



Revista Científica

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Avaliação do perfil alérgico e imunológico de pacientes portadores de rinossinusite crônica e polipose nasal

Avaliação do perfil cognitivo do paciente com doença de Parkinson em pacientes do ambulatório de neurologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo

Ausência de superioridade do índice de adiposidade corporal sobre o índice de massa corporal na avaliação metabólica de pacientes não diabéticos

Síndrome do escroto vermelho tratado com inibidor de calcineurina

Avaliação tomográfica do câncer colorretal: relato de caso de ccr com extensão para retroperitônio

Estado de mal não convulsivo em idosa com diagnóstico de depressão

O papel do psicólogo no atendimento de pessoas diagnosticadas com disforia de gênero na rede pública de saúde

Expediente

Governador do Estado
Geraldo Alckmin

Secretário de Planejamento e Gestão
Marcos Antonio Monteiro

Superintendente Iamspe
Latif Abrão Junior

Chefe de Gabinete Iamspe
Roberto Baviera

Diretoria Iamspe

Administração - Maria das Graças Bigal Barboza da Silva

HSPE - "FMO" - Marcio Cidade Gomes

Decam - Marcia Ungarette

Cedep - Renato Arioni Lupinacci

Prevenir - Miriam Matsura Shirassu



REVISTA CIENTÍFICA

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”

Cedep: Centro de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa

Diretor: Renato Arioni Lupinacci

Editora responsável: Maria Ângela de Souza

Editores científicos: Osiris de Oliveira Camponês do Brasil

José Augusto Barreto

Umberto Gazi Lippi

Editora técnica: Cleuza de Mello Rangel

CONSELHO EDITORIAL

Alcides Gallo Junior (Medicina Nuclear)
Ana Beatriz Miklos (Endocrinologia)
André Tadeu Sugawara (Medicina Física)
Antonio Carlos Bonadia (Gastroclínica)
Antonia Elvira Tonus (Psiquiatria)
Betty Guz (Gastroclínica)
Carlo Alberto Komatsu (Cirurgia Plástica)
Carlos A. Nagashima (Laboratório Clínico)
Carlos N. Lehn (Cirurgia de Cabeça e Pescoço)
Daniel Rinaldi dos Santos (Nefrologia)
Eugenio Alves Vergueiro Leite (Radioterapia)
Fabiano R. Ribeiro (Ortopedia e Traumatologia)
Fabio Akira Suzuki (Otorrinolaringologia)
Fabio Papa Taniguchi (Cirurgia Cardíaca)
Fernando K. Yonamine (Otorrinolaringologia)
George C. Ximenes Meireles (Hemodinâmica)
Gizelda M. da Silva (Área Multiprofissional)
Helenilce de Paula Fiod Costa (Neonatologia)
Hugo Hipolito (Urologia)
João Manuel da Silva Junior (Anestesiologia)
Joaquim A. de Souza Jr. (Cirurgia Pediátrica)

José Alexandre de S. Sittart (Dermatologia)
Jose F. de Mattos Farah (Cirurgia Geral)
Jose Marcus Rotta (Neurocirurgia)
Jose Roberto Martins (Gastrocirurgia)
Julio Cesar de Costa (Neonatologia)
Kioko Takei (Laboratório Clínico)
Leonardo Piovesan Mendonça (Geriatria)
Limirio Leal da Fonseca Filho (Urologia)
Luis Augusto Rios (Urologia)
Luiz Henrique de Souza Fontes (Endoscopia)
Marcio Faleiros Vendramini (Endocrinologia)
Maria Goretti Maciel (Cuidados Paliativos)
Maria Lucia Baltazar (Psiquiatria)
Mariana Silva Lima (Pneumologia)
Mario Claudio Gheffer (Cirurgia Torácica)
Mauricio L. Oliveira (Cirurgia Plástica)
Mauricio M. Athie (Cirurgia Bucomaxilofacial)
Mauro Sergio M. Marrocos (Nefrologia)
Mileide Zuim Dantas Souza (Pronto Socorro)
Moises da Cunha Lima (Medicina Física)
Ney Valente (Cardiologia)

Otavio Cansanção de Azevedo (Gastrocirurgia)
Otavio Gampel (Oncologia)
Quirino C. Meneses (Cirurgia Pediátrica)
Raquel A. Martins (Ginecologia e Obstetrícia)
Reginaldo G. C. Lopes (Ginecologia e Obstetrícia)
Ricardo Guerra Ayello (Endocrinologia)
Ricardo Vieira Botelho (Neurocirurgia)
Richard A. Borger (Ortopedia e Traumatologia)
Roberto Bernd (Clínica Médica)
Roberto Sacilotto (Cirurgia Vascular)
Rui Manoel Pova (Cardiologia)
Sandra M. R. Laranja (Nefrologia)
Sergio Kreimer (Hemodinâmica)
Silvia Carla Sousa Rodrigues (Pneumologia)
Thais Guimarães (Moléstias Infectocontagiosas)
Ula Lindoso Passos (Radiologia)
Veridiana Aun R. Pereira (Alergia e Imunologia)
Vivia Machado Stel (Hematologia)
Walter Nelson Cardo Junior (Neonatologia)

Instituto de Assistência Médica ao Servidor
Público Estadual (Iamspe)
Av. Ibirapuera, 981 – V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04029-000
www.iamspe.sp.gov.br

Hospital do Servidor Público Estadual-
Francisco Morato de Oliveira (HSPE - FMO)
Rua Pedro de Toledo, 1800 - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil – CEP: 04039-901

Comissão Científica - Cedep (Centro de
Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa)
Av. Ibirapuera, 981 – 2º andar - V. Clementino
São Paulo/SP – Brasil - CEP: 04029-000
Secretária: Vanessa Dias
Email: ccientifica@iamspe.sp.gov.br

Diagramação: Vanessa Dias

Periodicidade: quadrimestral

A responsabilidade por conceitos emitidos é exclusiva de seus autores.
Permitida a reprodução total ou parcial desde que mencionada a fonte.

SUMÁRIO

Editorial	V
Opinião do Especialista	6
Artigo Original	
Avaliação do perfil alérgico e imunológico de pacientes portadores de rinossinusite crônica e polipose nasal.....	8
<i>Evaluation of the allergic and immunological profile of patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyposis</i>	
Jordão Leite Fernandes, Luciana Fernandes Costa, Marcela Leite, Fátima Fernandes, José Arruda Mendes Neto	
Avaliação do perfil cognitivo do paciente com doença de Parkinson em pacientes do ambulatório de neurologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo.....	16
<i>Evaluation of the cognitive profile of patient with Parkinson's disease in patients in the neurology ambulatory of the Hospital of the Public Servant of the State of São Paulo</i>	
João Osvaldo Tanaka Pasquini, Taís Fernanda Palissari, Luis Felipe Berchielli, Maria Azevedo Silva, Roberta Arb Saba	
Ausência de superioridade do índice de adiposidade corporal sobre o índice de massa corporal na avaliação metabólica de pacientes não diabéticos	26
<i>Absence of superiority of the index of body adiposity on the body mass index in metabolic evaluation of non-diabetic patients</i>	
Letícia Felix, Ricardo Aurélio Baptista Araújo, Cristiane Bitencourt Dias	
Relato de Caso	
Síndrome do escroto vermelho tratado com inibidor de calcineurina	30
<i>Red scrotum syndrome treated with calcineurin inhibitor</i>	
Ticiane de Andrade Castelo Branco Diniz, Caroline Ribeiro Paias, Yasmin Gama Abuawad, Fabiana Oliveira da Silva, Bethania Cabral Cavalli Swiczar, Neusa Yuriko Sakai Valente	
Avaliação tomográfica do câncer colorretal: relato de caso de ccr com extensão para retroperitônio.....	33
<i>Tomography evaluation of colorrectal cancer: case report of ccr with extension for retroperitônio</i>	
Rafael Colman Gabrig, Vanessa de Farias Lima, Eugênio Alves Vergueiro Leite, Amora Maria Duarte Gomes Bringel, Roberto de Freitas Gonçalves Bringel	
Estado de mal não convulsivo em idosa com diagnóstico de depressão	36
<i>Non-convulsive status epilepticus disease in the elderly with diagnosis of depression</i>	
Lorena Assis Moura, Olivia Permegiani Vilarinho, Rafael Gonzalez dos Santos, Fábio Limonte, Arianne Assis Moura Rodero	
Revisão de Literatura	
O papel do psicólogo no atendimento de pessoas diagnosticadas com disforia de gênero na rede pública de saúde.....	40
<i>The role of the psychologist during treatment of patients diagnosed with gender dysphoria in the public health system</i>	
Aline Ferreira Mendes, Anna Carolina Massarão, Sabrina Rodrigues Prates, Daniele Eloise do Amaral Silveira Kobayashi	
Resumo de Tese	
Análise comparativa dos efeitos de diferentes técnicas de alongamento músculo-articular em adultos praticantes de ginástica laboral na Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - RO	46
Aspectos do comportamento sexual de ingressantes de uma Universidade Federal do interior de Minas Gerais.....	47
A implantação de comissões internas de prevenção de acidentes na administração pública como estratégia de controle do absenteísmo funcional.....	48
Abordagem padronizada da alopecia difusa feminina.....	49
Resumo de Monografia	
Comprometimento cardíaco no Lúpus Eritematoso Sistêmico juvenil: casuística e relato de caso	50
Impacto da dor pélvica crônica na função sexual feminina	51
Volvo de íleo em adulto: relato de caso e breve revisão de literatura	52
Tratamento endovascular de oclusão de veia braquiocefálica esquerda e fístula arterio-venosa em paciente dialítico pela técnica do varal.....	53

Ao chegar ao final do ano os editores da Revista Científica do IAMSPE sentem-se orgulhosos de ter colocado em circulação os três números da publicação propostos para o período. Agradecemos a todos os colegas que trouxeram sua colaboração para o êxito desse trabalho.

Encaramos agora mais um desafio: fazer de 2018 o momento propício para divulgar o periódico a pesquisadores externos pensando em nos tornar uma opção de revista médica mais universalizada e, portanto, com maior probabilidade de obter as classificações que caracterizam a qualidade da produção. Criaremos ainda um Corpo de Revisores, colegas experientes e desejosos de colaborar para que tenhamos artigos avaliados por mais de um membro da revista. Vamos continuar insistindo com os colegas intramuros que enviem colaborações. Todos têm conhecimento que hoje em dia é tão importante publicar e as opções mais adequadas são de difícil acesso. Devemos fazer desta publicação uma das que tragam orgulho e evidentemente pontos aos pesquisadores.

Aproveitamos a ocasião para desejar aos colegas e colaboradores um excelente ano de 2018 e de antemão agradecemos o apoio à publicação.

Umberto Gazi Lippi
Núcleo de Pós-Graduação e Atividades Científicas

Estranho paradoxo

Desde há algum tempo os profissionais de saúde passaram a se interessar intensamente por dois aspectos de cuidados ao ser humano: nascimento (ou parto) humanizado e cuidados paliativos. São os dois extremos da vida: o nascer e o morrer. O que poderia haver de semelhante entre os cuidados a esses dois eventos?

A expressão “parto humanizado” tem sido usada largamente por profissionais que cuidam da saúde da mulher, especialmente os que se dedicam à Medicina Perinatal ou, mais restritamente à Obstetrícia. Em geral são coisas como: mesa PPP, duchas, banhos, bolas, “cavalinhos” para exercícios, música, aromas, posição de cócoras, nascimento dentro da água, acompanhamento por doulas. Estaria nisso a essência do bem estar no evento? Outros se agarram ferreamente à ideia de que humanizado é o parto normal a qualquer custo. Teria fundamento? Não é o que diz a Organização Mundial da Saúde no Manual de 1996, no qual aparece com todas as letras que o parto humanizado pode ser de qualquer forma, desde que seja o melhor para a mulher e para a criança.

E os cuidados paliativos? Do ponto de vista material exigem muito pouco em relação às necessidades de um ser humano em final da vida. Conforto, controle da dor e coisas básicas para a manutenção de vida como a alimentação e hidratação. Se as camas forem ricamente pintadas, os lençóis em linho bordado, a TV em três dimensões (se a pessoa puder assisti-la) nada disso fará diferença porque o término dos cuidados está mais ou menos pautado.

Ora, se aqueles múltiplos objetos sugeridos para o nascer humanizado constituem o “sine qua non” segundo alguns profissionais ou não, e se os cuidados paliativos exigem materialmente tão pouco, então o que há de comum entre esses dois eventos?

Tanto o nascer humanizado como os cuidados paliativos dependem única e tão somente das pessoas que cercam os protagonistas desse evento.

O acompanhante (marido ou pessoa escolhida pela parturiente), que tenha mínima noção do trabalho de parto e parto constitui-se de grande valia para a mulher, ao mostrar solidariedade, companheirismo, amor. A equipe profissional de atenção a ela deve ter características muito semelhantes: o apoio, a compreensão, o acompanhamento próximo (não deixar com que a futura mãe sinta-se só), as palavras de estímulo são mais valiosas que qualquer dos equipamentos acima mencionados, mais, mesmo, do que medicações. Coisas muito semelhantes podem ser ditas da equipe de saúde e dos acompanhantes do paciente em cuidados paliativos. A compaixão, as palavras amigas, a delicadeza e carinho ao manuseá-lo, ou mesmo sem estar fazendo qualquer procedimento, o permitir que faça algo que goste e possa (ver TV p.ex) e principalmente a companhia é mais valiosa que bens materiais circundantes, que, nessa altura da vida já não têm mais valor.

E aí está o paradoxo ao se olhar para o começo e para o fim da vida. Em ambas as situações o bem estar dos protagonistas não depende de gastos financeiros especiais. Basta a companhia de gente inteligente, orientada e que sinta uma emoção especial por estar acompanhando o alegre início de uma vida ou o triste, mas, inevitável, fim.

Umberto Gazi Lippi

Núcleo de Pós-Graduação e Atividades Científicas

Jordão Leite Fernandes¹, Luciana Fernandes Costa¹, Marcela Leite¹, Fátima Fernandes¹, José Arruda Mendes Neto¹

Avaliação do perfil alérgico e imunológico de pacientes portadores de rinossinusite crônica e polipose nasal

Evaluation of the allergic and immunological profile of patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyposis

Artigo Original

1. Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o perfil alérgico e imunológico de pacientes portadores de RSC com ou sem polipose nasal, e a relação desse perfil com a gravidade dos sintomas. **Métodos:** Foram selecionados pacientes portadores de Rinossinusite crônica com e sem polipose nasal. Os pacientes foram divididos em 02 grupos: Rinossinusite crônica sem polipose e com polipose. Foram realizados testes bioquímicos alérgicos e imunológicos, além de endoscopia nasal, tomografia de face e o questionário SNOT 22, que avalia a qualidade de vida dos pacientes portadores de RSC. **Resultados:** Foram analisados os dados de 15 pacientes, 06 dos quais eram do sexo masculino e 09 do sexo feminino. A idade média foi de 52.46 anos. Desses, 05 eram portadores de Rinossinusite crônica sem polipose e 10 apresentavam polipose nasossinusal. Não houve relação estatisticamente significativa entre a presença de alergia e as variáveis analisadas. Com relação ao perfil imunológico dos pacientes, não houve imunodeficiência nos pacientes analisados. Todavia, 8 pacientes (80%) apresentaram um aumento de Imunoglobulina E (IgE) sérica. **Conclusão:** Não foi demonstrada relação entre a presença de alergia e maior gravidade da rinossinusite crônica, assim como da presença de imunodeficiência nos pacientes acometidos pela doença. O aumento da IgE total sérica parece estar relacionado a um desenvolvimento de uma doença mais intensa (pólipos graus II e III), confirmando dados da literatura disponíveis.

Descritores: Rinossinusite crônica; Polipose nasal; Perfil alérgico; Perfil imunológico

ABSTRACT

Objective: To evaluate the allergican imological profile of CRS with or without nasal polyposis, and profile to these symptoms. **Methods:** Patients with chronic rhinosinusitis with and without nasal polyposis were selected. The patients were divided into 2 groups: Patients with chronic rhinoinusitis without polyposis and with polyposis. Biochemical, allergic can immunological tests were performed, as well as nasal endoscopy, face tomography SNOT 22 questionnaire, which evaluated test the quality patients with CRS. **Results:** Data were analyzed for 15 patients, 06 of whom were male and 09 female. The mean age was 52.46 years. Of these, 05 had chronic rhinosinusitis without polyposis and 10 had nasosinusal polyposis. There was no statistically significant. Regarding the immunological profile of the patients, there was no immunodeficiency in the patients analyzed. However, 8 patients (80%) had an increase in blood immunoglobulin E (IgE). **Conclusion:** The relationship between the presence of allergy and the greater severity of chronic rhinosinusitis, as well as the presence of immunodeficiency in the patients affected by the disease, has not been demonstrated. The increase in serum total IgE seems to be related to a development of a more intense disease (polyps grade II and III), confirming available literature data demonstrated a relationship between the presence of allergy and the greater severity of chronic rhinosinusitis, as well as the presence of immunodeficiency in the patients affected by the disease. The increase in total serum IgE seems to be related to a development of a more intense disease (polyps grade II and III), confirming available literature data relationship was found between the presence of allergy and the greater severity of chronic rhinosinusitis, as well as the presence of immunodeficiency in the patients affected by the disease. The increase in total serum IgE seems to be related a development of a more intense disease (polyps grade II and III), confirming available literature data.

Keywords: Chronic rhinosinusitis; Nasal polyposis; Allergic profile; Profile

Data de submissão: 03/06/2017
Data de aceite: 14/09/2017

Correspondência:

Jordão Leite Fernandes
Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Borges Lagoa, 1755, 3º andar - Vila Clementino - CEP: 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: jordaoleite@yahoo.com.br

Trabalho realizado:

Serviço de Otorrinolaringologia e Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Rinossinusite crônica (RSC) é definida como um processo inflamatório da mucosa nasal e de um ou mais seios paranasais, cujo quadro clínico inclui congestão e obstrução nasal, dor ou pressão facial, ou secreção purulenta anterior e posterior ou redução do olfato, que persistam por mais de 12 semanas.¹

A RSC é um problema de saúde prevalente, com um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.² Estima-se que 12,5 a 15,5% da população americana seja acometida pela RSC, sendo a segunda doença crônica mais comum dos Estados Unidos da América.^{3,4} Questionários de qualidade de vida, como o SF-36, demonstraram que pacientes com RSC apresentaram impacto nos domínios dor física e aspecto social maiores que paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica, angina e insuficiência cardíaca.⁵

A RSC é subdividida em Rinossinusite crônica sem polipose (RSCsP) e com polipose (RSCcP), se visualizados por endoscopia nasal pólipos em meato médio. Diferenças na expressão de mediadores inflamatórios e características celulares distintas foram demonstradas nas apresentações da RSCcP e RSCsP.⁶ Eosinófilos e seus marcadores inflamatórios relacionados como interleucina5 (IL-5), proteína catiônica eosinofílica (ECP), imunoglobulina E (IgE), estão significativamente aumentados na RSCcP vs RSCsP e grupo controle.^{7,8,9}

A patogênese da RSC não está totalmente esclarecida. Acreditava-se que o processo inflamatório crônico era o estágio final de uma rinossinusite aguda não adequadamente tratada ou resultado de atopia severa no caso de RSCcP.² Outras hipóteses incluem resposta excessiva do hospedeiro a fungos,^{10,11} intolerância a ácido acetil salicílico^{12,13} super antígenos de staphylococcus resultando em efeitos de exotoxinas incluindo dano tecidual^{14,15}

resposta imune da mucosa sinusal,¹⁶ defeitos na barreira imunológica e formação de biofilmes.¹⁷

O papel da alergia no desenvolvimento da RSC é controverso. Alguns estudos sugerem que pacientes atópicos portadores de RSC apresentam pior prognóstico após a cirurgia e pior qualidade de vida quando comparados a pacientes portadores de RSC não alérgicos.¹⁸ Todavia, é bem estabelecido o papel da alergia na fisiopatologia de outras doenças inflamatórias das vias aéreas superiores como rinite alérgica e asma. Vinte por cento dos pacientes portadores de RSC têm asma associada, uma taxa três a quatro vezes maior que a população em geral, e mais de 90% dos pacientes asmáticos têm achados anormais na tomografia computadorizada (TC) de seios paranasais.¹⁹

Existem poucas evidências do papel da imunodeficiência na fisiopatologia da rinossinusite crônica. Alguns estudos demonstraram uma redução na atividade das células T, nos níveis séricos de IgA e IgM,²⁰ redução na contagem de linfócitos TCD8 e polimorfismo no gene associado CD8A.²¹

Os objetivos do tratamento da RSC com ou sem polipose incluem eliminação da infecção, redução da inflamação e manutenção da drenagem nasossinusal.² O tratamento baseia-se em terapia medicamentosa e cirúrgica. O tratamento medicamentoso combina medicações incluindo antibióticos, corticoesteróides tópicos e orais e irrigação nasal com solução salina. Alguns pacientes, no entanto, não respondem satisfatoriamente a esse tratamento. Nesses casos, a cirurgia endoscópica nasal é uma alternativa,² porém também com resultados limitados. Uma revisão Cochrane sugere que cirurgia endoscópica nasal não confere benefícios adicionais ao tratamento medicamentoso da RSCsP.²² Está recomendada quando não há resposta ao tratamento clínico otimizado.²

A RSC é uma doença multifatorial. Estudos sobre a influência de fatores alérgicos e imunológicos na patogênese da doença e na resposta ao tratamento são fundamentais para o melhor entendimento dessa patologia e orientação da terapêutica. Não há, no nosso conhecimento, trabalhos nacionais na literatura sobre esse tema.

OBJETIVOS

Avaliar o perfil alérgico e imunológico de pacientes portadores de RSC com ou sem polipose nasal, e a relação desse perfil com a gravidade dos sintomas.

MÉTODOS

O trabalho foi realizado pelo Departamento de Otorrinolaringologia em parceria com o Departamento de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual. Foi inscrito na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital.

Foram selecionados pacientes portadores de Rinossinusite crônica com e sem polipose nasal, atendidos nos ambulatórios de rinologia e alergia do HSPE. O diagnóstico e estadiamento foram realizados através de critérios clínicos, endoscopia nasal²³ e tomografia computadorizada de seios da face.²⁴ Os pacientes foram divididos em 02 grupos: rinossinusite crônica sem polipose e com polipose. Foram incluídos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico prévio para rinossinusite crônica/polipose nasossinusal.

Após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido para participação no trabalho, os pacientes foram submetidos ao questionário SNOT 22, traduzido e validado no Brasil, que avalia qualidade de vida de pacientes portadores de RSC e polipose nasossinusal.²⁵ Durante anamnese serão aferidas respostas a

respeito de sintomas alérgicos, exposição a medicamentos e exposição ambiental dos mesmos. Era aferido aos pacientes o diagnóstico médico prévio de asma. Os pacientes foram submetidos a nasofibroscopia flexível acoplada a câmera de vídeo, sendo utilizado o estadiamento endoscópico de Lund-Kennedy²³ para avaliação dos seguintes parâmetros: edema da mucosa nasal; presença de secreção e presença de pólipos. Foi colhido um swab do meato nasal médio e um esfregaço da mucosa nasal, para contagem de eosinófilos. Esse material foi enviado ao laboratório do hospital para análise de flora bacteriana predominante e pesquisa de celularidade da mucosa nasal. Foi solicitada tomografia computadorizada de seios da face caso o paciente não possuísse, para avaliar o acometimento dos seios paranasais (de acordo com os critérios de Lund Mackay).²⁴

Para análise do perfil alérgico e imunológico, os pacientes foram submetidos aos seguintes exames laboratoriais: Hemograma, contagem de eosinófilos, linfócitos (CD3, CD4, CD8), dosagem de complemento total e frações (C3, C4, CH50), de imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG, IGE total), e teste RAST (IgE sérica para ácaros: D1, D2, D201, fungos: MX1 e MX2, epitélios cão e gato, Blatela germânica e Peri planeta americana). Os pacientes eram, então direcionados ao setor de alergologia/imunologia do hospital, onde foram submetidos a testes cutâneos imediatos para inalantes.

Os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos adotados pelo EPOS.¹ Foram excluídos da pesquisa também pacientes menores de 18 anos ou que tivessem feito uso de corticosteróides orais 30 dias antes da realização do Prick teste. Consideramos como critérios de gravidade se o paciente apresentasse: Nota atribuída ao questionário SNOT22 >55 apresentasse grau de polipose II ou III (segundo os critérios de Lund-Kennedy),

ou apresentasse graduação maior que 12 à tomografia de seios da face (de acordo com os critérios de Lund Mackay. O paciente era considerado alérgico se apresentasse um dos seguintes critérios: RAST positivo ou Prick positivo associado a IgE sérica total elevada. Era analisada então a relação entre a presença de alergia e imunodeficiência e o desenvolvimento de uma doença mais grave.

A análise estatística foi realizada através do software INSTAT 6.0. Foi realizado o teste de Fisher para pesquisa da significância estatística. As variáveis contínuas (idade, valor de SNOT 22 etc) são expressas em média \pm desvio padrão.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 15 pacientes, 06 dos quais eram do sexo masculino e 09 do sexo feminino. A idade média foi de 52.46 anos (± 11.63 :33-70 anos). Desses, 05 eram portadores de rinossinusite crônica sem polipose e 10 apresentavam polipose nasossinusal. Cinco pacientes (33%) atribuíram nota < 55 ao SNOT 22. O perfil clínico, alérgico e imunológico dos pacientes (n=15) estão expressos nas tabela 1 e 2, gráficos 1 e 2.

Tabela 1: Perfil clínico dos pacientes

	%	n
Tabagismo	0	0
Hiposmia	87	13
Asma	74	11
Alergia AAS/AINE	27	4
Polipose II/III	46,66	7
Cirurgia prévia	40	6
Cort. tópico	60	9
Lavagem nasal	74	11
ATB/Cort. prévios	100	15

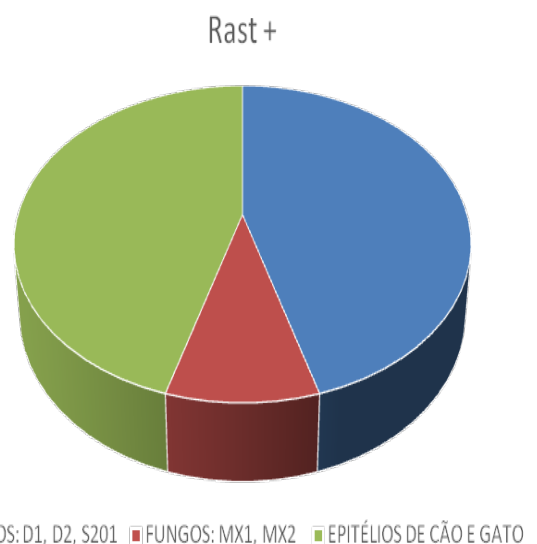


Gráfico 1: Perfil alérgico dos pacientes

Tabela 2: Perfil alérgico e imunológico dos pacientes

	%	n
IgE elevada	66,66	10
Alteração C4	20	3
Eosinofilia	33,33	5
Eosinófilos nasais	60	9

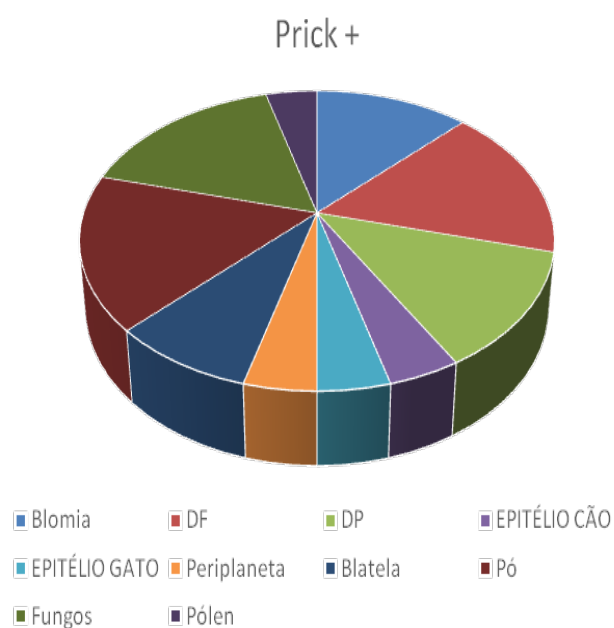


Gráfico 2: Positividade do Prick test por grupos específicos

Os pacientes foram divididos em dois grupos: Rinossinusite crônica sem polipose (n=5) e Rinossinusite crônica com polipose nasossinusal. Devido ao pequeno número de pacientes e redução da relevância de uma análise estatística, apenas descrevemos os resultados do grupo sem polipose (Gráfico 3).

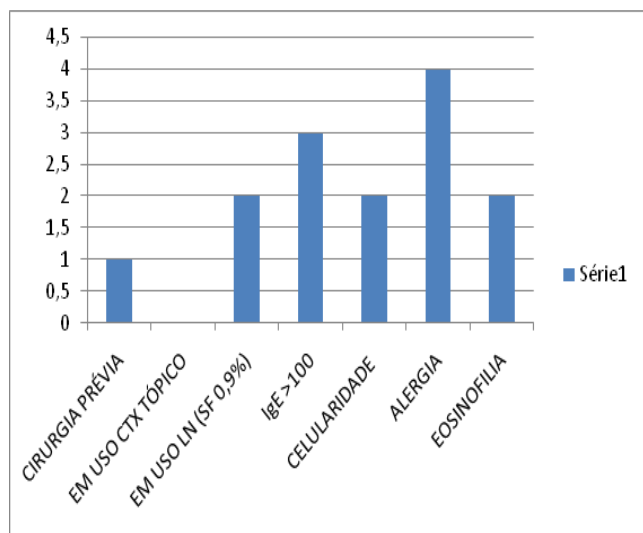


Gráfico 3: Perfil do pacientes sem polipose nasossinusal

Dez pacientes eram portadores de rinossinusite crônica com polipose nasal. Foi analisada a relação da presença de alergia com o grau de polipose (através da naso fibroscopia e tomografia), intensidade dos sintomas (aferida através do questionário SNOT22), presença de asma, eosinofilia e eosinófilos no esfregaço nasal (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3: Alergia x variáveis clínicas

	Alergia (+)	Alergia (-)	P
Polipose II-III	4	2	0.5238
Polipose 0-I	1	3	
SNOT 22 > 55	2	1	1.00
SNOT 22 < 55	3	4	
Cirurgia prévia (+)	1	4	0.2063
Cirurgia prévia (-)	4	1	
Lund Mackey >12	3	1	0.4857
Lund Mackey < 12	1	2	
Asma (+)	4	4	1.00
Asma (-)	1	1	

Tabela 4: Alergia x variáveis clínicas

	Alergia (+)	Alergia (-)	P
Eosinofilia (+)	2	1	1.00
Eosinofilia (-)	3	4	
Celularidade (+)	2	4	0.5238
Celularidade (-)	3	1	

Não houve relação estatisticamente significativa entre a presença de alergia e as variáveis analisadas, nessa amostra de pacientes.

Com relação ao perfil imunológico dos pacientes, não houve imunodeficiência nos pacientes analisados. Todavia, 8 pacientes (80%) apresentaram um aumento de Imunoglobulina E (IgE) sanguínea. Foi analisado, portanto, a relação entre a presença de IgE aumentada e as variáveis clínicas já descritas (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5: IgE x variáveis clínicas

	IgE >100	IgE <100	P
Polipose II-III	7	0	0.0667
Polipose I-II	1	2	
SNOT 22 > 55	2	1	1.00
SNOT 22 < 55	6	1	
Cirurgia prévia (+)	4	1	1.00
Cirurgia prévia (-)	4	1	
Lund Mackey >12	4	0	0.4286
Lund Mackey < 12	2	1	

Tabela 6: IgE x variáveis clínicas

	IgE >100	IgE <100	P
Asma (+)	6	2	1.00
Asma (-)	2	0	
Eosinofilia (+)	3	0	1.00
Eosinofilia (-)	5	2	
Celularidade (+)	5	1	1.00
Celularidade (-)	3	1	

Não houve relação estatística entre a presença de IgE aumentada e as variáveis analisadas. Todavia, observamos uma tendência de relação entre a presença IgE total elevada e pacientes com grau mais avançado de polipose (graus II e III – Tabela 5), ou seja, pacientes portadores de rinossinusite crônica com polipose e com IgE total aumentada tenderiam a apresentar uma doença mais intensa (polipose além do meato médio).

Não houve relação entre a presença de alergia e aumento de IgE sérica total, nem entre a presença de eosinofilia nasal e eosinofilia sérica (dados não mostrados).

DISCUSSÃO

A rinossinusite crônica é caracterizada por um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias da mucosa das cavidades nasais e paranasais. A causa da rinossinusite crônica ainda não está totalmente entendida, parecendo ter origem multifatorial.²⁶

Pacientes portadores de alergia parecem apresentar formas mais severas da doença e pior resposta ao tratamento.¹⁸ Na nossa amostra, todavia, não houve relação estatisticamente significativa entre a presença de alergia e uma maior severidade dos sintomas, talvez devido a um número restrito de pacientes analisados.

Há poucas evidências na literatura sobre a influência de fatores imunológicos na patogênese da rinossinusite crônica. Foi demonstrado redução de imunoglobulinas²⁰ (IgA e IgM), redução de linfócitos TCD8 com polimorfismo no gene associado CD8A.²¹ Nossa amostra não apresentou alteração em relação ao perfil imunológico avaliado.

O papel da IgE na rinossinusite crônica parece estar relacionado a uma resposta inflamatória na mucosa nasal em resposta a exotoxinas produzidas por *Staphylococcus aureus*, que agem como superantígenos.²⁷ No nosso estudo, houve uma tendência

de relação entre a presença de IgE sérica aumentada e o desenvolvimento de doença mais agressiva (polipose graus II e III).

CONCLUSÃO

Não foi demonstrada relação entre a presença de alergia e maior gravidade da rinossinusite crônica, assim como da presença de imunodeficiência nos pacientes acometidos pela doença, no nosso estudo.

O aumento da IgE total sérica parece estar relacionado a um desenvolvimento de uma doença mais intensa (pólipos graus II e III), confirmando dados da literatura disponíveis.

REFERÊNCIAS

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012; 50(1):1-12.
2. Piromchai P, Kasemsiri P, Laohasiriwong S, Thanaviratananich S. Chronic rhinosinusitis and emerging treatment options. *Int J Gen Med*. 2013; 6:453-64.
3. Adams PF, Hendershot GE, Marano MA. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1996. *Vital Health Stat* 10. 1999; (200):1-203.
4. Collins JG. Prevalence of selected chronic conditions: United States, 1990-1992. *Vital Health Stat* 10. 1997;(194):1-89.
5. Glicklich RE, Metson R. The health impact of chronic sinusitis in patients seeking otolaryngologic care. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995;113(1):104-9.
6. Staikuniene J, Vaitkus S, Japertiene LM, Ryskiene S. Association of chronic rhinosinusitis with nasal polyps and asthma: clinical and radiological features, allergy and inflammation markers. *Medicina (Kaunas)*. 2008;44(4):257-65.

7. Van Zele T, Claeys S, Gevaert P, Van Maele G, Holtappels G, Van Cauwenberge P, et al. Differentiation of chronic sinus diseases by measurement of inflammatory mediators. *Allergy*. 2006;61(11):1280-9.
8. Bachert C, Gevaert P, Holtappels G, Cuvelier C, van Cauwenberge P. Nasal polyposis: from cytokines to growth. *Am J Rhinol*. 2000;14(5):279-90.
9. Mullol J, Valero A, Alobid I. The Nose – from symptoms to evidence-based medicine. *Allergy*. 2007; 62:339-43.
10. Ponikau JU, Sherris DA, Kern EB, Homburger HA, Frigas E, Gaffey TA, Roberts GD. The diagnosis and incidence of allergic fungal sinusitis. *Mayo Clin Proc*. 1999;74(9):877-84.
11. Sasama J, Sherris DA, Shin SH, Kephart GM, Kern EB, Ponikau JU. New paradigm for the roles of fungi and eosinophils in chronic rhinosinusitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;13(1):2-8.
12. Van Crombruggen K, Zhang N, Gevaert P, Tomassen P, Bachert C. Pathogenesis of chronic rhinosinusitis: inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128(4):728-32.
13. Roca-Ferrer J, Garcia-Garcia FJ, Pereda J, Perez-Gonzales M, Puljols L, Alobid I, et al. Reduced expression of COXs and production of prostaglandin E(2) in patients with nasal polyps with or without aspirin-intolerant asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2011; 128(1):66-72.
14. Bachert C, Gevaert P, Holtappels G, Johansson SG, van Cauwenberge P. Total and specific IgE in nasal polyps is related to local eosinophilic inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;107(4):607-14.
15. Bachert C, Zhang N, Patou J, van Zele T, Gevaert P. Role of staphylococcal superantigens in upper airway disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2008;8(1):34-8.
16. Kern RC, Conley DB, Walsh W, Chandra R, Kato A, Tripathi-Peters A, et al. Perspectives on the etiology of chronic rhinosinusitis: an immune barrier hypothesis. *Am J Rhinol*. 2008;22(6):549-59.
17. Foreman A, Holtappels G, Psaltis AJ, Jarvis-Bardy J, Field J, Wormald PJ, Bachert C. Adaptive immune responses in *Staphylococcus aureus* biofilm-associated chronic rhinosinusitis. *Allergy*. 2011;66(11):1449-56.
18. Tan BK, Zirkle W, Chandra RK, Lin D, Conley DB, Peters AT, et al. Atopic profile of patients failing medical therapy for chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2011;1(2):88-94.
19. Joe AS, Thakkar K. Chronic rhinosinusitis and asthma. *Otolaryngol Clin N Am*. 2008;41:297-309.
20. Chee L, Graham SM, Carothers DG, Ballas ZK. Immune dysfunction in refractory sinusitis in a tertiary care setting. *Laryngoscope*. 2001;111(2):233-5.
21. Gabra N, Alromaih S, Endam LM, Brito RM, Larivière F, Al-Mot S, et al. Clinical features cytotoxic CD8+ T-lymphocyte deficiency in chronic rhinosinusitis patients: a demographic and functional study. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2014;4(6):495-51.
22. Khalil HS, Nunez DA. Functional endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004458.
23. Lund VJ, Kennedy DW. Quantification for staging sinusitis. The Staging and Therapy Group. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1995; 167:17-21.

24. Lund VJ, Mackay IS. Staging in rhinosinusitis. *Rhinology*. 1993;31:183-4.
25. Kosugi EM, Chen VG, Fonseca VM, Cursino MM, Mendes Neto JA, Gregório LC. Translation, cross-cultural adaptation and validation of Sino Nasal Outcome Test (SNOT): 22 to Brazilian Portuguese. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011. (5):663-9.
26. Van Crombruggen K, Zhang N, Gevaert P, Tomassen P, Bachert C. Pathogenesis of chronic rhinosinusitis: inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128(4):728-32.
27. Ou J, Wang J, Xu Y, Tao ZZ, Kong YG, Chen SM, Shi WD. Staphylococcus aureus superantigens are associated with chronic rhinosinusitis with nasal polyps: a meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014; 271(10):2729-36.

João Osvaldo Tanaka Pasquini¹, Taís Fernanda Palissari¹, Luis Felipe Berchielli², Maria Azevedo Silva², Roberta Arb Saba²

Avaliação do perfil cognitivo do paciente com doença de Parkinson em pacientes do ambulatório de neurologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo

Evaluation of the cognitive profile of patient with Parkinson's disease in patients in the neurology ambulatory of the Hospital of the Public Servant of the State of São Paulo

Artigo Original

1. Universidade Anhembi Morumbi, Campus Centro, São Paulo, SP, Brasil.

2. Serviço de Neurologia Clínica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Introdução: A Doença de Parkinson é uma patologia neurodegenerativa que cursa com morte precoce dos neurônios dopaminérgicos da substância negra. Conhecida pelos sintomas motores, ela também cursa com alterações cognitivas. **Objetivo:** Traçar o perfil cognitivo do paciente com DP a fim de entender as repercussões clínicas acarretadas e possíveis terapêuticas para melhora na qualidade de vida do paciente. **Métodos:** Estudo caso-controle com 18 (58%) casos e 13 (42%) controles, avaliados por meio dos instrumentos Mini Exame do Estado Mental, Escala de Avaliação de Demência de Mattis, Teste de Nomeação de Boston e Teste de Trilhas. **Resultados:** Pior desempenho dos pacientes em exercícios que avaliam iniciação e perseveração, memória e construção na escala de Mattis e também no Mini Mental e Boston. **Conclusão:** A memória, nomeação de objetos e outras habilidades cognitivas estão prejudicadas nos pacientes com Doença de Parkinson. No entanto faz-se necessária a avaliação de um grupo maior de pacientes.

Descritores: Doença de Parkinson; Cognição; Dopamina; Demência

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease (DP) is a neurodegenerative disorder that occurs with premature death of the dopaminergic neurons from substantia nigra. Known for its motor symptoms, it presents also cognitive symptoms. **Objective:** This study aims to trace the Parkinson's patient cognitive profile in order to understand the clinical repercussions involved and possible therapeutics to improve the quality of life of those patients. **Methods:** Case-control study with 18 (58%) cases and 13 (42%) controls, using as investigation instruments the Mini Mental State Examination (MEEM), Mattis Dementia Rating Scale (DRS), Boston Naming Test and Trail Making Test. **Results:** Worst patient performance in exercises that evaluate initiation and persistence (I/P), memory and construction in the Mattis scale and also on Mini Mental and Boston. **Conclusion:** Memory, object naming and other cognitive abilities are impaired in patients. However, it is necessary to evaluate a larger group of patients.

Keywords: Parkinson's disease; Cognition; Dopamine; Dementia

Data de submissão: 10/08/2017
Data de aceite: 28/09/2017

Correspondência:

Roberta Arb Saba

Serviço de Neurologia Clínica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 12º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: roarbsaba@gmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Neurologia Clínica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição da Doença de Parkinson (DP) como uma síndrome neurológica foi feita em 1817 pelo médico inglês James Parkinson, apesar de alguns relatos precederem a sua descrição como Sylvius de la Boë que escreveu sobre tremor de repouso e Sauvages sobre festinação. Muito antes, cerca de 1000 A.C., textos Indianos e Chineses também apresentam descrições que sugeririam sinais e sintomas relacionados ao parkinsonismo. Na monografia *"An Essay on the Shaking Palsy"*, James Parkinson descreveu seis casos de pessoas que apresentavam movimentos involuntários tremulantes, diminuição da força muscular, tendência para a inclinação do tronco para frente e alteração da marcha, que foram então classificados como "paralisia agitante".

Cerca de 50 anos depois da descrição de Parkinson, Jean-Martin Charcot, conhecido como o Pai da Neurologia, acrescentou várias contribuições ao quadro clínico da doença, definindo os chamados "quatro sinais cardinais da doença". Foi Charcot também o responsável pela nomenclatura "Doença de Parkinson", em homenagem à descrição feita anteriormente por James Parkinson. Além disso, foi ele o primeiro a sugerir uma terapêutica para a DP, baseada em um precursor dos alcaloides da beladona, a hioscinamida, substância que apresenta propriedade anticolinérgica.¹

Durante a década de 1920, Babinski, comentou as "estranhas" flutuações motoras da Doença de Parkinson, Brissaud, foi o primeiro a propor dano à substância negra como alteração anatômica; Trétiakoff e Foix, forneceram estudos relacionando ao mesencéfalo com a patologia da DP. A análise patológica completa e o delineamento das lesões do tronco cerebral, foram realizados em 1953, por Greenfiel e Bosaquet. Hoehn e Yahr estudaram a morbidade e a progressão clínica, quando seu sistema de estadiamento da doença, reconhecida mundialmente, foi publicado, em 1967.²⁻⁶

Passado quase dois séculos desde a primeira descrição da doença, o conhecimento acerca da DP progrediu e atualmente é sabido que se trata de uma doença neurodegenerativa que cursa com morte precoce dos neurônios dopaminérgicos na substância negra pars compacta (porção ventrolateral) e pela presença de corpos de Lewy (Barbosa et al.). Tal deficiência de dopamina leva a uma alteração do movimento conhecida pelos sintomas motores parkinsonianos clássicos (conhecidos como sinais cardinais: tremor de repouso, lentidão do movimento, rigidez e alteração do equilíbrio) e também está associada a sintomas não motores, que podem preceder a disfunção motora em mais de uma década.^{7,8}

Mesmo com todo avanço na medicina, a etiologia da DP ainda não está totalmente esclarecida. Acredita-se que fatores ambientais como exposição a pesticidas, agentes químicos e outros estejam relacionados à forma esporádica da doença. Há também a forma familiar, atribuída a mutações em determinados genes, como por exemplo, SNCA, LRRK2 entre outros, responsáveis por codificar proteínas associadas à doença.⁷

Entre o início do processo degenerativo até o diagnóstico da DP é possível dividir a evolução em fases:

- Fase pré-clínica: só é possível observar alterações em exames de neuroimagem funcional envolvendo as vias dopaminérgicas como a tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) ou a tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT).

- Fase pré-motora: nesse estágio os pacientes podem apresentar sintomas inespecíficos como hiposmia, constipação e distúrbio comportamental do sono REM (DCSREM).

- Fase pré-diagnóstica: começam a surgir alguns dos sintomas chamados de cardinais (tremor de repouso, lentidão do movimento, rigidez e alteração do equilíbrio).

- Diagnóstico DP: história médica associado aos sinais clínicos.

Os sintomas descritos na DP são divididos em dois grandes grupos: motores e não motores.

A sintomatologia motora manifesta-se através dos sinais cardinais da DP devido principalmente a disfunção dos gânglios da base. Essa disfunção ocorre pela perda da ação inibitória do segmento lateral do globo pálido sobre o núcleo subtalâmico e concomitantemente uma ação hiperexcitatória do núcleo subtalâmico sobre o segmento medial do globo pálido, resultando em uma menor ação excitatória do tálamo sobre o córtex motor. Clinicamente observamos os sintomas rígidos-acinéticos que se iniciam de forma assimétrica, primeiramente em músculos proximais como pescoço e ombros e progredindo para músculos da face, membros superiores e inferiores. Com a evolução da doença, a alteração da marcha se torna característica (marcha festinada) e também aumentam a frequência de bloqueios motores ou freezing.⁹

O tremor se apresenta durante o repouso e durante a realização de alguma ação ele pode desaparecer; a bradicinesia ocorre devido a um desequilíbrio entre os sistemas inibitórios e excitatórios e o movimento torna-se lento e leva o paciente a dependência nas tarefas cotidianas.

A sintomatologia não motora, inclui principalmente: prejuízo cognitivo, sintomas psiquiátricos (depressão, demência, ansiedade, alucinações), dor, fadiga, disfunção olfatória, distúrbios do sono e disfunções autonômicas. Acredita-se que a hiposmia, constipação e alterações comportamentais do sono REM (*Rapid Eye Movement*) podem preceder o diagnóstico formal de DP em 20 anos ou mais. Esses sintomas não devem ser ignorados, uma vez que trazem grande prejuízo a qualidade de vida dos pacientes.¹⁰

A demência da DP apresenta início insidioso e conduz a um declínio cognitivo lento e progressivo. Também relatam dificuldades frequentes em manter uma conversação

normal, tanto pela lentificação do processo cognitivo quanto dificuldades semânticas. Refere-se ao processo de desenvolvimento dessa condição no paciente parkinsoniano, apresentando-se pelo menos 12 meses após a instalação da sintomatologia motora (caso haja desenvolvimento nos primeiros 12 meses de evolução da doença, preenche-se critério para diagnóstico de demência de corpos de Lewy).¹¹

O quadro demencial na DP instala-se em fases mais adiantadas da evolução da moléstia e tem como principais características a lentificação do processo cognitivo, a apatia, o comprometimento da memória e das funções executivas frontais. Os fatores de risco consistentemente associados ao aumento do risco de demência são: idade avançada e a gravidade dos sintomas motores. Porém, outros fatores devem ser considerados, como: tempo de sintomatologia e rápida progressão da doença, predomínio da forma bradicinético-rígida da DP, disfunção axial, presença de alucinações e psicose, dentre outras.^{9,12,13}

Com o progredir da doença, há crescentes dificuldades na realização de diversas tarefas do dia-a-dia, sejam elas profissionais, familiares ou mesmo financeiras, assim como dificuldade crescente de tomar decisões. Isso leva o doente à segregação, passam a necessitar de ajuda de familiares.

Somando-se a essas manifestações, existe também o comprometimento motor, que os tornam extremamente incapacitantes, sendo muitas vezes difícil distinguir quais alterações se devem às alterações motoras e quais se devem à demência. Burn et al., sugeriram que a instabilidade postural precoce poderia estar relacionada ao desenvolvimento de demência uma vez que está associada à maiores taxas de declínio cognitivo.¹⁴

A associação da demência a DP é comum, com prevalência estimada entre 20-40%, e prevalência acumulada que chega à 80% segundo Aarsland et al. Em estudo no Brasil, conduzido por Barbosa et al., determinou-se a

prevalência da demência associada à DP por volta de 18,7% em nosso país, caracterizando-se como a alteração cognitiva mais grave com elevado risco de morte.^{7,15,16}

De acordo com estudo de Braak et al.,¹⁷ as lesões inicialmente ocorrem em áreas do tronco encefálico e núcleo olfatório anterior. Na sequência da evolução da doença, neurônios da substância negra são afetados e, posteriormente, áreas corticais passam a ser acometidas. Tal padrão de acometimento, sugerido por esse estudo, justificaria parcialmente o desenvolvimento mais tardio da demência nos doentes parkinsonianos. Esse início insidioso que conduz a um declínio cognitivo lento e progressivo, leva tanto os doentes quanto seus familiares a relatar dificuldade de concentração e ao lembrar eventos recentes. Também se queixam de dificuldades frequentes em manter uma conversação linear, tanto pela lentidão do processo cognitivo quanto dificuldades semânticas.

A prevalência da demência associada à DP atinge 18,7%, caracterizando-se como a alteração cognitiva mais grave com elevado risco de morte. O quadro demencial na DP instala-se em fases mais adiantadas da evolução da moléstia e tem como principais características a bradipsiquia (lentidão do pensamento), a apatia, o comprometimento da memória e das funções executivas frontais. Com o progredir da doença, há crescentes dificuldades na realização de diversas tarefas do dia-a-dia, sejam elas profissionais, sociais, familiares ou mesmo financeiras, bem como dificuldade crescente de tomar decisões. Isso leva o doente à segregação social, necessitando de ajuda de familiares para alimentar-se, vestir-se e realização da higiene pessoal. Outra alteração muito limitadora é a mudança do discurso, que passa a ser incoerente e incompreensível e, muito frequentemente, o doente interrompe a frase no meio, como se tivesse esquecido do que falava.

Apesar da etiologia incerta, o tratamento visa o aumento da atividade dopaminérgica

estriatal e inibição da atividade colinérgica nos pacientes com diagnóstico de DP e deve ser iniciado assim que feito o diagnóstico, considerando sempre a clínica do paciente e sua idade. A Levodopa, agonistas dopaminérgicos, Inibidores da Monoamino-Oxidase-B e Inibidores da catecol-O-metil-transferase são drogas que podem ser utilizadas.

A consolidação do processo de envelhecimento da população em nosso país nos conduz a uma realidade para a qual não estamos completamente preparados. A incidência de doenças degenerativas vem aumentando progressivamente ao longo dos anos, fazendo com que a DP seja a segunda mais prevalente na população idosa. Por isso, é importante entender os exatos sintomas cognitivos que podem repercutir na vida do paciente e seus familiares.

OBJETIVO

Traçar o perfil cognitivo do doente de Parkinson, possibilitando um melhor entendimento dessas repercussões clínicas, buscando novas formas de tratamento, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

MÉTODOS

A redação deste artigo teve como ponto inicial a revisão na literatura de trabalhos que relacionam a Doença de Parkinson e o declínio cognitivo, visto poucos artigos que abordam esse tema no Brasil, foi então iniciado o estudo caso-controle no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. O grupo de casos inclui pacientes diagnosticados com Doença de Parkinson segundo os critérios do Banco de Cérebro do Reino Unido (N= 18), foram excluídos os que apresentam parkinsonismo secundário ou plus, quadros psiquiátricos e depressão. O grupo controle (N= 13), é constituído por sujeitos que não apresentam nenhuma patologia que possa interferir na avaliação do perfil cognitivo, como depressão,

doenças do sistema nervoso central e Doença de Parkinson pareados por idade e sexo.

Os casos foram convidados a participar do estudo após a consulta no ambulatório de Transtornos do Movimento, ao mesmo tempo que os acompanhantes dos pacientes eram convidados para constituir o grupo controle. Foi assegurada a garantia de que não sofreriam prejuízo em seu tratamento ou na conduta médica caso recusassem participar do estudo e, em caso de aceite, sua identidade e qualquer informação relatada seria mantida em sigilo. Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa demonstraram seu interesse assinando o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), em seguida, os participantes da pesquisa responderam uma ficha de anamnese contendo informações gerais como escolaridade, idade, sintomas, tempo de diagnóstico entre outras. Para avaliação dos pacientes foram aplicados nos grupos as escalas: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Avaliação de Demência de Mattis, Teste de Nomeação de Boston e Teste de Trilhas.

O Mini Exame do Estado Mental é utilizado para avaliação da função cognitiva, através de questões e ordens que abordam os seguintes domínios: orientação espacial, temporal com totalidade de (10 pontos), memória imediata e de evocação (6 pontos), cálculo (5 pontos), linguagem-nomeação (2 pontos), repetição (1 ponto), compreensão (4 pontos), escrita e cópia de desenho (2 pontos). A pontuação pode variar de 0 a 30 pontos, as pontuações mais altas do escore indicam maior desempenho cognitivo. A nota de corte padrão proposta pelo artigo original (Fostein, 1975) é de 24 pontos.¹⁹ Este teste tem a duração de aproximadamente 10 minutos.

A Escala de Avaliação de Demência de Mattis (DRS), também conhecida como escala de Mattis, a DRS é usada para avaliar o estado cognitivo geral. É considerada por muitos pesquisadores como um instrumento muito útil para avaliar pacientes com

demência. Frequentemente usado tanto na prática clínica como em pesquisa, ele avalia a atenção (8 itens, total de 37 pontos), iniciação e perseveração (11 itens, 37 pontos), construção (6 itens, 6 pontos), conceituação (6 itens, 39 pontos) e memória (5 itens, 25 pontos), totalizando 36 itens. As instruções para a aplicação do teste e avaliação foram seguidas da forma adaptada e traduzida para o português pela Universidade de São Paulo - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Este teste é aplicado em 30 a 40 minutos aproximadamente.

O Teste de nomeação de Boston, consiste na apresentação de 18 figuras, em desenho linear em preto e branco, permitindo-se 20 segundos para a resposta. Foram anotados o número de respostas incorretas e corretas de cada sujeito da pesquisa.

O Teste de Trilhas é composto por duas partes, A e B. Na parte A, o sujeito da pesquisa tem a tarefa de conectar os círculos que são numerados de 1 a 25. Na segunda tarefa (parte B), é solicitado que o sujeito conecte os círculos numerados intercalando com os círculos que contém letras em seu interior, alternando entre elas (exemplo: 1, A, 2, B, 3, C). Os sujeitos são orientados a realizar a tarefa sem retirar a ponta da caneta do contato com a folha. Os testes que não contemplavam erros na sequência foram considerados como corretos.

Todas as entrevistas foram realizadas pelos autores deste artigo previamente treinados. Após a coleta, os dados foram encaminhados para análise estatística. As variáveis numéricas: idade, os escores do teste Mattis (atenção, iniciação e perseveração, conceituação, memória, construção), o escore do MEEM e o total de erros do teste de Boston não apresentaram distribuição normal no teste de Kolmogorov-Smirnov e para analisá-las foi utilizado o teste de Kruskal Wallis. O Teste de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher foram utilizados para determinar o grau de associação entre as variáveis categóricas: sexo

e quantidade de erros no Trail Test (sequência A e B). Foi utilizado o programa SPSS v.21 para análise dos dados e o foi definido $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

O presente estudo avaliou um total de 31 participantes, sendo que deste total, 18 (58%) possuíam diagnóstico de Doença de Parkinson (DP) e 13 (42%) foram Controles (participantes sem diagnóstico de DP e respeitando os critério de exclusão determinados pelo estudo). Desse total, 13 participantes eram do sexo feminino (42%), sendo 5 com diagnóstico de DP (38%) e 8 controles (62%). Os participantes do sexo masculino totalizaram 18, sendo 13 (72%) com diagnóstico de DP e 5 controles (28%).

Com relação à idade, avaliando o grupo controle, houve variação entre 33 anos até 75 anos (média de 61,1 anos). Já o grupo DP, a idade variou entre 50 e 90 anos (média de 70,39 anos).

Avaliando a escolaridade dos participantes da pesquisa, tanto o grupo controle quanto DP apresentam similaridades com concentração de ambos no grau de escolaridade Ensino Superior Completo (46% no controle e 44% no DP), seguido por Ensino Médio Completo (23% controle verso 28% no grupo DP).

Com relação ao tempo de diagnóstico da doença de Parkinson, houve uma média de 8,56 anos, com formas manifestantes da doença equivalentes entre manifestação rígido-acinética (RA) e Tremulante (T), representando 39% cada variável.

DISCUSSÃO

O presente trabalho considerou as variáveis que apresentaram significância estatística ($p > 0,03$). A tabela 1 nos mostra os resultados dessas análises estatísticas em cada instrumento e as variáveis.

Tabela 1: Resultados dos instrumentos utilizados

	DP	Controle	P
Mattis			
Atenção	34,83±2,2	36±1,21	0,59
Iniciação e Preservação	30,0±7,44	35,46±3,04	0,003
Conceituação	33,22±9,02	36,77±4,9	0,09
Memória	20,06±4,96	23,31±1,89	0,02
Construção	4,11±2,54	5,85±0,55	0,03
MEEM	23,56±7,18	25,31±8,5	0,03
Boston	2,24±7,18	0,45±0,93	0,01
Trail Test			
A	9(60)	9(90)	0,10
B	4(27)	7(70)	0,04

Mattis Dementia Rating Scale (DRS)

A DRS foi originalmente criada para o diagnóstico da doença de Alzheimer (DA), mas tem sido amplamente utilizada para a detecção de quadros precoces de demência, assim como em diagnósticos diferenciais entre DA e demências por outras etiologias, bem como diferenciar os estágios da doença (FOSS, 2013).¹⁸

Na avaliação dos dados coletados através da Escala de Demência Mattis, encontrou-se significância estatística nos escores Iniciação/Perseveração ($p=0,03$), Construção ($p=0,03$) e Memória ($p=0,02$).

Iniciação e Perseveração (I/P)

A subescala I/P consiste em itens que avaliam a fluência verbal, o padrão de articulação de vogais e consoantes, movimentos motores alternados duplos e habilidades gráfico-motoras simples.

Nesse item ($p=0,03$), com sugestão de nota de corte de 30p. O grupo controle apresentou com uma média de aproximadamente 5,46p a mais no grupo DP, atingindo pontuação média de 35,46p; analisando o grupo de pacientes (DP – Doença de Parkinson), a pontuação média foi de 30p, o que nos mostra um comprometimento desse grupo com relação ao desempenho de funções relacionadas à essa subescala do Mattis.

O grupo controle apresentou melhor desempenho na avaliação dessa subescala do Mattis, atingindo média de 35,46p, fato que nos indica superioridade do grupo nesse quesito em relação ao grupo DP.

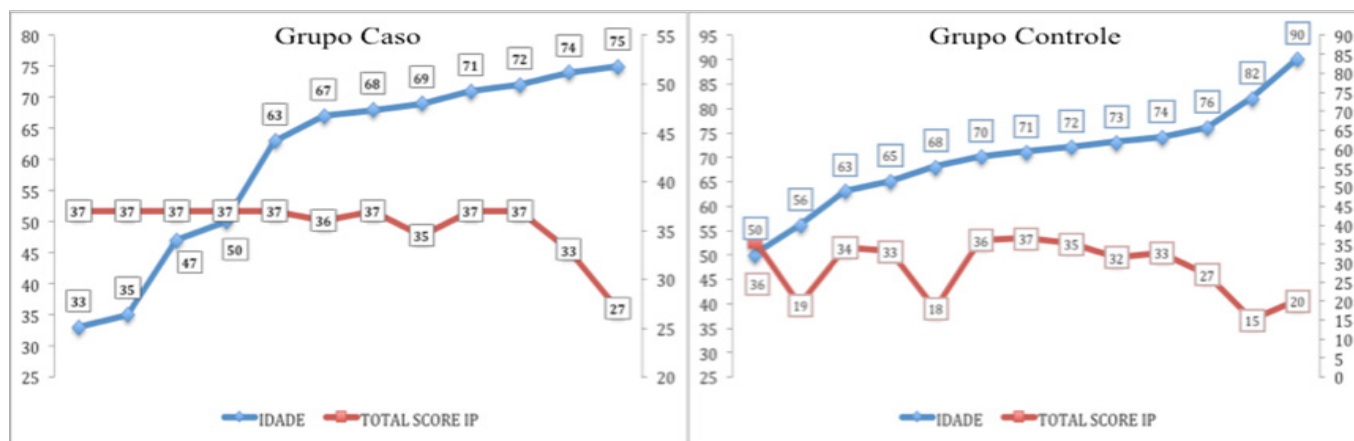


Gráfico 1: Idade vs Total Score Mattis I/P – Grupo Caso vs Controle

Avaliando a relação entre a pontuação total alcançada pelos dois grupos analisados nesse trabalho, há uma tendência de pior desempenho de acordo com a idade, independente do grupo. Entretanto, no grupo controle tal fato parece ser mais linear e intensifica-se nos estágios de idade mais avançados (≈ 74 anos). Já no grupo DP, essa relação não fica tão clara, podendo ser encontrados pacientes em faixas etárias menores com alto grau de comprometimento na execução do teste. Ademais, os patamares de pontuação apresentam-se reduzidos nesse grupo em relação ao controle.

As variáveis Tempo de diagnóstico da doença, grau de escolaridade ou forma manifestante da doença aparentemente não apresentam relação direta com os níveis de acertos apresentado pelos entrevistados nesse quesito.

Construção

Essa subescala avalia a capacidade do entrevistado em copiar estruturas simples, bem como escrever seu próprio nome. Esse item também apresentou significância estatística ($p=0,03$). O ponto de corte sugerido é de 6 pontos.

O grupo DP atingiu pontuação média de 4,1p, enquanto o grupo controle, 5,8 pontos

(apenas um participante do grupo controle não conseguiu realizar toda a tarefa, enviesando o resultado final do grupo nesse quesito). Tal fato nos indica que também nesse item há um comprometimento nas habilidades de copiar figuras simples e escrever o próprio nome por parte do grupo de pacientes.

Quando avaliamos a relação entre a pontuação total alcançada pelos indivíduos dos grupos nessa subescala, percebe-se que a idade compromete o desempenho do grupo de paciente, porém aparentemente somente o grupo com idades mais avançadas (> 80 anos). Ademais, é nítido que a avaliação desse item nesse grupo é mais prejudicada uma vez que, independente da idade, grau de escolaridade ou tempo de diagnóstico da doença, percebe-se padrão irregular de desempenho dos pacientes.

No grupo controle, percebe-se que há uma regularidade entre os participantes do grupo controle, o que nos sugere que talvez a capacidade de efetuar tarefas relacionadas à construção não apresente relação direta com o processo de envelhecimento.

Portanto, tais informações nos leva a pensar que talvez o processo de envelhecimento não esteja ligado diretamente ao desempenho das tarefas dessa subescala e, sim, relacionadas ao processo natural de evolução da doença de Parkinson.

Memória

Essa subescala avalia a orientação temporal (hora, dia, data, etc.), recuperação de memória verbal após algum tempo e recuperação forçada de memória visual e verbal.

O item Memória ($p=0,02$) também apresentou significância estatística. O grupo controle atingiu média de 23,3p, 3,25p superior ao grupo DP que apresentou média de 20,1p. Entretanto, se considerarmos a nota de corte sugerida para essa subescala, que é de 17p, ambos os grupos atingiram pontuação superiores ao corte.

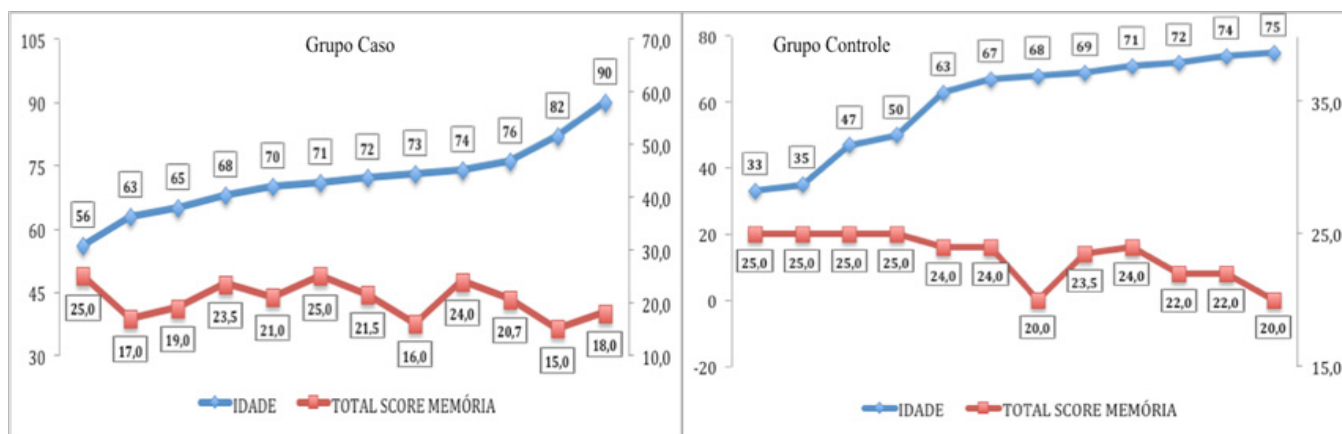


Gráfico 2: Idade vs Total Score Mattis Memória – Grupo Caso vs Controle

Ao analisarmos os dados de idade e pontuação do grupo controle, observa-se uma tendência dos pacientes com maior idade apresentarem uma menor pontuação, fato que relaciona-se ao processo degenerativo natural sofrido pelo cérebro, responsável pela organização e coordenação dos processos referentes à memória.

Por outro lado, quando analisamos as mesmas informações referentes ao grupo DP, percebe-se que tal relação não pode ser encontrada. Nesse grupo, não há relação direta entre o aumento da idade e o pior desempenho, como observado para o grupo controle. A curva gerada através das informações das pontuações alcançadas pelo grupo DP não segue nenhum padrão, impossibilitando-nos de correlacionar tal dado apenas com o processo de envelhecimento, podendo haver relação direta com o processo de evolução natural da DP.

MEEM

Publicado em 1975 por Folstein et al.,¹⁹ o MEEM é uma ferramenta utilizada amplamente para rastreamento do comprometimento cogni-

tivo nos pacientes, além de ser útil para seguimento clínico e também em pesquisas.

No Brasil, vários autores vem discutindo ao longo dos anos métodos para aprimorar o teste, tanto em termos de linguagem, visto que inicialmente o MEEM foi formulado em outra cultura e em outro idioma, como em termos de avaliação, pois a escolaridade do paciente influencia largamente no resultado do teste. Almeida et al., demonstrou em seu estudo que o tradicional ponto de corte 24 apresenta uma especificidade de 60,3% e uma sensibilidade de 84,3% no Brasil, sendo então considerado por ele adequado para o uso.²⁰⁻²²

O grupo caso analisado neste estudo apresentou uma pontuação média de $23,56 \pm 7,18$, enquanto que o controle pontuou $25,31 \pm 8,5$ ($p=0,03$), atendendo o ponto de corte inicialmente proposto. No entanto, assim como Bertolucci et al.,²⁰ cita em seu trabalho, o fator de grande influência na determinação do desempenho do MEEM é o nível de escolaridade. Indivíduos analfabetos tem desempenho inferior em comparação com os demais, visto que, alguns

testes exigem algum grau de escolaridade do sujeito.

Alguns estudos no Brasil sugerem diferentes pontos de corte de acordo com a escolaridade, como no caso dos analfabetos, Almeida et al., sugere 19/20, enquanto que Bertolucci et al., cita o corte como 13 pontos, a diferença desses valores pode ser atribuída a metodologia discrepante dos estudos, como citado por Almeida et al.^{20,22}

Neste estudo os grupos não foram separados pela escolaridade, sendo assim classificados pela pontuação geral, no entanto, observamos a necessidade de avaliá-los separadamente, visto que pacientes com pouca instrução apresentaram dificuldades técnicas para realizar alguns testes necessários no MEEM.

Ao analisarmos os escores atingidos pelo grupo controle, correlacionando-os com a idade, percebe-se que há uma regularidade nas pontuações nos pacientes mais jovens, com tendência de piora do desempenho nas faixas etárias mais avançadas.

Já em relação ao grupo caso, o desempenho dos participantes apresenta maior irregularidade, não havendo relação direta entre o piora do desempenho e o aumento da idade dos participantes.

Teste de Nomeação de Boston

O Teste de Nomeação de Boston tem o objetivo de avaliar a capacidade de nomeação dos sujeitos por meio de desenhos lineares em branco e preto.

Neste estudo, o grupo controle apresentou $0,45 \pm 0,93$ erros e o grupo caso $2,24 \pm 7,18$, $p=0,01$, fatos confluente com o que é visto na prática clínica e na literatura, como descreveu Zec et al. em seu trabalho. Pinheiro, Melo et al., explicam essas características do paciente com DP devido à disfunção nos gânglios da base e consequentes enfraquecimento dessas conexões ao lobo frontal.²³⁻²⁵

Trail Making Test (TMT)

Esse teste foi originalmente desenvolvido como parte da bateria de testes individuais do exercido norte-americano em 1944 (Army Individual Test Battery) e posteriormente incluído nas avaliações neuropsicológicas de Halstead Reitan, sendo utilizada como método

de avaliação de dano encefálico. É composto por 2 etapas, A (números) e B (número e letras).

Esse teste avalia rastreamento visual, atenção, flexibilidade mental e função motora, habilidade de sequenciamento, atenção visual e habilidades espaciais e motoras simples.²⁶

No presente estudo, o Trail Making Test A não apresentou significância estatística, enquanto o B sim ($p=0,04$).

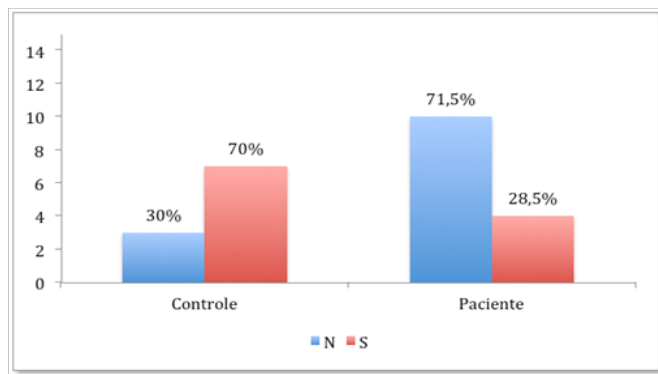


Gráfico 3: Trail Test B – Acerto versus Erros na execução

Comparando o desempenho dos dois grupos nesse teste, observa-se o desempenho superior do grupo controle em relação do caso. 70% do grupo controle conseguiu executar a tarefa no Trail Test B. Já no grupo caso, apenas 28,5% dos pacientes executaram a tarefa adequadamente.

Portanto, ao avaliarmos as diferentes escalas aplicadas no presente estudo, observa-se que no geral o paciente parkinsoniano apresenta alteração na execução das tarefas relacionadas à Iniciação e perseveração, Memória e Construção, independente de sua faixa etária, podendo ser essa afirmativa justificada pelo próprio processo de evolução da DP que leva ao comprometimento das funções cognitivas desses pacientes. Tal desenvolvimento independe do grau de idade ou mesmo do tempo de diagnóstico da doença, de acordo com os dados encontrados no presente estudo.

CONCLUSÃO

Os testes aplicados no presente estudo auxiliam na avaliação do comprometimento cognitivo do paciente com DP. As atividades que envolvem habilidades não motoras, como a memória e o teste de nomeação de objetos, por exemplo, se mostram prejudicadas nos

pacientes com DP. No entanto, apesar da significância estatística dos dados obtidos, faz-se necessária a avaliação de um grupo maior de pacientes, alcançando as diversas faixas

etárias acometidas por esta patologia e níveis de escolaridade, para que assim seja possível traçar um o perfil cognitivo do paciente analisando todas as variáveis.

REFERÊNCIAS

1. Teive HA. O papel de Charcot na doença de Parkinson. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(1):141-5.
2. Babinski J, Jarkowski B, Plichet. Kinésie paradoxale. Mutisme parkinsonien. *Rev Neurol*. 1921; 37(12):1266-70.
3. Brissaud É, Meige H. Leçons sur les maladies nerveuses. Saint-Antoine: Masson; 1899.
4. Tretiakoff C. Contribution à l'étude l'anatomie pathologique du locus niger de soemmering: avec quelques déductions relatives à la pathogenie des troubles du tonus musculaire et de la maladie de Parkinson. Paris: Thèse; 1919.
5. Greenfield JG, Bosanquet FD. The brain-stem lesions in Parkinsonism. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1953;16(4):213-26.
6. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*. 1967; 17(5):427-442.
7. Barbosa ER, Lefèvre BH, Comerlatti LR, Scaff M, Canelas HM. Disfunções neuropsicológicas na doença de Parkinson: estudo de 64 casos. *Arq Neuropsiquiatr*. 1987; 45(2):109-18.
8. Barbosa ER, Ferraz, HB, Tumas V. Transtornos do movimento: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Omnifarma, 2003. p.102.
9. Gouveia E. As alterações cognitivas na doença de Parkinson: déficit cognitivo, demência e aspectos neuropsiquiátricos associados [tese]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2008.
10. Kalia LV, Lang AE. Parkinson's disease. *Lancet*. 2015;386(9996):896-912.
11. Melo LM, Barbosa ER, Caramelli P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(4):176-83.
12. Emre M. Dementia associated with Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 2003; 2(4):229-37.
13. Emre M. What cause mental dysfunction in Parkinson's disease? *Mov Disord*. 2003b; 18 (suppl 6):S63-S71.
14. Burn DJ, Rowan En, Allan LM, Molloy S, O'Brien JT, McKeith IG. Motor subtype and cognitive decline in Parkinson's disease, Parkinson's disease with dementia, and dementia with Lewy bodies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77(5):585-9.
15. Cummings JL. The dementias of Parkinson's disease: prevalence, characteristics, neurobiology, and comparison with dementia of the Alzheimer type. *Eur Neurol*. 1988;28(Suppl 1):15-23.
16. Aarsland D, Andersen K, Larsen JP, Lolk A, Kragh-Sorensen P. Prevalence and characteristics of dementia in Parkinson disease: an 8-year prospective study. *Arch Neurol*. 2003; 60(3):387-92.
17. Braak H, Tredici KD, Rüb U, Vos RA, Steur EN, Braak E. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiol Aging*. 2003; 24(2):197-211.
18. Foss MP, Carvalho VA, Machado TH, Reis GC, Tumas V, Caramelli P, et al. Mattis Dementia Rating Scale (DRS): dados normativos para as populações brasileiras de meia idade. *Dement Neuropsychol*. 2013;7(4):374-79.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.
20. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.
21. Brucki SM, Malheiros SM, Okamoto IH, Bertolucci PH. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. *Arq Neuropsiquiatr*. 1997; 55(1):56-61.
22. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56(3B):605-12.
23. Zec RF, Landreth ES, Fritz S, Grames E, Hasara A, Fraizer W, et al. A comparison of phonemic, semantic, and alternating word fluency in Parkinson's disease. *Arch Clin Neuropsychol*. 1999;14(3):255-64.
24. Pinheiro JE. Distúrbios do movimento: doença de Parkinson e não-Parkinson. In: Freitas EV, Py L, Cançado FA, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2006.
25. Melo LM, Barbosa ER, Caramelli P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. *Rev Psiq Clín*. 2007; 34(4):176-83.
26. Santos J. Validação do teste de trilhas-B (Trail Making Test-B) para uso em pacientes brasileiros com câncer em cuidados paliativos [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo / Escola de Enfermagem; 2011.

Letícia Felix¹, Ricardo Aurélio Baptista Araújo¹, Cristiane Bitencourt Dias²

Ausência de superioridade do índice de adiposidade corporal sobre o índice de massa corporal na avaliação metabólica de pacientes não diabéticos

Absence of superiority of the index of body adiposity on the body mass index in metabolic evaluation of non-diabetic patients

Artigo Original

1. Universidade Cidade de São Paulo, Campus Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil.

2. Serviço de Clínica Médica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Introdução: A obesidade é um problema de saúde pública mundial. Diversas técnicas são usadas para avaliar e classificar obesidade, contudo, todas apresentam alguma limitação. **Objetivo:** Avaliar a correlação do índice de adiposidade corporal (IAC) com alterações metabólicas em pacientes não diabéticos e sua provável superioridade em relação ao índice de massa corporal (IMC). **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de pacientes acompanhados no ambulatório de clínica médica de um hospital terciário da cidade de São Paulo. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade a partir de 18 anos, ambos sexos, com algum fator de risco metabólico excluindo-se diabetes mellitus. A fórmula para o cálculo do IAC usada foi $[\text{Quadril}/(\text{altura} \times \sqrt{\text{altura}})] - 18$ e análise bioquímicas foram realizadas. **Resultados:** Participaram deste estudo 149 pacientes, sendo 93 (62,4%) do sexo feminino e mediana de idade de 63 (55-71,5) anos. Houve correlação significativa do IAC com circunferência abdominal ($r = 0,52$ $p < 0,0001$), circunferência do quadril ($r = 0,78$ $p < 0,0001$) e IMC ($r = 0,81$ $p < 0,0001$) e correlação negativa com a relação cintura/quadril ($r = -0,30$ $p < 0,0001$). Já o IMC correlacionou-se positivamente com os dados de circunferência abdominal ($r = 0,78$ $p < 0,0001$) e circunferência do quadril ($r = 0,85$ $p < 0,0001$). Não houve correlação desses dois índices com glicemia de jejum, glicemia pós teste de tolerância oral a glicose, lipídeos ou índice de resistência à insulina (HOMA-IR). **Conclusão:** O IAC é um método descrito recentemente com fácil aplicabilidade, entretanto, sem superioridade em relação ao IMC.

Descritores: Índice de Adiposidade; Resistência à insulina; Obesidade

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a world wide public health problem. Several techniques are used to evaluate and classify obesity, however, all have some limitation. **Objective:** To evaluate the correlation of Index of Body Adiposity (IAC) with metabolic changes in non-diabetic patients and their probable superiority in relation to body mass index (BMI). **Methods:** This is a cross-sectional study of patients who were follow edupat the out patient clinic of a tertiary hospital in the city of São Paulo. Inclusion criteria were patients aged 18 years and older, both genders, with some metabolic risk factor sex cluding diabetes mellitus. The formula for calculating the IAC calculation used was $[\text{Hip} / (\text{height} \times \text{height})] - 18$ and biochemical analyzes were performed. **Results:** One hundred forty nine patients participated in this study, of which 93 (62.4%) were female and the median age was 63 (55-71.5) years. There was a significant correlation of IAC with abdominal circumference ($r = 0.52$ $p < 0.0001$), hip circumference ($r = 0.78$ $p < 0.0001$) and BMI ($r = 0.81$ $p < 0.0001$) And negative correlation with waist / hip ratio ($r = -0.30$ $p < 0.0001$). On the other hand, BMI correlated positively with abdominal circumference ($r = 0.78$ $p < 0.0001$) and hip circumference ($r = 0.85$ $p < 0.0001$). There was no correlation between the set wo indices with fasting glycemia, glucose after oral glucose tolerance test, lipidsor insulin resistance index (HOMA-IR). **Conclusion:** IAC is a recently described method with easy applicability, however, without superiority to BMI.

Keywords: Adiposity Index; Insulin resistance; Obesity

Data de submissão: 19/06/2017
Data de aceite: 05/10/2017

Correspondência:

Letícia Felix

Serviço de Clínica Médica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 8º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: leticia.felix@uol.com.br

Trabalho realizado:

Serviço de Clínica Médica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença da vesícula biliar, osteoartrite, apnéia do sono, problemas ortopédicos e distúrbios psicológicos, incluindo depressão.¹ Além disso acarreta consequências socioeconômicas diretamente pelos gastos com o tratamento de suas comorbidades e indiretamente pela perda de renda por aumento das taxas de incapacidades e aposentadorias precoces.¹⁻² O sobrepeso e a obesidade acometem 69 e 35% dos adultos respectivamente, sendo considerada uma epidemia mundial e por isso um grande problema de saúde pública.¹

Para realizar uma intervenção eficiente na obesidade é necessário primeiro avaliar os valores correspondentes à composição corporal, para assim estimar o percentual de gordura corporal. Foram desenvolvidas diversas técnicas que possuem o objetivo de avaliar e classificar a composição corporal, entre elas as que avaliam a quantidade específica de gordura corporal e por isso consideradas padrão ouro para o diagnóstico de obesidade, como: absorciometria com raios-X de dupla energia (DEXA), ressonância nuclear magnética, e Pletismografia, entretanto, todas possuem custo elevado ou dependência de aparelhos para uso nas rotinas médicas.³⁻⁴

Outros métodos mais baratos e práticos são as medidas antropométricas, que avaliam as dimensões físicas e a composição global corporal, presumindo a taxa de gordura corporal, destacando-se o Índice de Massa Corporal (IMC), Medidas de pregas cutâneas e Índice de Adiposidade Corporal (IAC).⁵

O IMC é considerado o procedimento antropométrico mais usado para levantamentos epidemiológicos e para a definição de sobrepeso e obesidade.¹ Seu cálculo é feito pela relação entre a massa corporal em quilograma (kg) e estatura em metro quadrado (m²) (peso/estatura²).⁵ Constitui um método prático e barato, porém apresenta limitações, uma vez que não distingue massa gordurosa de massa magra, sendo superestimado em indivíduos musculosos e subestimado em idosos em decorrência da perda de massa magra, também não capta informação sobre a massa de gordura em diferentes locais do corpo como gordura visceral, além de não levar em consideração sexo e etnia.⁵

O IAC é um método recente apresentado por Bergman et al., o qual estima a porcentagem de gordura corporal com grande praticidade, tanto para homens como para mulheres por meio de medidas

da circunferência do quadril e da estatura, de acordo com a seguinte equação: $[\text{Quadril}/(\text{altura} \times \sqrt{\text{altura}})] - 18$.⁶ Os autores salientam a importância de repetir o estudo em outras populações, como por exemplo, em caucasianos e asiáticos, uma vez que o estudo abordou um grupo de afro-americanos e de hispânicos.⁶

Um estudo da Universidade de Tecnologia de Texas avaliou 954 pessoas, caucasianos e afrodescendentes, com idade entre 55 a 96 anos, teve como objetivo avaliar a validade do IAC em uma população idosa, realizando comparações entre o IAC, IMC e porcentagem de gordura corporal (medida pela DEXA).⁷ Obteve como conclusão que o IAC foi uma medida mais precisa da adiposidade em população mais velha comparada ao IMC e teve correlação com a DEXA num intervalo de 20% a 55% de gordura corporal, portanto, IAC não pode ser um índice de adiposidade apropriado para percentagens muito baixa ou muito elevada de gordura corporal.⁷

Estudo tentando validar o IAC realizado em população jovem na Espanha, mostrou uma melhor correlação desse índice com porcentagem de gordura corporal nas mulheres, refletindo uma possível importância da medida da cintura quadril na avaliação de distribuição da gordura corporal em mulheres, entretanto o IAC não foi superior ao IMC.⁸ Outro estudo avaliando IAC em mulheres americanas na menopausa também encontrou boa correlação desse índice com a porcentagem de gordura corporal medida pelo DEXA, porém, também sem superioridade em relação ao IMC.⁹

OBJETIVO

Frente aos poucos estudos de validação do IAC, em especial em população brasileira, desenvolveu-se o presente estudo para avaliar a correlação do IAC com alterações metabólicas em pacientes não diabéticos e sua provável superioridade em relação ao IMC.

MÉTODOS

Critérios de inclusão

Foram estudados pacientes não diabéticos atendidos consecutivamente pelo serviço ambulatorial de clínica médica do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, no período de janeiro a dezembro de 2011, e que tinham um dos seguintes dados considerados de risco metabólico:

- Idade superior a 45 anos,
- Obesos ou com sobrepeso (IMC \geq 25 Kg/m²), ou cintura abdominal >102 cm no homem e >88 cm na mulher

- Parentes em primeiro grau com DM,
- Negros, hispano-americanos, asiáticos,
- Ter tido filho GIG ou DM gestacional,
- Ter hipertensão arterial sistêmica (HAS),
- HDL inferior que 35 mg/dL e ou triglicérideo maior que 250 mg/dL

Foi considerado HAS os níveis de pressão arterial (PA) > 140 x 90 mmHg em duas medidas em dias diferentes ou uso de hipotensores arteriais independente dos níveis pressóricos. As medidas de pressão arterial foram obtidas na posição sentada, seguindo as recomendações da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.¹⁰

Crítérios de exclusão

Foram excluídos os pacientes com diagnóstico de DM, ou que estivessem em uso de insulino terapia ou hipoglicemiantes orais.

Foi considerado DM os valores de glicemia > 200 mg/dL em qualquer horário, ou glicemia de jejum > 125 mg/dL ou Teste de tolerância a glicose >199 mg/dL, com necessidade de dois resultados para o diagnóstico, se o paciente for assintomático.¹¹

Medidas antropométricas

Foi realizada medida da circunferência abdominal (C= no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral) e circunferência do quadril (Q= ao nível do trocânter maior) e o cálculo da relação cintura/quadril (C/Q). Além de obtenção do peso e altura para o cálculo do índice de massa corporal (IMC= peso (kg)/ altura² (m), e o cálculo do IAC [Quadril/(altura x √altura)] - 18.

Análises laboratoriais

Foram realizados exames para avaliação de alterações metabólicas tais como: uréia, creatinina, colesterol total e frações, triglicérides, ácido úrico, glicemia de jejum e teste oral de tolerância a glicose (GTT) realizado com coleta de glicemia 2h após ingestão de 75g de glicose, além da dosagem de insulina sérica para o cálculo do HOMA-IR pela fórmula insulina (mU/L) x glicose (mmol/L)/22.5, que avalia resistência a insulina.

Estatística

Os dados das variáveis contínuas foram expressos em mediana e intervalo interquartil e das variáveis categóricas em porcentagem. As correlações foram estabelecidas pelo teste de Spearman, considerando como significância estatística valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 149 pacientes, sendo 93(62,4%) do sexo feminino e 56(37,6%) do sexo masculino, com mediana de idade de 63 (55-71,5) anos, peso de 74 (67-85,5) kg, circunferência abdominal de 99 (93-108) cm, circunferência de quadril de 104 (99-113) cm, relação cintura abdominal e quadril de 0,95 (0,9-1,0) cm, IAC de 28,89 (25,96-33,17) e IMC de 34,31 (28,59-38,66) kg/m². Em relação aos dados laboratoriais os pacientes apresentaram mediana de glicemia de jejum de 101,0 (93,25-110,0) mg/dL, GTT de 131 (103,5- 159,5) mg/dL, colesterol total de 200,0 (176,5- 229,5) mg/dL, HDL colesterol de 50,0 (42,5- 58,5) mg/dL, LDL colesterol de 119,0 (97,0 -147,0) mg/dL, triglicérides de 136,0 (86,0- 166,0) mg/dL e ácido úrico de 6,10 (5,0- 7,30) mg/dL. No grupo de pacientes estudados 70,4 % apresentam histórico de hipertensão arterial e 65,1% histórico de dislipidemia.

O IAC teve correlações positivas com os dados de circunferência abdominal ($r = 0,52$ $p < 0,0001$), circunferência do quadril ($r = 0,78$ $p < 0,0001$) e IMC ($r = 0,81$ $p < 0,0001$), e correlação negativa com a relação cintura/ quadril ($r = -0,30$ $p < 0,0001$). O IMC correlacionou-se positivamente com os dados de circunferência abdominal ($r = 0,78$ $p < 0,0001$) e circunferência do quadril ($r = 0,85$ $p < 0,0001$). Não houve correlação desses índices com dados laboratoriais.

Avaliamos correlações da cintura abdominal, quadril e relação cintura/quadril separadamente, não havendo correlação destas com nenhum dado laboratorial.

Analisando separadamente as mulheres, as correlações do IAC não foram superiores ao IMC, acrescentando-se que nas mulheres houve correlação positiva de ambos índices com insulina sérica e HOMA-IR (Tabela 1).

Tabela 1: Correlação do IAC e IMC com dados antropométrico e laboratoriais em mulheres

	IAC		IMC	
	r	p	r	p
CA (cm)	0,55	<0,0001	0,82	<0,0001
CQ (cm)	0,86	<0,0001	0,84	<0,0001
Insulina (μUI/mL)	0,35	0,028	0,32	0,013
Memória	0,35	0,028	0,32	0,017

DISCUSSÃO

Neste estudo avaliamos pacientes não diabéticos que apresentavam fatores de risco para alteração metabólica. Os principais fatores foram a hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Foi demonstrada aplicabilidade do IAC como método

para determinar as alterações metabólicas neste grupo de pacientes, entretanto, sem superioridade em relação IMC. Estudo de Bennasar-Veny et al., também demonstraram a não superioridade do IAC sobre o IMC na avaliação metabólica e de risco cardiovascular em população espanhola.¹²

A medição do IAC requer instrumentação simples sendo útil em lugares sub desenvolvidos onde a medida exata do peso pode ser difícil. A utilização da circunferência do quadril pode ser uma vantagem importante do IAC sobre o IMC, porque esta medida capta diferença na localização de adiposidade melhor do que o IMC. Provavelmente, a principal vantagem do IAC sobre o IMC é que o peso não é necessário em sua fórmula. Mais estudos devem ser realizados para estabelecer se o IAC supera as limitações do IMC.

O estudo de Amparo et al., avaliando as diferentes medidas de adiposidade relacionando com o risco de eventos cardiovasculares futuros, expõe como conclusão que a medida de adiposidade visceral, por ser mais metabolicamente ativa, apresenta se como forte marcador de eventos cardiovasculares, assim como o aumento da relação gordura visceral/ tecido adiposo subcutâneo.¹³

REFERÊNCIAS

1. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society. *J AM Coll Cardiol*. 2014; 63(25 Pt B):2985-3023.
2. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2016; 45(3):511-20.
3. Bertoli S, Battezzati A, Testolin G, Bedogni G. Evaluation of air-displacement plethysmography and bioelectrical impedance analysis vs dual-energy X-ray absorptiometry for the assessment of fat-free mass in elderly subjects. *Eur J Clin Nutr*. 2008; 62(11):1282-86.
4. Lara J, Siervo M, Bertoli S, Mathers JC, Batezzati A, Ferrari C, Tagliabue A. Accuracy of three novel predictive methods for measurements of fat mass in healthy older subjects. *Aging Clin and Exp Res*. 2014; 26(3): 319-25.
5. Nuttall FQ. Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutr Today*. 2015;50(3):117-28.6
6. Bergman RN, Stefanovski D, Buchanan TA, Sumner AE, Reynolds JC, Sebring NG, et al. A better index of body adiposity. *Obesity*. 2011; 19(5):1083-9.
7. Chang H, Simonsick EM, Ferrucci L, Cooper JA. Validation study of the body adiposity index as a predictor of percent body fat in older individuals: findings from the BLSA. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69(9):1069-75.
8. López AA, Cespedes ML, Vicente T, Tomas M, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A. Body adiposity

Além disso a medida apenas com IMC pode ser inadequada, pois avalia massa corporal total, sem especificar o tipo de gordura que o compõe, principalmente a quantidade de gordura visceral.¹³

Em nosso estudo a maioria dos pacientes era do sexo feminino, e apresentava aumento da circunferência abdominal, aumento da cintura quadril e aumento da relação cintura/quadril. Keys et al., mostraram que havia diferença entre homens e mulheres em relação a circunferência do quadril e adiposidade, com análise geral indicando melhor correlação entre IAC e porcentagem de gordura do que entre o IMC e porcentagem de gordura,¹⁴ entretanto, isso não foi demonstrado no presente estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo não demonstrou superioridade do IAC em relação ao IMC quando correlacionado com dados laboratoriais de glicemia, resistência à insulina e dislipidemia e também não foi superior para avaliação de mulheres. Não é possível concluir sobre faixas etárias pois não tivemos população mais jovem para comparação.

index utilization in a Spanish Mediterranean population: comparison with the body mass index. *PloS One*. 2012; 7(4):e3581.

9. Lemacks JL, Liu PY, Shin H, Ralston PA, Llich JZ. Validation of body adiposity index as a measure of obesity in overweight and obese postmenopausal white women and its comparison with body mass index. *Menopause*. 2012;19(11):1277-9.

10. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Hipertens*. 2010;17(1):1-51.

11. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2010. *Diabetes Care*. 2010; 33(Suppl 1):S11-S61.

12. Bennasar-Veny M, Lopez-Gonzalez AA, Tauler P, Cespedes ML, Vicente-Herrero T, Yañez A. Body adiposity index and cardiovascular health risk factors in caucasians: a comparison with the Body Mass index and others. *PloS One*. 2013; 8(5):1-8.

13. Figueroa AL, Takx RA, MacNabb MH, Abdelbaky A, Lavender ZR, Kaplan RS, et al. Relationship Between Measures of Adiposity, Arterial Inflammation, and Subsequent Cardiovascular Events. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2016; 9(4): e 004043.

14. Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ, Kimura N, Taylor HL. Indices of relative weight and obesity. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(3):655-65.

Ticiana de Andrade Castelo Branco Diniz¹, Caroline Ribeiro Paias¹, Yasmin Gama Abuawad¹, Fabiana Oliveira da Silva¹, Bethania Cabral Cavalli Swiczar¹, Neusa Yuriko Sakai Valente¹

Síndrome do escroto vermelho tratado com inibidor de calcineurina

Red scrotum syndrome treated with calcineurin inhibitor

Relato de Caso

1. Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

A síndrome do escroto vermelho é caracterizada pelo eritema crônico da região genital masculina, associada a dor, ardor e prurido. Condição pouco discutida na literatura e etiologia ainda desconhecida. Relatamos um caso que foi tratado com inibidor de calcineurina. Foi descrita pela primeira vez em 1997 por Fisher. O diagnóstico deve ser questionado após serem excluídas outras causas. Na histopatologia não existem achados específicos, porém serve de auxílio para excluir outros diagnósticos. As opções terapêuticas são escassas, apesar de bons resultados com o uso dos inibidores de calcineurina e doxíciclina.

Descritores: Escroto; Calcineurina

ABSTRACT

Red scrotum syndrome is characterized by chronic erythema of the male genital region, associated with pain, burning and pruritus. Is a condition little discussed in the literature and unknown etiology. We report a case that was treated with a calcineurin inhibitor. Fisher first described it in 1997. The diagnosis should be questioned after other causes are excluded. In histopathology there are no specific findings, but it helps to exclude other diagnoses. Therapeutic options are scarce despite good results with the use of calcineurin inhibitors and doxycycline.

Keywords: Scrotum; Calcineurin

Data de submissão: 30/12/2016
Data de aceite: 13/10/2017

Correspondência:

Ticiana de Andrade Castelo Branco Diniz
Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Borges Lagoa, 1755, 4º andar - Vila Clementino - CEP: 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: tigidiniz@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A síndrome do escroto vermelho é caracterizada pela persistência de eritema na região genital masculina. Foi descrita pela primeira vez em 1997 por Fisher. O diagnóstico que deve ser aventado após inúmeras tentativas diagnósticas e terapêuticas sem resposta.¹ Apresenta curso crônico e afeta homens de meia idade.² Desde sua primeira descrição poucos casos foram publicados na literatura.

RELATO DE CASO

Homem, 56 anos, procurou o serviço de dermatologia devido queixa de prurido, ardor e vermelhidão em região escrotal por cerca de um ano. Foi tratado cronicamente com antibióticos, antifúngicos e corticoides tópicos devido suspeita de dermatofitose e foliculite, conforme revisão do prontuário. Ao exame dermatológico apresentava eritema restrito a bolsa escrotal, sem descamação, edema ou infiltração (Figura 1). Realizado exame micológico direto e sorologias com resultados negativos. Teste de contato com resultado inalterado. Na histopatologia não apresentou alterações na epiderme, apenas ectasia de vasos na derme (Figuras 2 e 3). Foi realizado a suspeita diagnóstica de síndrome do escroto vermelho, suspenso o corticóide tópico e prescrito inibidor de calcineurina com melhora clínica após doze semanas (Figura 4). Reavaliado seis meses após o início do tratamento e manteve estabilidade do quadro.



Figura 1: Eritema importante restrito a bolsa escrotal (março/2015)

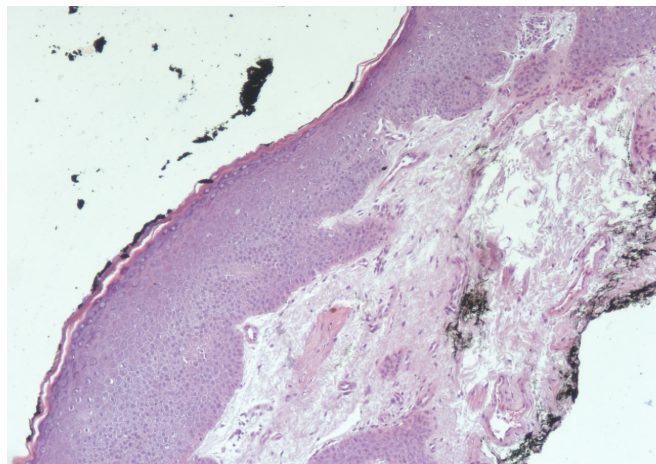


Figura 2: (100X)

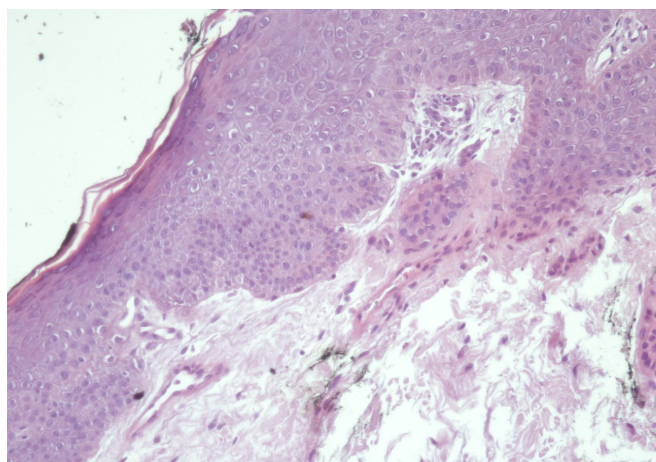


Figura 3: (200X)



Figura 4: Eritema discreto e paciente assintomático (junho/2015)

DISCUSSÃO

A síndrome do escroto vermelho é uma doença rara que pode acometer o escroto e a base do pênis. Pode vir acompanhada de prurido, ardor e dor.¹ As queixas mais frequentes são ardor e dor, o que gerou o questionamento de

possível etiologia neurológica.² Sugere-se que seja uma afecção secundária ao uso prolongado de corticosteroides tópicos, induzindo vasodilação.³

Na histopatologia não há alterações significativas ou específicas. A epiderme geralmente é normal e podem ser vistos capilares dilatados na derme.¹

Devem ser excluídos os principais diagnósticos diferenciais. Dermatite atópica e de contato podem apresentar descamação ao exame físico e na histopatologia apresentam espongiose e infiltrado linfocítico. Tinea pode apresentar descamação e exame micológico direto positivo. Psoríase apresenta descamação importante e o

histopatológico revela acantose, hiperparacera-tose, infiltrado inflamatório misto. Histiocitose de células de Langerhans apresenta células de langerhans na histopatologia.²

Tratamentos com corticosteróides, antifúngicos e antibióticos são ineficazes. Os inibidores de calcineurina apresentaram bons resultados para o eritema e prurido, apesar de não apresentarem resposta aos sintomas neurológicos.⁴ Recentemente foram reportados resultados promissores com o uso da doxiciclina, com melhora completa em dois a três meses.⁴⁻⁵ Foi descrito um caso tratado com gabapentina com boa resposta a dor e prurido.⁶

REFERÊNCIAS

1. Fisher BK. The red scrotum syndrome. *Cutis*. 1997; 60(3):139-41.
2. Wollina U. Red scrotum syndrome. *J Dermatol Case Rep*. 2011; 5(3):38-41.
3. Narang T, Kumaran MS, Dogra S, Saikia UN, Kumar B. Red scrotum syndrome: idiopathic neurovascular phenomenon or steroid addiction? *Sex Health*. 2013;10(5): 452-5.
4. Abbas O, Kibbi AG, Chedraoui A, Ghosn S. Red scrotum syndrome: successful treatment with oral doxycycline. *J Dermatolog Treat*. 2008;19(6):1-2.
5. Byun JW, Hong WK, Han SH, Song HJ, Lee HS, Ghoi GS, Shin JH. Red scrotum syndrome: successful treatment with oral doxycycline. *Int J Dermatol*. 2012; 51(3): 362-3.
6. Prevost N, English JC 3rd. Case reports: red scrotal syndrome: a localized phenotypical expression of erythromelalgia. *J Drugs Dermatol*. 2007; 6(9):935-6.

Rafael Colman Gabrig¹, Vanessa de Farias Lima¹, Eugênio Alves Vergueiro Leite¹, Amora Maria Duarte Gomes Bringel¹, Roberto de Freitas Gonçalves Bringel²

Avaliação tomográfica do câncer colorretal: relato de caso de ccr com extensão para retroperitônio

Tomography evaluation of colorrectal cancer: case report of ccr with extension for retroperitônio

Relato de Caso

1. Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

1. Hospital Estadual Vila Alpina, HEVA, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O câncer de colorretal (CCR) é um tumor altamente prevalente na população idosa, sendo o terceiro câncer mais comum em mulheres e o quarto em homens. Adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum e a localização predomina no sigmoide seguido do reto. Paciente feminina, 85 anos, com quadro de astenia, tontura, hiporexia e perda ponderal de início há 3 meses, com massa palpável na fossa ilíaca esquerda. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome identificou massa com epicentro no cólon esquerdo, estendendo-se para parede abdominal posterior e retroperitônio, confirmando adenocarcinoma de cólon após ressecção cirúrgica e resultado de anatomopatológico.

Descritores: Câncer Colorretal; Retroperitônio; Metástase

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is a highly prevalent tumor in the elderly population, the third most common cancer in women and the fourth in men. Adenocarcinoma is the most common histological type and localization predominates in the sigmoid followed by the rectum. Female patient, 85 years old, with asthenia, dizziness, hyporexia and weight loss onset 3 months ago. Had a palpable mass in the left iliac fossa. Computed tomography (CT) of the abdomen identified a mass with epicenter in the left colon, extending to the posterior abdominal wall and retroperitoneum, confirming colon adenocarcinoma after surgical resection and anatomopathological results.

Keywords: Colorectal cancer; Retroperitoneum; Metastasis

Data de submissão: 26/07/2017

Data de aceite: 24/10/2017

Correspondência:

Amora Maria Duarte Gomes Bringel

Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1635 - Vila Clementino - CEP: 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: amora.duarte@hotmail.com

Trabalho realizado:

Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é a segunda causa de morte mais comum por câncer em países desenvolvidos. É um tumor altamente prevalente na população idosa, sendo o terceiro câncer mais comum em mulheres e o quarto em homens. A apresentação clínica do carcinoma colorretal é variável e muitas vezes depende do tamanho, localização e tipo do tumor. É mais comum em homens do que em mulheres na proporção de 3:2. Os sintomas típicos incluem sangramento (que pode se manifestar como anemia por deficiência de ferro), dor abdominal inexplicável, mudança nos hábitos intestinais ou uma mudança no calibre das fezes e até mesmo obstrução intestinal. A distribuição de acometimento segmentar segue a seguinte prevalência: ceco (10%), ascendente (15%), transversa (15%), descendente (5%), sigmoide (35%), reto (20%).¹⁻³

A Tomografia Computadorizada permite a detecção de tumores com extensão além da serosa colônica, sendo um dos métodos indicados para o estadiamento local do tumor, assim como, muitas vezes, excelente para a sugestão do tipo histológico tumoral.^{1,3} O objetivo deste estudo foi relatar um caso de CCR de segmento esquerdo, com extensão retroperitoneal, achado extremamente atípico, além de discorrer sobre os padrões tomográficos dos principais tipos histológicos de tumores de cólon e diferenciação das lesões intraperitoneais e retroperitoneais primárias pela imagem.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 85 anos, deu entrada no pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com quadro de astenia, tontura, hiporexia e perda ponderal de início há 3 meses. Negava sangramento gastrointestinal, náusea, vômitos e febre. Ao exame físico, foi identificado massa palpável na fossa ilíaca esquerda, indolor a palpação. Sem relatos de antecedentes patológicos prévios. Negava história familiar de neoplasia em pais.

Foi realizado internação hospitalar para melhor avaliação. Após Tomografia Computadorizada (TC) de abdome, devido volumosa massa retroperitoneal de características agressivas (Figuras 1 e 3), foi levantada a hipótese de tumor

maligno do retroperitônio, o qual, após melhor avaliação pelo departamento de radiologia, foi caracterizado como massa de epicentro no cólon esquerdo, estendendo-se para parede abdominal posterior e retroperitônio, e portanto, um tumor primário do cólon. Optado pelo tratamento cirúrgico, foi realizada ressecção tumoral com entero-anastomose primária. Confirmando como adenocarcinoma de cólon após resultado de anatomopatológico.

Durante o curso da internação hospitalar, a paciente apresentou coleção persistente em topografia do leito cirúrgico (Figura 2) e pneumonia complicada. Evoluiu para óbito por choque séptico de foco pulmonar.

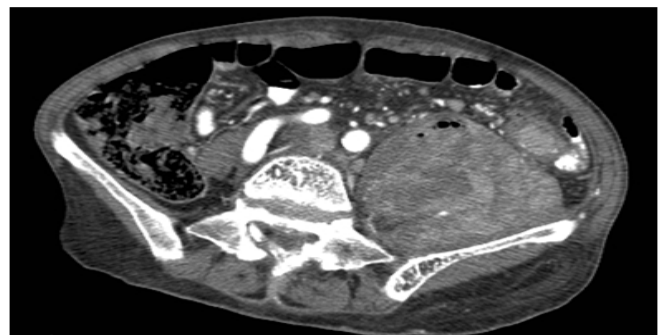


Figura 1: Imagem pós-contraste na fase arterial demonstrando lesão expansiva com grande acometimento do retroperitônio e realce heterogêneo



Figura 2: Coleção na topografia do leito cirúrgico, 30 dias após a ressecção cirúrgica

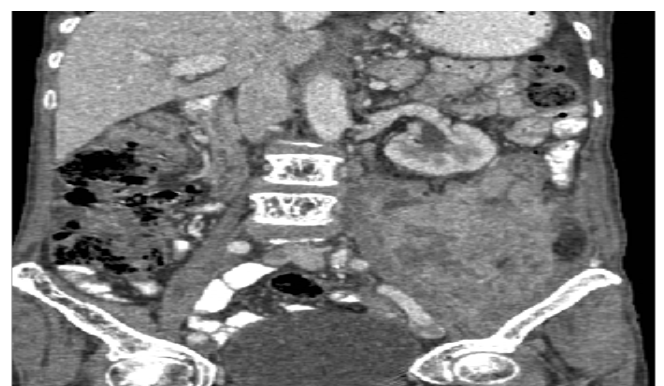


Figura 3: Corte coronal e sagital: lesão expansiva com epicentro colônico e extensão para retroperitônio

DISCUSSÃO

Os achados do adenocarcinoma de colorretal variam de espessamento parietal curto assimétrico a massas vegetantes, com atenuação de partes moles e estenose da luz intestinal. Os achados de extensão extramural mais comuns são a densificação dos planos adiposos pericolônicos, linfonodomegalias mesentéricas locais-regionais e metástases hepáticas de aspecto hipovascular. Entretanto, devemos sempre estar atentos a manifestações atípicas que podem dificultar o diagnóstico. Nestes casos a TC permite a detecção pericólica, ou seja, de tumores com extensão além da serosa colônica como bexiga, vagina, retroperitônio ou musculatura abdominal / pélvica, melhor que a RM, sendo portanto, o método indicado para o estadiamento local destes tumores (exceto para tumor de reto no qual a RM é superior).¹⁻⁴

Os principais diagnósticos diferenciais do adenocarcinoma colorretal incluem a diverticulite aguda, colites inflamatórias/infecciosas e isquêmicas, lesões extrínsecas (como endometriose ou implantes secundários) e principalmente, os outros tipos histológicos de tumores colorretais mais frequentes: o linfoma e tumores estromais do trato gastrointestinal (GIST).²

O Linfoma com acometimento do trato gastrointestinal (TGI) mais comum é o Linfoma não-Hodgkin. O tumor colônico primário é mais raro, correspondendo a menos de 1% de todos os

tumores colônicos malignos. Embora o espectro de imagem do linfoma do TGI é variável, alguns achados como volumosa massa sem obstrução intestinal, infiltração difusa com preservação da gordura adjacente, envolvimento de múltiplos segmentos e volumosa linfadenopatia associada, são bastante sugestivos. O realce é tipicamente hipovascular. O GIST é descrito classicamente como volumosa massa, exofítica, ou seja, com grande componente extra-luminal, e com padrão de realce hipervascular. Tanto o linfoma como o GIST, tendem a serem homogêneos, porém quando massas maiores, ambos podem ulcerar ou ter cavitações.^{2,5-6}

Tumores muito extensos possuem sua avaliação dificultada. O primeiro passo é detectar se é uma lesão primária do retroperitônio ou intraperitoneal, assim como a origem da lesão. Uma forma é observar o descolamento de estruturas adjacentes, como por exemplo, o desvio anterior de estruturas com componente retroperitoneal como grandes vasos, rins, ureteres, duodeno, pâncreas e mesmo alguns segmentos colônicos, que sugere foco de origem do retroperitônio. Outro sinal que pode estar presente é o defeito arquitetural do órgão acometido, sugerindo a provável origem da lesão. Entretanto, mesmo que em raros casos, o diagnóstico é possível apenas após biópsia ou ressecção cirúrgica.¹⁻³

REFERÊNCIAS

1. Horton KM, Abrams RA, Fishman EK. Spiral CT of colon cancer: imaging features and role in management. *Radiographics*. 2000;20(2):419-30.
2. Silva IC, Rocha AJ, Giuseppe D, Caldana RP. *Gastrointestinal*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. (Série: Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem)
3. Buetow PC, Buck JL, Carr NJ, Pantongrag-Brown L. From the archives of the AFIP. Colorectal Adenocarcinoma: radiologic pathologic correlation. *Radiographics*. 1995; 15(1):127-146.
4. Mitsuhashi N, Shimizu Y, Kiboki S, Yoshitomi H, Kato A, Ohtsuka M, et al. [Two Cases of Curative Resection of locally Advanced Rectal Cancer after Preoperative Chemotherapy]. *Gan to Kagaku Ryoho*. 2015;42(12):2175-7.
5. Ghai S, Pattison J, Ghai S, O'Malley ME, Khalili K, Stephens M. Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation. *Radiographics*. 2007; 27(5):1371-88.
6. Hong X, Choi H, Loyer EM, Benjamin RS, Trent JC, Charnsangavej C. Gastrointestinal stromal tumor: role of CT in diagnosis and in response evaluation and surveillance after treatment with imatinib. *Radiographics*. 2006; 26(2):481-95.

Lorena Assis Moura¹, Olivia Permegiani Vilarinho¹, Rafael Gonzalez dos Santos¹, Fábio Limonte¹, Arianne Assis Moura Rodero¹

Estado de mal não convulsivo em idosa com diagnóstico de depressão

Non-convulsive status epilepticus disease in the elderly with diagnosis of depression

Relato de Caso

1. Faculdade Ceres, Faceres, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

RESUMO

O estado de mal epiléptico não convulsivo (EMNC) pode apresentar vários subtipos, sendo os mais comuns relacionados à ausência de grandes sinais motores e alteração do estado mental. Essa doença possui amplo diagnóstico diferencial o que a faz ser uma emergência médica, devido as suas possíveis consequências irreversíveis se não diagnosticada e tratada precocemente. A paciente do relato de caso passou em consulta ambulatorial apresentando alteração do estado mental com diagnóstico de depressão ou demência rapidamente progressiva com evolução há mais de um mês segundo familiares. Os resultados dos exames laboratoriais e a Ressonância Magnética de encéfalo não apresentaram alterações específicas que justificassem o quadro clínico. O diagnóstico foi realizado através da história clínica e do eletroencefalograma (EEG). Após o tratamento a paciente evoluiu com melhora do nível de consciência retornando ao seu estado basal.

Descritores: Estado de mal epiléptico não convulsivo; Transtorno depressivo; Eletroencefalograma; Relato de caso

ABSTRACT

Non-convulsive status epilepticus (NCSE) can take several general forms of presentation and largely refers to the absence of large motor signals. This disease is considered a clinical emergency that requires immediate and aggressive diagnoses and treatment. NCSE is a heterogeneous mental disorder with several causes and subtypes that may confuse even specialists, delaying diagnosis and treatment. Due to the severe sequelae of the NCSE which would affect the quality of the patient's life, this work will discuss the clinical condition and aims an early diagnosis and treatment. A patient in the case report on outpatient clinic presenting the mental state with diagnosis of depression or rapidly progressive dementia with evolution for more than a month according to relatives. The results of the laboratory tests and the MRI do not present specific information about the clinical condition. The diagnosis was made through clinical history and prolonged electroencephalogram (EEGP). After the treatment the patient evolved with improvement of the level of consciousness returning to its basal state.

Keywords: State of non-convulsive disease; Depressive disorder; Electroencephalogram; Case reports

Data de submissão: 26/06/2017
Data de aceite: 30/10/2017

Correspondência:

Arianne Assis Moura Rodero

Clínicas Integradas Rio Preto, CIRP,
São José do Rio Preto, SP, Brasil.
Endereço: Rua São Rafael, 22 - Vila
São Pedro - CEP: 15091-030, São José
do Rio Preto, SP, Brasil.
E-mail: arianneassis@yahoo.com.br

Trabalho realizado:

Faculdade Ceres, Faceres, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O estado de mal epiléptico não convulsivo (EMNC) é clinicamente diagnosticado como uma condição epiléptica prolongada (> 30 min), com nível de consciência diminuído e anormalidades comportamentais e/ou mentais, mas sem grandes movimentos motores convulsivos, associado a descargas epileptiformes na eletroencefalografia (EEG). Segundo estudos prévios, acredita-se que 25 % dos estados epilépticos no mundo sejam do tipo não convulsivo e que 58 % desses casos não tenham história prévia de epilepsia.¹⁻³

O EMNC pode estar associado a alterações estruturais do sistema nervoso central, por exemplo, tumores, cirurgias prévias e hiperostose frontal; alterações metabólicas; infecções, como encefalopatia herpética; e uso de alguns medicamentos, entre eles, antidepressivos, antibióticos e psicotrópicos. Em estudo atual observaram que alguns antidepressivos como a paroxetina, sertralina e mirtazapina em doses terapêuticas podem estar associados ao EMNC, assim como antidepressivos clássicos.^{4,5}

Essa patologia é um dos grandes desafios diagnósticos e terapêuticos, devido à variedade de diagnósticos diferenciais como Demência, Depressão e Parkinson e as discretas características clínicas deste distúrbio que podem ser difíceis de diferenciar do comportamento normal.^{5,6}

A suspeita clínica dessa patologia ocorre frente a sintomas como alteração do estado mental, bradicinesia e bradipsiquismo. O diagnóstico de certeza é realizado pelo eletroencefalograma e seu prognóstico depende principalmente da etiologia e da lesão cerebral associada.^{3,5,6}

O objetivo desse relato de caso é alertar o profissional sobre a importância de um diagnóstico precoce para evitar atraso terapêutico e errôneo, que poderão causar

lesões cerebrais irreversíveis, influenciando na qualidade de vida do paciente.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 83 anos, branca, com diagnóstico de Transtorno Depressivo (em uso contínuo de Citalopram 20 mg há 3 anos), Hipertensão Arterial Sistêmica, sequela motora após ressecção de tumor em glúteo há três anos, acamada desde então e sem história prévia de epilepsia. Passou por consulta geriátrica com acompanhante informando que paciente havia iniciado há três meses com tremores em membros superiores e apatia, sendo diagnosticado inicialmente com quadro depressivo recorrente e solicitado Ressonância Magnética de Encéfalo. Evoluiu com piora do quadro, apresentando no dia da consulta alterações como bradicinesia, dificuldade para se alimentar, alteração cognitiva, sonolência, bradipsiquismo, desorientação em tempo e espaço, não sendo possível a realização de exames para avaliar cognição como o Mini Exame do Estado Mental. Realizado como hipóteses diagnóstica crise de ausência, Síndrome Demencial rapidamente progressiva e Encefalopatia. Foram solicitados exames laboratoriais, líquido cefalorraquidiano e eletroencefalograma prolongado por 1 hora, sendo diagnosticado Estado de Mal Não Convulsivo. Exames laboratoriais e líquido normais (Quadro 1). Após diagnóstico paciente foi encaminhada para internação sendo realizado Diazepam endovenoso seguido de hidantaloização. Recebendo alta dois dias após procedimento com melhora e continuação do tratamento com Fenitoína via oral. Retornou em consulta, dois meses após internação, comunicativa e orientada em tempo e espaço. Realizado avaliação cognitiva com Mini Exame do Estado Mental (27/30), acertando o Teste do Relógio e Fluência Verbal dentro do previsto para sua escolaridade.

Exames	Valores do paciente	Valores de referência
Et	3,9	4,2 a 5,4
Hb	11,7	11,5 a 16
Ht	34,8	37 a 47
VCM	87,88	77 a 92
HCM	29,55	27 a 32
CHCM	33,62	30 a 35
Leucocitos	6.000	5.000 a 10.000
Plaquetas	187.000	150.000 a 450.000
Glicose	91	70 a 109
Sódio	142	134 a 146
Potássio	3,4	3,5 a 5,5
Ac. Fólico	7,1	Superior a 3,10
Vit B12	338	187 a 883
Vit D-25	15,1	30 a 100
T4 livre	1,04	0,61 a 1,48
Ferritina	24,4	11 a 306
Paratorm	39	12 a 88
Calcio	8,9	8,5 a 10,2
Ferro	72	50 a 170
TSH	1,74	0,34 a 5,60
Creatinina	0,53	0,6 a 1,4
Ureia	23	10 a 52
Urina I	Normal, ausência de infecção	
Urocultura	Não houve desenvolvimento de microorganismos na amostra	
Liquor	Normal, ausência de infecção	

Quadro 1: Exames laboratoriais

DISCUSSÃO

Por ter uma clínica sutil, o EMNC é uma doença subdiagnosticada, podendo ter grandes erro terapêutico. No presente caso, a paciente havia recebido o diagnóstico inicial de depressão, evoluindo com piora do quadro clínico.^{1,2}

Em pacientes sem história de epilepsia, o EMNC pode apresentar-se como confusão ou mudança de personalidade. Deve-se ter como diagnóstico diferencial as patologias demenciais, psiquiátricas e orgânicas. Que foram excluídas da paciente, após anamnese detalhada, exames laboratoriais e de imagem.^{3, 5, 6}

Além da clínica o eletroencefalograma é imprescindível no diagnóstico da doença,

auxiliando o profissional na abordagem correta, como no caso, a primeira hipótese diagnóstica foi afastada depois do exame realizado.⁵

Prevenir as crises e realizar tratamento adequado é crucial para que não haja seqüelas irreversíveis. A terapêutica deve ser mantida até evolução favorável da doença que deve ser monitorada pelo EEG. Benzodiazepínicos endovenosos são os agentes de primeira linha seguidos por Fenitoína. No relato de caso foram realizados Diazepam e como manutenção Fenitoína, além do acompanhamento para avaliar a evolução do caso até os dias atuais.^{2, 3, 6}

CONCLUSÃO

Os eventos epilépticos, mesmo um status epilepticus, devem ser considerados quando as flutuações da cognição e da consciência ocorrem em pessoas idosas. Em particular, o EMNC que é uma condição com consequências graves e apresentação clínica pleomórfica. O exame de EEG, por vezes,

tem achados inespecíficos (ondas lentas e alterações da atividade de base), entretanto em alguns casos, como neste foi crucial para suportar o diagnóstico de EMNC. Desta forma concluímos que esta condição é uma emergência médica, cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas pelo reconhecimento e tratamento imediato.

REFERÊNCIAS

1. Power KN, Gramstad A, Gilhus NE, Engelsen BA. Adult nonconvulsive status epilepticus in a clinical setting: Semiology, aetiology, treatment and outcome. *Seizure*. 2015; 24:102-106.
2. Meierkord H, Holtkamp M. Non-convulsive status epilepticus in adults: clinical forms and treatment. *Lancet Neurol*. 2007; 6(4):329-39.
3. Chang AK, Shinnar S. Nonconvulsive status epilepticus. *Emerg Med Clin North Am*. 2011; 29(1):65-72.
4. Gunduz A, Beskardes AF, Kutlu A, Ozkara C, Karaagac N, Yeni SN. Herpes encephalitis as a cause of nonconvulsive status epilepticus. *Epileptic Disord*. 2006; 8(1):57-60.
5. Taniguchi G, Miyajima M, Watanabe M, Murata Y, Sone D, Watanabe Y, et al. Nonconvulsive status epilepticus in the elderly associated with newer antidepressants used at therapeutic doses: A report of three cases. *Epilepsy Behav Case Rep*. 2014;3:8-11.
6. Walker MC. Treatment of non-convulsive status epilepticus [Internet]. 2015 [cited 2017 set 20]; Chapter 34: [about 5 p.]. Available from: <<https://www.epilepsysociety.org.uk/sites/default/files/attachments/chapter34Walker2015.pdf>>

Aline Ferreira Mendes¹, Anna Carolina Massarão¹, Sabrina Rodrigues Prates¹, Daniele Eloise do Amaral Silveira Kobayashi¹

O papel do psicólogo no atendimento de pessoas diagnosticadas com disforia de gênero na rede pública de saúde

The role of the psychologist during treatment of patients diagnosed with gender dysphoria in the public health system

Revisão

RESUMO

1. Faculdade Anhanguera Educacional, Unidade 3, Campinas, SP, Brasil.

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre o atendimento de pacientes transexuais na rede pública de saúde, trazendo alguns aspectos importantes referentes à avaliação multidisciplinar para um possível diagnóstico, assim como o trabalho do profissional psicólogo diante de um diagnóstico de “disforia de gênero” conforme o DSM e, anteriormente, denominado no CID 10 e no DSM IV como “transtorno de identidade de gênero”. Também abordaremos sobre as consequências psicológicas vivenciadas pelos pacientes diante do atendimento realizado pelo sistema público de saúde, suas características, e os prejuízos sociais diante de um atendimento inadequado para a vida do sujeito.

Descritores: Transexualidade; Disforia de gênero; Rede pública de saúde

ABSTRACT

The objective of this study is to reflect on the care of transsexual patients in the public health system, including some important aspects concerning the multidisciplinary evaluation for a possible diagnoses, such as the work of the professional psychologist in the face of a diagnosis of “gender dysphoria” according to the DSM and previously referred to in ICD-10 and DSM IV as “gender identity disorder”. This study also discusses the psychological consequences experienced by the patients based on the care provided by the public health system, your characteristics, and the social losses in the face of the inappropriate care of the patient’s life.

Keywords: Transsexuality; Gender dysphoria; Public health network

Data de submissão: 12/09/2017
Data de aceite: 10/11/2017

Correspondência:

Sabrina Rodrigues Prates

Faculdade Anhanguera Educacional,
Campinas, SP, Brasil.
Endereço: Rua Luis Otávio, 1313,
Jardim Profa. Tarcília - CEP: 13087-
018, Campinas, SP, Brasil.
E-mail: sabrina.prates@yahoo.com.br

Trabalho realizado:

Faculdade Anhanguera Educacional, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo investigar como é realizado o atendimento de pacientes diagnosticados com disforia de gênero na rede pública de saúde.

Diante das mudanças referentes à classificação do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero para o termo disforia de gênero, conforme o DSM e, anteriormente, denominado no CID 10¹ e no DSM IV² como “transtorno de identidade de gênero”, pode-se destacar a tentativa de despatologização na mudança do termo empregado sendo alterado para disforia, que se caracteriza por um estado psíquico de mudança e desânimo ocasionando mal estar, tristeza e angústia diante do gênero biológico.¹⁻²

O tema do presente estudo é fundamental para a formação de futuros psicólogos devido à necessidade de aprofundamento sobre a disforia de gênero, suas consequências e as possíveis intervenções psicológicas.

Profissionais da área da saúde em geral, em especial o psicólogo, devem estar preparados para atender este público, para que haja um melhor acompanhamento nos procedimentos necessários para adaptação física e também psicológica, em consequência do preconceito existente e da falta de compreensão por parte da grande maioria da população.

O trabalho também poderá colaborar com as reflexões sobre as intervenções psicológicas para pacientes com esse quadro clínico.

OBJETIVO

Pretende-se por meio de uma pesquisa de revisão bibliográfica investigar sobre o atendimento de pacientes com disforia de gênero na rede pública de saúde, abordando aspectos importantes referentes à avaliação multidisciplinar para um possível diagnóstico, assim como o trabalho do profissional psicólogo no processo de cirurgia de redesignação de gênero.

Objetivos específicos

- Investigar as consequências psicológicas para pacientes com diagnóstico de disforia de gênero.

- Pesquisar o papel do psicólogo no atendimento e diagnóstico na rede pública da disforia de gênero.

Desenvolvimento

Atualmente, a transexualidade é classificada pelo DSM V³ como Disforia de Gênero, diagnóstico este que descreve os indivíduos que apresentam uma diferença marcante entre o gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído, deixando assim de classificá-la como uma desordem ou transtorno mental, já que a palavra “Transtorno” traz consigo uma idéia de doença mental, enquanto “Disforia” é uma palavra menos estigmatizada, que aponta para um sofrimento emocional.³

Sendo assim, o termo transexualidade no DSM V³ não se trata de um “desvio sexual”, mas sim de um processo que está deixando de ser explicado por normas morais. O transexual está começando a ser visto como alguém com a real necessidade de adequar seu corpo físico ao sexo no qual se identifica. Visto desta forma, os transexuais precisam de serviços médicos para atingir alguns de seus objetivos.^{3,4}

De acordo com Arán et al.,⁵ as cirurgias de transgenitalização foram aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para serem realizadas em hospitais públicos universitários do Brasil no ano de 1997, por meio da Resolução 1482/97.⁶ A referida resolução foi baseada em princípios terapêuticos (busca da integração entre corpo e identidade sexual psíquica) e princípios de autonomia e justiça, que consideram a cirurgia como um motivo essencial, para benefício da classe transgênera. Passando a diferenciar e reconhecer a especificidade de suas demandas, anteriormente associadas e confundidas com as de travestis.^{5,6}

Nesse sentido, em 2009 o Ministério da Saúde realizou reuniões sobre o Processo Transexualizador no SUS,⁷ onde foram colocados em pauta pontos relevantes para a elaboração de protocolos de acompanhamento e avaliação de transexuais orientados pelo Ministério da Saúde, sendo que a confirmação do diagnóstico torna-se condição necessária para o tratamento, a cirurgia só poderá ser realizada após acompanhamento psiquiátrico por, no mínimo, dois anos. Encontra-se neste processo de assistência algumas etapas que deverão ser seguidas para acompanhamento total do indivíduo transexual que se sujeita a determinados procedimentos, são eles: psicoterapia individual e de grupo; hormonioterapia, que tem a finalidade de induzir o aparecimento de caracteres sexuais

secundários compatíveis com a identificação psicosssexual do paciente; avaliação genética, e tratamento cirúrgico como o implante de silicone nos seios, eletrólise, redução do pomo de Adão, mastectomia e histerectomia.⁸

Considerando o papel da Psicologia da Saúde na rede pública para pacientes com esse diagnóstico, podemos dizer que o principal papel do psicólogo é de orientar, acolher e oferecer informações sobre o atendimento. O psicólogo desempenha um papel fundamental, considerando que o paciente com esse diagnóstico se encontra fragilizado psíquica, mental e socialmente. Portanto o tratamento não terá como objetivo apenas a saúde física do usuário, mas também permitirá uma melhora no aspecto da inclusão social.

De acordo com Arán e Murta,⁴ no início, na rede pública, o indivíduo passará por uma avaliação clínica psiquiátrica, em que deverá ser feito o diagnóstico de “disforia de gênero”, passando por testes de personalidade em alguns casos, teste de vida real, usando roupas do gênero de identificação, passando por exames de rotina e tomando hormônios. É necessário, de acordo com toda a burocracia padronizada, passar por pelo menos dois anos de terapia psicológica para então realizar a cirurgia de transgenitalização. A justificativa para todo esse processo é a necessidade da confirmação sobre a decisão, já que a cirurgia é irreversível. Depois de passarem pela avaliação dos especialistas, é feito encaminhamento dos indivíduos para os atendimentos psicológicos em grupo ou individual, além de acompanhamento psiquiátrico, em alguns casos. Somente após o período de dois anos é que o indivíduo é encaminhado para a cirurgia, caso seja atestada sua transexualidade e as condições clínicas que permitam tais procedimentos. Porém, por conta da dificuldade no agendamento das cirurgias, esses indivíduos levam muito mais que esse período aguardando pela realização da cirurgia.

Em relação ao período pré e pós-cirúrgico, a transexualização, sentida como necessária para a maioria dos pacientes com disforia de gênero, é vista como um processo difícil, em que a pessoa, mesmo tendo realizado as cirurgias e a hormonioterapia, não está livre do preconceito e discriminação social. Sendo

assim, evidencia-se a necessidade de considerar a transexualidade para além da questão pré e pós-operatória, sendo uma questão mais complexa e danosa a própria representação social sobre a transexualidade, que patologiza e estigmatiza tais indivíduos. Neste sentido, o acompanhamento psicoterápico é uma estratégia de enfrentamento, como alívio para o sofrimento.⁹

De acordo com Arán et al.,⁸ Sampaio e Coelho,⁹ o combate à discriminação deve ser considerado fator determinante da condição de sofrimento dos pacientes com disforia, devendo contemplar estratégias de promoção à saúde, não sendo mais a saúde de transexuais uma questão exclusivamente médico-cirúrgica, visto que a discriminação e as pressões familiares e sociais são fatores que se destacam nesse quesito. Outros aspectos, como o uso do nome social nas unidades de saúde, tornaram-se uma estratégia eficaz de acesso aos serviços, beneficiando diretamente pacientes com esse diagnóstico, já que um dos principais fatores da exclusão do sistema é a própria precariedade no acolhimento.^{8,9}

Os saberes da Psicologia podem contribuir de forma que possibilite ao indivíduo com disforia de gênero uma desconstrução do discurso e pensamento de anormalidade, por meio do qual ele mesmo por apego à norma se vê e se sente num lugar desprivilegiado, desviante, perverso ou anormal, buscando construir junto a esse sujeito um espaço onde seja possível outro tipo de relação consigo.¹⁰

“Chama a atenção um ponto comum aos casos atendidos por mim ao longo deste ano de trabalho no centro de referência: o fato de que, dos nove casos atendidos, com exceção de um dos usuários, todos os sujeitos ao se narrarem, falam do sujeito homossexual enquanto desvio, colocando-se neste lugar do anormal. Entendemos que os sujeitos se constituem em relação aos discursos que perpassam o social e que o objetivam, ou seja, digam quem ele é.”¹⁰

Para se pensar a Psicologia da Saúde dentro do contexto da disforia de gênero, tomaremos como ponto de partida a resolução nº 001/99, que estabelece normas de atuação para psicólogos em relação à questão da orientação sexual, enfatizando que devem contribuir com seu conhecimento para reflexões críticas

sobre os preconceitos, prezar pelo combate à discriminação contra aqueles que apresentam comportamentos ou práticas homossexuais, não devendo esses profissionais exercer quaisquer ações que favoreçam a patologização dessas pessoas. Aos psicólogos está vetado, a partir dessa resolução, tratamento e cura da homossexualidade.¹¹

Um profissional da saúde que opera a partir de uma lógica discriminadora ou que não esteja sensível às necessidades de saúde do público alvo, dificilmente poderá oferecer uma atenção humanizada e de qualidade. Nesse sentido, é importante entender como a relação entre homofobia e serviços de saúde no Brasil tem sido encarada pelos usuários LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) do Sistema Único de Saúde (SUS).¹²

O SUS tem como premissa básica a busca de igualdade no acesso aos serviços de saúde, outros princípios como acolhimento e humanização buscam sensibilizar os trabalhadores e a sociedade em geral a fim de buscar a universalização dos cuidados.¹³

Entretanto, segundo Borges et al.,¹⁴ o que se vê é que em algumas unidades o atendimento prestado a esses grupos não está de acordo com os princípios de isonomia abarcado pelo SUS, há um mau atendimento em forma de desrespeito, passando a criar melhores ou piores condições a determinados grupos sociais, tendo como referência específica o atendimento dos profissionais que recebem diretamente as pessoas nos serviços de saúde, tais como médicos, enfermeiros, recepcionistas, entre outros. É necessário um maior preparo dos profissionais da área da saúde para o estabelecimento de uma boa relação com esse público.

MÉTODOS

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, e como instrumento a revisão bibliográfica, que consiste em uma análise profunda de diversos artigos científicos e publicações referentes ao tema proposto.

Para realização do trabalho foi feita pesquisa bibliográfica, sendo utilizados materiais publicados no SIELO, em geral artigos escritos por Arán et al.⁸

Ao final, será feita a análise dos dados pesquisados e das informações obtidas para realização da análise.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

No que se refere à revisão bibliográfica é possível notar que a orientação sexual é um dos fatores determinantes no estado de saúde do sujeito, pelo fato de estarem expostos a ofensas, danos, entre outros agravos que decorrem da exclusão social. Arán e Sampaio defendem uma sociedade mais flexível em relação à diversidade de gênero, desta maneira podendo ser reduzido o preconceito, e, por consequência, o sofrimento que acompanha a transexualidade, causado por ele. Portanto é necessário respeitar a subjetividade de cada indivíduo e cabe ao profissional do SUS orientar sobre o processo transexualizador, garantindo e preservando o direito constitucional à saúde e ao atendimento humanizado.^{4,9}

Sampaio e Bento são unânimes ao mostrar que o aparato cirúrgico não é a única forma de acolher e melhorar a vida dos transexuais, pois as mudanças não são somente físicas, mas abrangem todas as áreas da vida do indivíduo, sendo que segundo a normatização do SUS, a cirurgia deve obedecer a alguns critérios exigidos pela legislação: avaliações por uma equipe multidisciplinar, diagnóstico preciso de disforia de gênero e acompanhamento psicológico de no mínimo dois anos.^{9,15}

Para Arán, Murta e Lionço, cabe ao Psicólogo dar assistência psicológica visando a promoção e qualidade de vida do indivíduo transexual, por meio do acolhimento e apoio, pautando-se sempre na integralidade do atendimento a partir da compreensão de que as vivências trans são algumas das múltiplas possibilidades da identificação de gênero.⁸

Para Sampaio e Arán, a atuação do psicólogo é necessária durante todo o processo de transgenitalização, visto que este depende de múltiplos fatores. Para tanto, é imprescindível que a equipe multidisciplinar esteja bem preparada para acolher estes indivíduos, pois é de suma importância que seja realizado um diagnóstico correto, já que a cirurgia é irreversível e pode causar danos e sofrimento à vida do sujeito.^{4,9}

Entretanto, de acordo com Borges et al., os profissionais da rede pública de saúde que

deveriam acolher esses indivíduos, no geral, não estão devidamente preparados para tal, sabe-se que ainda são muitos os casos de preconceito e desrespeito dentro desses setores (hospitalar, jurídico, de assistência social, etc.). Além do processo cirúrgico devem ser consideradas as questões sociais, políticas de inclusão, etc., em que o psicólogo deve atuar no sentido de informar, objetivando erradicar preconceitos.¹⁴

CONCLUSÃO

Os critérios diagnósticos para disforia de gênero não são uniformes e foram modificados ao longo do tempo. Atualmente a transexualidade está passando por um processo de deixar de ser explicado por normas morais e está passando por transformações sócio culturais.

A incompatibilidade entre o sexo anatômico e a identidade de gênero impulsiona o sujeito a buscar o reconhecimento como alguém do sexo oposto. Tendo em vista que o SUS é regido pelos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, bem como igualdade da assistência

à saúde, sem preconceitos de qualquer espécie, estaria mais uma vez justificada a inserção da cirurgia de mudança de sexo em pacientes transexuais, na sua lista de procedimentos médicos. Dessa forma, cabe aos profissionais da Psicologia mediar a produção de “novas” realidades e (re) inserção, abolindo preconceitos potencializando a vida e a existência dos transexuais.

A terapia é necessária para que se entenda que sempre serão transexuais, mas precisam se aceitar e se preparar para enfrentar as dificuldades de relacionamento e o preconceito. Cabe ainda o compromisso de emitir laudos psicológicos certificando que a subjetividade na qual o indivíduo vive, de fato, é diferente em gênero da sua natureza física, daí a importância de viver e ser tratado no papel do sexo oposto.

Ao longo dos estudos, o que foi possível perceber é que não há uma produção suficiente de pesquisas acerca do tema disforia de gênero, ainda há muito que se discutir e produzir sobre o diagnóstico, dimensão biológica e visão integrada do ser. Sendo assim, necessitamos estar melhor aparelhados cientificamente, para enfrentar tal demanda com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
2. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-4. Traduzido por Batista D. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
3. APA DSM-5. Developed by© 2012 American Psychiatric Association [Internet]. [citado 2017 jul 20]. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/>>.
4. Arán M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2009; 19(1):15-44.
5. Arán M, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicol Soc*. 2008; 20(1):70-79.
6. Brasil. Resolução nº 1.482 de 19 de setembro de 1997. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. *Psicol Soc*. 1997; 19 set.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde [Internet]. 2006 [citado 2017 jul 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf>
8. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1141-49.
9. Sampaio LL, Coelho MT. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2012; 16(42):637-49.
10. Pocahy F [Coord.]. Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea. Políticas, teoria e atuação. Porto Alegre: Nuances; 2007.
11. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 01, de 22 de março de 1999. Estabelece nor-

mas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual [Internet]. [citado 2017 jul 20]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf>.

12. Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. *Interam J Psychol*. 2010; 44(2):235-45.

13. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador

do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. 2009;19(1):43-63.

14. Borges CC, Pereira FR, Leão MF. “Trans” pondo o arco-íris: uma análise acerca do suporte social oferecido aos transgêneros de Patos de Minas e região. *Perquirere*. 2012; 9(1):241-56.

15. Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev Estud Fem*. 2012; 20(2):569-81.

Análise comparativa dos efeitos de diferentes técnicas de alongamento músculo-articular em adultos praticantes de ginástica laboral na Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - RO

Resumo de Tese

Autor: Adriano Robson Nogueira de Lucena

Orientadora: Profa. Dra. Cidia Vasconcellos

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: A Ginástica Laboral (GL) é uma atividade bastante difundida nas empresas com o objetivo de amenizar os problemas ocasionados pela carga de trabalho do funcionário, e desta forma utiliza diversas práticas para esta finalidade, tendo como principais exercícios os alongamentos, pois são de fácil execução e podem se adequar ao tempo e ambiente ao qual será aplicado. **Objetivo:** Comparar os efeitos da aplicação de diferentes técnicas de alongamento com as de flexionamento em um programa regular de ginástica laboral da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal/RO. **Métodos:** Foram selecionados 30 sujeitos e divididos em 3 grupos, sendo 2 de intervenção (G1 e G2) os quais foram compostos por 10 indivíduos no Grupo de Intervenção de Alongamento(GIA) e 10 indivíduos no Grupo de Intervenção de Flexionamento(GIF) e 10 sujeitos no Grupo Controle(GC) e subdivididos em grupos conforme a técnica aplicada. Os participantes do estudo eram assintomáticos e liberados à participação do programa de GL disponibilizado pela instituição. Foi mensurada a amplitude articular na flexão do tronco, flexão do quadril unilateral e extensão horizontal do ombro. Os exercícios foram executados durante 8 semanas, 3 vezes por semana utilizando-se 2 séries com duração de 10 segundos por incursão até o ponto de desconforto antes da dor com descanso de 20 segundos. As variáveis obtidas antes e após o alongamento foram analisadas pelo teste “t” de Student com nível de significância ($p < 0,05$), bem como foi utilizado o teste ANOVA one way para comparação entre os grupos. **Resultados:** No que se refere às técnicas de alongamento, as mesmas não demonstram efeitos significativos na maioria das variáveis quanto ao aumento da ADM, sendo que ao contrário, as técnicas de flexionamento demonstraram efeitos na maioria das variáveis, principalmente e técnica dinâmica, ou seja, com ajuda externa na mobilização repetitiva. No que tange aos métodos de alongamento e flexionamento, evidenciou-se a ocorrência de diferenças significativas entre os mesmos, pois os métodos com ajuda externa demonstraram maior eficácia no aumento da ADM na maioria das variáveis, o que não ocorreu com o método de alongamento sem ajuda externa, assim como não houve diferenças quanto ao grupo controle nos períodos de avaliação da ADM, sugerindo assim, a não ocorrência de resultados ao acaso. **Conclusão:** As técnicas de alongamento sem ajuda externa possam ser utilizadas em um programa de GL quando o objetivo é manter os níveis de ADM (flexibilidade) e as técnicas de flexionamento com ajuda externa, poderão ser utilizadas quando o objetivo é aumentar a ADM. Isso pode ser bastante útil quando existem sujeitos com diferentes níveis de flexibilidade numa mesma sala/turma de GL, podendo assim, serem aplicadas as técnicas conforme a individualidade do participante do programa de GL.

Descritores: Métodos; Técnicas; Alongamento; Flexionamento; Ginástica Laboral

Data de Defesa: 05/03/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Aspectos do comportamento sexual de ingressantes de uma Universidade Federal do interior de Minas Gerais

Resumo de Tese

Autora: Maritza Rodrigues Borges

Orientador: Prof. Dr. Umberto Gazi Lippi

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: A sexualidade entre os jovens é um tema de grande interesse para a saúde pública pelos elevados índices de infecção pelo HIV nessa faixa etária, bem como sobre o papel importante que possa ter a universidade na formação de profissionais na área da saúde. **Objetivo:** Analisar alguns parâmetros do comportamento sexual dos acadêmicos ingressantes em cursos da área da saúde de uma Universidade Federal do interior de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo exploratório, de corte transversal, que incluiu 786 acadêmicos matriculados em cursos da área da saúde. **Resultados:** 623 (79,3%) eram do gênero feminino e a idade média encontrada foi de $19,2 \pm 3,1$ anos. 693 (88,2%) jovens tinham iniciado vida sexual, dos quais 332 (47,9%) mantinham relações sexuais com parceiro fixo e 135 (19,5%) relataram fazer uso regular de preservativo. **Conclusão:** Depreende-se a necessidade de ações de educação em saúde direcionadas à população adolescente no contexto universitário, sobretudo aqueles da área de saúde, com vistas a prevenção e à adoção de hábitos saudáveis, destacando não somente aspectos biológicos, mas também psicossociais e comportamentais.

Descritores: Sexualidade; Estudantes de Ciências da Saúde; Comportamento de risco

Data de Defesa: 12/05/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

A implantação de comissões internas de prevenção de acidentes na administração pública como estratégia de controle do absenteísmo funcional

Resumo de Tese

Autor: Pedro Ivo Biancardi Barboza

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Kiyomi Koike

Nível: Mestrado

RESUMO

Objetivo: Descrever a implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) na política de gestão de pessoal da Administração Pública do Estado de São Paulo e a existência de diagnósticos funcionais periódicos. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal não controlado, com delineamento observacional passivo e aferição histórica, mediante aplicação do questionário para coleta de dados junto a 91 Instituições da Administração Pública, encaminhado via Serviço de Informação ao Cidadão, criado pela Lei de Acesso à Informação. Após, foram delineados cinco critérios de análise, a fim de se estabelecer escore para classificação das Instituições. **Resultados:** Há necessidade da adoção de diagnósticos funcionais que permitam a identificação, priorização e documentação dos riscos no ambiente profissional pela Administração Direta e Indireta; 66,6% das Instituições que adotam o regime celetista possuem CIPAs, ao passo que 18,5% das Instituições que adotam regime estatutário possuem tal comissão; 33,3% das Instituições da Administração direta possuem levantamento sistemático sobre acidentes do trabalho, ao passo que 66,6% das Instituições da Administração Indireta possuem tais levantamentos; 55,5% das Instituições da Administração Direta possuíam levantamentos sistemáticos sobre licença saúde, enquanto 64,8% Instituições da Administração Indireta possuíam tais levantamentos; apenas 4,9% das Instituições possuíam levantamentos sobre o custo do absenteísmo, todas elas pertencentes à Administração Indireta; apenas 2,5% das Instituições obtiveram o escore máximo estabelecido. **Conclusão:** A implantação de CIPA nas Instituições Públicas pode contribuir para o desenvolvimento de instrumentos que permitam aferir a efetiva melhora da saúde do agente público estadual, bem como na preparação de novos estudos cujos resultados possam colaborar no aperfeiçoamento e no desenvolvimento de políticas voltadas à prevenção do absenteísmo por doença e por patologia profissional.

Descritores: Absenteísmo; Meio ambiente e saúde pública; Saúde do trabalhador; CIPA

Data de Defesa: 13/07/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Abordagem padronizada da alopecia difusa feminina

Resumo de Tese

Autora: Samar Mohamad el Harati Kaddourah

Orientador: Prof. Dr. Mario Cezar Pires

Nível: Mestrado

RESUMO

Introdução: A alopecia difusa feminina é queixa muito frequente na prática médica dermatológica. Diversas alterações do ciclo folicular podem levar ao quadro clínico de diminuição dos cabelos. O estudo detalhado da anatomia e fisiologia dos cabelos e couro cabeludo auxilia o diagnóstico correto da causa da alopecia. Quanto mais precoce o diagnóstico, melhor o sucesso terapêutico. **Objetivos:** Aumentar a densidade de fios de cabelos no couro cabeludo, melhorar a aparência e retardar a progressão da redução dos cabelos. O diagnóstico da alopecia é útil para o diagnóstico e tratamento adequados. **Objetivo primário:** Estabelecer metodologia padronizada para avaliação de pacientes do sexo feminino com queixa de queda de cabelos; **Objetivos secundários:** a. Avaliação a prevalência de alopecia androgenética em mulheres com queixa de queda de cabelos. b. Estabelecer associação de comorbidades em mulheres com queixa de queda de cabelos. **Métodos:** Estudamos 100 mulheres com queixa de queda de cabelos através da anamnese, exame físico geral dermatológico. Teste da tração, dermoscopia e tricograma. Os resultados foram organizados em tabelas e analisados estatisticamente com o auxílio dos programas Biocalc e Statcalc. **Resultados:** 91% das pacientes foram diagnosticadas com alopecia androgenética associada ou não a outras alterações dos cabelos. Do restante das mulheres, 5% apresentaram eflúvio telógeno, 2% alopecia tradicional, 1% alopecia tracional com tricoptilose e 1% alopecia traumática. **Conclusões:** A investigação sistemática padronizada em pacientes com queixa de queda de cabelos foi de fácil realização, sendo útil para o diagnóstico e terapêutico. O diagnóstico de alopecia difusa feminina foi predominantemente de AAG, realizado através de exames tricológicos associados à consulta clínica. A comorbidade mais frequente destas mulheres foi HAS. A maior prevalência em relação à faixa etária foi de 50 a 60 anos

Descritores: Folículo piloso; Alopecia; Doença dos cabelos

Data de Defesa: 25/08/2015

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Comprometimento cardíaco no Lúpus Eritematoso Sistêmico juvenil: casuística e relato de caso

Resumo de Monografia

Autores: Ana Paula Cruz de Castro Leão, Renata Yumie Koh

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

O sistema cardiovascular é frequentemente afetado no Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). A prevalência de doença cardíaca em crianças com LES é de aproximadamente 32% a 42%. Relatamos o caso de uma paciente com LES juvenil, que evoluiu para insuficiência valvar mitral grave, sendo indicado substituição da valva, e descrevemos a prevalência da doença cardíaca em pacientes internados com LES na faixa etária pediátrica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, no período de 2010 a 2015. Neste estudo, 54,5% dos 11 pacientes diagnosticados com LES que foram internados apresentaram alterações cardíacas, uma prevalência acima da encontrada na literatura. A insuficiência mitral importante é uma doença grave, com poucos relatos de substituição valvar juvenil na literatura, porém tem sido considerada como a técnica de escolha porque a ressecção do tecido valvar previne definitivamente a recorrência.

Descritores: Lúpus eritematoso sistêmico juvenil; Cardiopatia; Insuficiência mitral; Cirurgia cardíaca

Trabalho realizado: Serviço de Pediatria

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Impacto da dor pélvica crônica na função sexual feminina

Resumo de Monografia

Autores: Andréa Guerreiro Machado, Ana Maria Gomes Pereira, João Alfredo Martins, Reginaldo Guedes Coelho Lopes

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da função sexual feminina antes do tratamento clínico para dor pélvica crônica em mulheres atendidas no ambulatório de Endometriose e Dor Pélvica Crônica do Hospital do Servidor Público Estadual - FMO. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado de junho de 2012 a agosto de 2015. As 110 pacientes selecionadas apresentavam exame físico e ultrassonografia pélvicas normais e foram analisadas quanto às suas características clínicas, aos níveis de dor através da Escala Visual Analógica e responderam ao questionário que avalia o índice da função sexual feminina (FSFI). A análise estatística foi feita através do programa Epi-Info 7 e SPSS-22.0 para comparação dos fatores através de regressão múltipla. **Resultados:** A média de idade foi 37,3 anos, houve predominância da etnia branca (64,8%), do grau de instrução superior completo (72,82%) e do IMC maior que 25 (58,6%). O escore total do FSFI teve um valor médio de 21,05 e escores ≤ 26.5 , que denotam disfunção sexual, corresponderam a 73,6% das pacientes. Os fatores: dispareunia, valor sérico do CA 125, raça branca e IMC maior que 25, demonstraram uma correlação independente e inversa com valores do escore total do FSFI e com alguns domínios do questionário, refletindo sua importante influência no aumento da disfunção sexual da população estudada. **Conclusões:** A maioria das pacientes avaliadas apresentou disfunção sexual e a dispareunia foi o sintoma pélvico doloroso que mais se associou com essa disfunção, tendo apresentado correlação com o escore total do FSFI assim como com os seus domínios: orgasmo, satisfação e dor.

Descritores: Dor pélvica; Dispareunia; Sexualidade

Trabalho realizado: Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Volvo de íleo em adulto: relato de caso e breve revisão de literatura

Resumo de Monografia

Autores: Camylle Reis Figueiredo, Walter Pinto da Silva Filho, Lister Arruda Modesto dos Santos, Vitorino Modesto dos Santos

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

O abdome agudo obstrutivo é uma das principais causas de atendimento em serviços de emergências cirúrgicas. Dentre suas causas, volvo de intestino delgado é uma condição rara, que ocorre com mais frequência em países do Oriente. O propósito desse relato é descrever um caso de volvo de íleo com revisão de literatura sobre essa entidade. O paciente masculino de 67 anos apresentou acentuada distensão abdominal aguda e instabilidade hemodinâmica em virtude de volvo de íleo em torno do eixo da artéria ileocecólica com dilatação e isquemia de alças do intestino delgado. Realizada com sucesso enterectomia segmentar além de ileostomia terminal. De acordo com revisão de literatura, esse é um raro caso de abdome agudo obstrutivo e há necessidade de estudos incluindo maior número de pacientes. Relatos de caso podem aumentar o índice de suspeita sobre condições raras.

Descritores: Comprometimento vascular mesentérico; Oclusão intestinal; Volvo de intestino delgado

Trabalho realizado: Serviço de Cirurgia Geral

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil

Tratamento endovascular de oclusão de veia braquiocefálica esquerda e fístula arterio-venosa em paciente dialítico pela técnica do varal

Resumo de Monografia

Autor: Diego Luiz Pontes Espíndola

Nível: Conclusão de Residência Médica

RESUMO

Mulher, 66 anos, evoluindo com aumento progressivo do diâmetro do membro superior esquerdo há 04 meses, sendo o mesmo membro que realiza diálise desde 2011. Sendo diagnosticada por fistulografia com oclusão de veia braquiocefálica esquerda, de origem benigna, após múltiplos acessos por cateteres de hemodiálise, tratada por técnica endovascular e portadora de fístula braquiobasílicaipsilateral. Apresenta insuficiência renal crônica por hipertensão arterial sistêmica, sendo submetida à hemodiálise desde 2002. Fistulografia pré-operatória evidenciava oclusão de veia braquiocefálica à esquerda, próximo a junção com o tronco venoso contralateral. Após dificuldade técnica para transposição do local de oclusão, realizou-se angioplastia venosa e implante de stentauto-expansível com auxílio da técnica do “varal”, associado no mesmo procedimento a angioplastia com balão de baixa complacência de estenose no corpo da fístula braquiobasílica. O resultado foi satisfatório, com alívio sintomático imediato por involução do edema e melhora do frêmito da fístula arteriovenosa. A paciente permanece em seguimento, com recidiva dos sintomas, 7 meses após a angioplastia, sendo programado novo procedimento. O tratamento endovascular possui atualmente seu papel bem definido em tentativas de resgate de estenoses e/ou oclusões venosas centrais em pacientes dialíticos, constituindo a técnica por varal uma excelente alternativa as dificuldades de entrega dos dispositivos.

Descritores: Oclusão de veia braquiocefálica; Angioplastia venosa; Técnica do varal

Trabalho realizado: Serviço de Cirurgia Vascular

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo, SP, Brasil