho Executivo.

ARTIGO 13º - A distribuição da Revista far-se-á:

- a) Por doação às bibliotecas de Faculdades e Instituições congêneres, nacionais e estrangeiras;
- b) Por venda de números avulsos e assinaturas;
- c) Por permuta com revistas nacionais e estrangeiras;
- d) Por distribuição gratuita para fins de propaganda ou outro critério a juízo da Direção.

PARÁGRAFO ÚNICO - As revistas e livros recebidos por permuta serão incorporados à Biblioteca da FCM-PUCCAMP.

ARTIGO 14º - Serão fornecidas gratuitamente ao autor principal 5 (cinco) revistas onde conste seu artigo, sendo que, se necessário, poderá ser fornecido maior número delas, mediante pagamento.

ARTIGO 15º - Os originais não serão devolvidos e os não aceitos ficarão à disposição dos respectivos autores pelo prazo de um ano, cabendo-lhes quaisquer despesas para devolução.

ARTIGO 16º - Os trabalhos serão ordenados conforme a disposição cronológica de recebimento e posterior aprovação.

ARTIGO 17º - A reprodução dos trabalhos de outros periódicos deverá ser acompanhada da menção da fonte, dependente ainda da autorização do Editor.

ARTIGO 18º - Os conceitos emitidos nos artigos e comunicações são de total responsabilidade dos autores.

ARTIGO 19º - Não serão aceitos ensaios terapêuticos.

ARTIGO 20º - Os trabalhos submetidos à apreciação devem ser acompanhados de carta do autor responsável autorizando a publicação. Uma vez aceitos não poderão ser reproduzidos total nem parcialmente, sem autorização do Editor.

DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 21º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo Editor e pelo Conselho Consultivo, ouvido, se necessário, o Conselho Executivo.

REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

OBJETIVOS

A *Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP*, tem por finalidade publicar artigos originais relacionados com as diversas áreas da saúde, buscando incentivar a produção de trabalhos interdisciplinares.

NORMAS EDITORIAIS

- Serão publicados trabalhos originais e inéditos realizados por membros do corpo docente, médicos contratados, residentes e acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP e por especialistas nacionais e/ou estrangeiros, desde que se enquadrem no presente regimento e sejam aprovadas pelo Conselho Executivo.
- A reprodução dos trabalhos de outros periódicos deverá ser acompanhada da menção da fonte, dependente ainda da autorização do Editor.
- Os artigos serão submetidos à aprovação de avaliadores que sejam especialistas reconhecidos nos temas tratados. Os trabalhos serão enviados para avaliação sem a identificação de autoria.
- Publica também artigos para as seções de:

Revisão: destinada a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante a análise e interpretação de bibliografia pertinente.

Atualização: destinada a relatar informações publicadas sobre tema de interesse para determinada especialidade.

Nota Prévia: nota relatando resultados prévios ou preliminares de pesquisas em andamento.

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

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

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

- Compreende também: relatos de casos, discussões sobre temas inseridos em eventos científicos

promovidos pela Faculdade de Ciências Médicas e Hospital e Maternidade Celso Pierro/PUCCAMP e pelo Centro Acadêmico/Diretório Acadêmico dos Cursos da área de saúde.

- Serão fornecidas gratuitamente ao autor principal 5 (cinco) exemplares da revista onde conste seu artigo, sendo que, se necessário, poderá ser fornecido maior número, mediante pagamento.
- Os originais publicados não serão devolvidos e os não aceitos ficarão à disposição dos respectivos autores pelo prazo de um ano, cabendo-lhes quaisquer despesas para devolução.
- Os trabalhos serão ordenados conforme a disposição cronológica de recebimento e posterior aprovação.
- Os conceitos emitidos nos artigos e comunicação são de total responsabilidade dos autores.
- Não serão aceitos ensaios terapêuticos.
- Os trabalhos submetidos à apreciação devem ser acompanhados de carta do autor responsável autorizando a publicação. Uma vez aceitos não poderão ser reproduzidos total nem parcialmente, sem autorização do Editor.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

- Os trabalhos deverão ser datilografados/digitados em espaço duplo, mantendo margem lateral esquerda de 3 a 4cm sem preocupação com o alinhamento de margem direita, procurando-se evitar a separação de sílabas no fim da linha.
- Os artigos produzidos em computador deverão ser escritos em programas compatíveis com WORD 5 (DOS) e/ou WORD 6.0 for Windows, e encaminhados juntamente com um disquete (3 ou 5).
- Os trabalhos entregues para publicação devem obedecer às seguintes normas:
 - Devem ser originais, inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista;
 - Devem ser escritos em português, na ortografia oficial, limitando-se a um máximo

de dez páginas datilografadas/digitadas, a menos que recebam autorização do Editor Chefe;

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

RESUMOS E UNITERMOS

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

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

ESTRUTURA DO TEXTO

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trabalho de Congresso, Simpósio, Encontro, Seminário e outros: sobrenome do autor seguido das iniciais do prenome, título do trabalho, tipo de evento em caixa alta, número, ano, local. Título da publicação em destaque (negrito, itálico ou sublinhado). Local: entidade responsável ou editora, ano, páginas.

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

- As **citações bibliográficas no texto** deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências bibliográficas.
- Os **desenhos** deverão ser feitos a **nanquim ou fotografados com nitidez**, trazendo no verso o nome do autor e o número correspondente à legenda. As legendas numeradas serão reunidas em folha à parte, devendo-se assinalar, no texto, onde devem ser intercaladas as ilustrações.
- Os **desenhos, gráficos e fotografias** receberão a denominação de “figuras” e receberão numeração com algarismos arábicos, não ultrapassando 1/4 da extensão do texto.
- Toda **tabela** deve ter título explícito e sintético e conter informações que prescindam de consulta ao texto de que faz parte. As tabelas serão numeradas com algarismos arábicos.
- As **nomenclaturas** deverão ser utilizadas de forma padronizada, **observando rigorosamente as regras de nomenclatura médica**, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Não devem ser usadas no título e no resumo.

POUPANÇA REAL

P O U P A N Ç A R E A L

O investimento de maior sucesso no Brasil.
Você poupa hoje no Banco Real e se realiza amanhã.

DISQUE REAL

D I S Q U E R E A L

O seu banco por telefone. Com um dedinho de prosa,
você coloca suas finanças em dia.

REAL VISA

Atrações
em cartaz só no
Banco Real.

R E A L V I S A

O cartão múltiplo internacional que já vem
com o Realmaster.
O jeito mais seguro e econômico de fazer compras.

REALMASTER

R E A L M A S T E R

O único cheque especial do mercado que dá
7 dias por mês sem juros, há mais de 20 anos.

BANCO REAL

Para quem precisa de qualidade.

REALPAC é muito mais
tranqüilidade porque é
muito mais seguro.

REAL Seguros

REALPAC
SEGUROS