REVISTA DE MEDICINA MILITAR

PUBLICAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA DA DIRETORIA DE SAÚDE DO EXÉRCITO

ANO LI JUL 2001 Nº 29

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

SUMÁRIO

EDITORIAL – Gen Div Med SEVERINO ***RAMOS*** DE OLIVEIRA - Diretor de Saúde do Exército 1247

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM MILITARES NA GUARNIÇÃO DE CAMPO GRANDE – Mayer Ostrowsky – Ten Cel Med (Chefe da Divisão Médica do HGeCG), João Ricardo Poletti – Maj Med (Chefe da Clínica Cardiológica do HGeCG). 1249

HIPERHIDROSE PRIMÁRIA TERAPÊUTICA COM SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA – Marcelo B. Mandelli – Asp Of Med - Angiologista e Cirurgião Vascular do HGuFL. 1261

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS EM RENAIS CRÔNICOS – Selma Cardoso Saes – 1ª Ten QCO Enf - Chefe de Enfermagem da Unidade de Internação/3º Andar – Ala A – HCE - (Trabalho realizado na Unidade de Hemodiálise da Real e Benemérida Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio de Janeiro). 1265

TRATAMENTO CLÍNICO DA FIMOSE COM ESTERÓIDE TÓPICO EM MENINOS – Henrique SylvioVillardo Neto – Ten Cel Med (Chefe do Serviço de Pediatria do Hospital Escolar da AMAN), Daniel Brito Pereira – Cap Med (Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital Escolar da AMAN) – (Instituição onde foi realizado o trabalho - Hospital Escolar da AMAN). 1269

SISTEMA ABO-Rh COMO ESTRATÉGIA DE DECISÃO PARA COMANDANTES, CHEFES E DIRETORES DE OM – Antonio Rafael Santos – Ten Cel Farm (Ch Laboratório de Análises Clínicas do HGeB), Adalberto de Jesus Dorea – Cap Farm (Adjunto da Seção de Hematologia do HGeB). 1271

PANORAMA DE SAÚDE BUCAL DOS CONSCRITOS DA GUARNIÇÃO DE PORTO ALEGRE DO ANO 2000 – Cristiano Macabú Badauy – 1º Ten Dent - Odontopediatra (UFES) da PMPA. 1276

USO DO HIDRÓXIDO DE CÁLCIO NO REPARO DE LESÕES ENDODÔNTICAS RELATO DE UM CASO CLÍNICO – Patrícia Tonetto Picarelli – 1º Ten Den (HGuSA), Lisiane Valandro – 2º Ten Dent (HGuSA), Orientador – Rosalvo Barbosa da Silva –Cap Endodontista (HGuSA) 1280

O VALOR DOS RECURSOS HUMANOS, NA NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA – Luiz Sávio Salgado Brandão – Maj Med da D Sau - Pós-Graduado em Política e Estratégia pela Universidade de Brasília (UnB); em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas; e em Políticas Públicas pela Universidade de Brasília (UnB) 1282

MEMÓRIA HISTÓRICA – Dr. Marcelo Echart de Abreu – Maj Med / D Sau - Master of Science, Information Systems - University of Maryland, Baltimore County / USA 1284

SOCIAIS – O QUE ACONTECE NA DIRETORIA DE SAÚDE – Dr. Emilio José Almeida da Silva – Cel Med QEMA - Subdiretor de Saúde 1287

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A REVISTA DE MEDICINA MILITAR (RMM) é a única publicação semestral, de responsabilidade da Diretoria de Saúde do Exército, destinada à divulgação de trabalhos científicos relacionados às áreas de saúde, da veterinária e do Serviço de Saúde em Campanha, bem como de artigos sobre a História de Medicina Militar e cultura geral médico-militar lato sensu e de noticiário relativo ao Serviço de Saúde do Exército.

Os trabalhos podem ser elaborados por médicos, farmacêuticos, dentistas, veterinários e outros oficiais do Serviço de Saúde do Exército, assim como, eventualmente, por profissionais civis de saúde.

Os **requisitos** e **normas** abaixo especificados devem ser observados, a fim de que os trabalhos sejam aceitos para publicação pelas Comissões Científica e Editorial da RMM:

1. os artigos devem ser inéditos, ou seja, não terem sido publicados ou remetidos para publicação em outra revista, bem como ser redigidos de maneira clara e precisa, datilografados em espaço duplo com as páginas numeradas e rubricadas, podendo ser enviados em disquete;

2. os gráficos, tabelas, figuras e fotografias devem ser enviados em folhas separadas e rubricadas, com legendas e respectiva numeração (arábica) datilografadas no rodapé das mesmas. No caso específico de fotografias, as legendas devem ser transcritas a lápis no verso; as mesmas servirão, também, para identificar a posição correta ("para cima" e "para baixo");

3. as grandezas, símbolos e unidades devem obedecer às normas internacionais correspondentes;

4. os termos técnicos-científicos devem obedecer às normas de nomenclatura vigentes, por exemplo: Nômina Anatômica;

5. as siglas devem ser identificadas por ocasião da primeira citação, utilizando-se a seguinte forma: termos por extenso seguido da sigla entre parênteses, por exemplo: Hospital Geral de Salvador (HGeS);

6. os artigos devem, de uma maneira geral, obedecer à seguinte estrutura:

a. ter, além do título em português, a versão em inglês;

b. ter o nome completo dos autores, bem como os títulos/credenciais, cargo principal que ocupam e local de realização do trabalho;

c. conter sumário e unitermos/palavras chaves e a respectiva versão para o inglês (Summary e Uniterms/Key words);

d. conter no seu corpo, obrigatoriamente, em se tratando do tipo de pesquisa, as seguintes partes: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões; e

e. incluir, no final, as referências bibliográficas exclusivamente referidas no texto, por ordem de citação, utilizando-se os seguintes padrões:

1) artigos publicados em periódicos: a) sobrenome e inicial do primeiro nome dos autores, separados por vírgula, em caixa alta; b) título completo do artigo no idioma original, seguido de ponto; c) abreviatura oficial do periódico (Index medicus), seguido de vírgula; d) volume em arábico, complementado pelo número do fascículo (entre parênteses), seguido de dois pontos; e) página inicial e final separadas por um hífen, seguido de vírgula; e f) ano de publicação, seguido de ponto.

Exemplo:

BARANGER, B. Dysplasies artérielles. Médecine et Armées, 20 (5): 405-409, 1992.

2) livros: a) sobrenome e inicial do primeiro nome dos autores, separados por vírgula, em caixa alta; b) título completo e número da edição; c) nome do editor, sede (cidade) e ano de publicação; e d) páginas citadas.

Exemplos:

AZULAY, R. e col. – Dermatologia – 1ª Ed. Guanabara Koogam – Rio de Janeiro, 1995 – p. 15.

MARSDEN, P. – Leishamaniasis (cutaneous and mucocutaneous). In: MADDIN, S. e col. – Current Dermatologic Therapy – 1ª Ed. W. B. Sauders Company – Philadelphia, 1982 – pp. 268-272.

7. as informações contidas nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores;

8. as Comissões Científica e Editorial se reservam o direito de:

a. efetuarem eventuais correções, quando necessário, desde que não importem em mudança do texto original;

b. devolverem o artigo para o respectivo autor, com sugestões de adaptações ou supressões, visando à aceitação para publicação; e

9. os originais do artigo, acompanhados de uma cópia **em disquete**, devem ser enviados à: **Diretoria de Saúde**

QGEx – Bloco "D" – Térreo – SMU

70.630-901 – BRASÍLIA-DF

REVISTA DE MEDICINA MILITAR

(MEDICINA MILITAR 1ª Edição em 29 de abril de 1910)
REVISTA TÉCNICO-CIENTÍFICA EDITADA PELA DIRETORIA DE SAÚDE DO EXÉRCITO
(Reedição aprovada pelo EME - Bol Int Nr 1966/DGS, de 30 de novembro de 1988)

Ano LI - Jul/ 2001 - Nº 29

EDITOR DIRETOR RESPONSÁVEL

General-de-Divisão Médico
Dr. SEVERINO **RAMOS** DE OLIVEIRA

COMISSÃO CIENTÍFICA

General-de-Divisão Médico
Dr. GILSON LOPES **CAVALCANTI**
General-de-Brigada Médico
Dr. ANTONIO **ARAÚJO** DOS SANTOS

COMISSÃO EDITORIAL

Cel Med QEMA
Dr. **EMILIO** JOSÉ ALMEIDA DA SILVA

COLABORAÇÃO

Acad Com UNB LEANDRA PEREIRA DA SILVA

EDITORIAL

"O comprimido ajuda, a injeção melhora, entretanto, nunca te esqueças de que os verdadeiros males procedem do coração"
(Emmanuel – Chico Xavier)

Ao se aproximar a minha transferência para a reserva remunerada, cumpre-me o dever de, por intermédio deste veículo de comunicação, dirigir-me a todos os companheiros da Força Terrestre, em particular aos integrantes do Serviço de Saúde do Exército, para despedir-me e registrar a minha satisfação de ter sido o Diretor de Saúde, durante os últimos 4 (quatro) anos regulamentares.

Toda despedida passa por um ato de reflexão, quando nos é dado a capacidade de podermos recordar, em nossas mentes, tudo o que fizemos ou que deixamos de fazer, as conquistas e derrotas que tivemos, os amigos que conquistamos e os que gostaríamos de conquistar, os momentos de felicidade assim com os menos felizes, enfim, tudo o que vivenciamos nesta longa jornada perlustrada, no meu caso, na vida castrense, que neste momento parece-me tão efêmera.

Desde os primeiros momentos de minha carreira militar busquei, pela disciplina consciente, pelo entendimento da hierarquia militar e pelo espírito de corpo e camaradagem, conduzir-me dentro dos preceitos mais nobres que norteiam a vida daqueles que sentem a farda como sua própria pele.

De Soldado à General, pude sentir todas as emoções de cada graduação e posto conquistado. De Praça de Infantaria a Oficial de Saúde, consegui realizar os sonhos de guerreiro e médico. Fui e sou feliz. A Instituição "Exército Brasileiro" me proporcionou oportunidades únicas de compreensão do meu País, de poder transferir minhas experiências em Ginecologia e Obstetrícia por onde passei, de auto-afirmação em todos os sentidos e de dedicar-me, profundamente, no cerne da Administração Hospitalar, possibilitando-me galgar o último posto da carreira de um militar de Saúde.

Hoje, gozando de plena saúde física, mental e espiritual, estou convicto de que a escolha de meu destino foi correta. Faria tudo novamente. Não carrego em minha consciência o peso da omissão, a iniqüidade que caracteriza os tiranos, a hostilidade dos que perderam a razão e a maldade dos que não se sentiram ungidos pelo amor do Pai Celestial.

Sou 100% nordestino, nascido em Itapororoca, município do Estado da Paraíba, com o direito de carregar comigo a marca registrada afirmada pelo poeta: "O nordestino é, antes de tudo, um forte."

Nesta oportunidade agradeço à Deus ter me permitido venturas mil, à minha família pelo apoio e resignação para suportar minhas ausências em prol da Medicina e da Força Terrestre, aos meus Chefes que acreditaram na força e na qualidade de meu trabalho e aos meus subordinados que entenderam os meu propósitos e souberam engrandecer e dignificar o Serviço de Saúde do Exército.

Saúde!

Gen Div Med SEVERINO **RAMOS** DE OLIVEIRA - Diretor de Saúde do Exército

PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES EM MILITARES NA GUARNIÇÃO DE CAMPO GRANDE

PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR RISKS FACTORS IN MILITARY PERSONAL OF CAMPO GRANDE AREA

Meyer Ostrowsky – Tenente-Coronel Médico
Chefe da Divisão Médica do HGeCG
João Ricardo Poletti – Major Médico
Chefe da Clínica Cardiológica do HGeCG

SUMÁRIO

O presente estudo foi realizado com a finalidade de estabelecer a prevalência dos fatores de risco relacionados com as doenças cardiocirculatórias, no que tange ao pessoal militar, acima dos 40 anos de idade.

Este limite foi escolhido baseado na elevada prevalência dessas condições mórbidas, na faixa etária estudada, tais como: eventos coronarianos isquêmicos, arritmias, emergências hipertensivas e outras.

Adicionalmente, procuramos comparar os dados estatísticos obtidos com os observados na população geral e sugerir medidas individuais para a prevenção, de acordo com os fatores de risco identificados em cada caso particular.

O principal propósito foi alertar as pessoas suscetíveis quanto a necessidade de se evitar situações associados com o desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

Palavras chaves: doenças cardiocirculatórias; eventos coronarianos isquêmicos; arritmias; e emergências hipertensivas.

SUMMARY

Our study was developed in order to establish the prevalence of potential risk factors about cardiocirculatory diseases, concerned to military personal, above forty years old.

This limit was choice due to high prevalence of that condition, like coronary events, arrhythmia, hypertensive emergencies and others.

Furthermore, we intended to compare statistic data observed at population in general and offer individual recommendations about preventive measures in correspondence of the identified potential risk factors in each particular case.

The main proposal was warn people to avoid situations that may be associated with cardiovascular diseases.

Key words: cardiocirculatory diseases; like coronary events, arrhythmia; and hypertensive emergencies.

CAPÍTULO I
JUSTIFICATIVA

Os fatores de risco cardiovasculares constituem-se em um dos mais importantes conjuntos de afecções que atingem a população nas regiões industrializadas do mundo. Nos EUA, a cada ano, aproximadamente 5 milhões de pessoas são hospitalizadas e quase 1 milhão morre vítima de doenças cardio-vasculares (BRAUNWALD, 1996). É importante destacar, ainda, o sofrimento e a incapacitação temporária ou permanente de parte dos indivíduos atingidos.

No entanto, trata-se de doenças que podem ser controladas ou prevenidas, contribuindo, para isso, a disponibilidade de informações acerca da compreensão sobre a estrutura e função do sistema cardiovascular e da capacidade de avaliar esses parâmetros em situações clínicas, bem como a clara relação que possuem com determinados fatores predisponentes. Entre tais fatores, destacam-se aqueles relacionados com a elevação da pressão arterial, o diabetes melito não controlado, os níveis de colesterol e o grau de atividades físicas. Nenhum desses fatores isolados pode ser cita-

do como único responsável no desenvolvimento dessas afecções. A capacidade de identificar coletivamente e manejar esses fatores de risco é que tornará possível a prevenção primária das doenças cardiovasculares e, conseqüentemente, manter o declínio das taxas de mortalidade no próximo século.

CAPÍTULO II
ASPECTOS BÁSICOS

2.1 O sistema cardiovascular

O sistema cardiovascular é o responsável pela nutrição dos músculos, órgãos e demais tecidos, assim como pela remoção de toxinas do interior das células do organismo humano. Essa atividade é assegurada pela circulação do sangue, para a manutenção do alto rendimento energético necessário às funções biológicas. No seu aspecto biomecânico é um *circuito vascular contínuo, formado por uma bomba, por um circuito de distribuição de alta pressão, por canais de permuta e por um circuito de coleta e de retorno de baixa pressão* (MCARDLE; KATCH & KATCH, 1985, p.183).

O sistema cardiovascular é composto de coração, artérias, capilares e veias. O coração é o principal responsável pelo fluxo sangüíneo e fica localizado na porção centromediana da cavidade torácica, com mais ou menos 2/3 de sua totalidade situada à esquerda da linha média do corpo. Tem, aproximadamente, 500 gramas de peso cerca de 40 milhões de batimentos por ano (MCARDLE; KATCH & KATCH, op. cit.).

A contração do músculo cardíaco funciona, na realidade, de forma dupla, ou seja, uma bomba direita, que recebe o sangue que retorna do corpo, e uma bomba esquerda, que envia o sangue oxigenado para o organismo. O septo separa essas duas bombas. As valvas auriculoventriculares permitem a passagem do sangue somente do aurículo direito para o ventrículo direito (tricúspide) e do aurículo esquerdo para o ventrículo esquerdo (mitral ou bicúspide). As valvas semilunares impedem o retorno do sangue para dentro do coração durante as contrações.

As artérias conduzem o sangue carregado de oxigênio para o corpo. Entretanto, suas paredes são espessas o suficiente para evitar que trocas gasosas sejam executadas em seu meio. A distribuição do sangue oxigenado para os tecidos é possível a partir das arteríolas, estas formadas por músculo liso, relaxam e contraem regulando o fluxo sangüíneo (MCARDLE; KATCH & KATCH, 1985).

Segundo BRAUNWALD (1996),

"Isso cria uma pressão dentro de todo o sistema arterial e acarreta uma onda de pressão que se desloca da aorta para os ramos mais afastados da árvore arterial. Essa distensão e subseqüente afastamento da parede arterial durante um ciclo cardíaco podem ser percebidos prontamente sob a forma de "pulso", característico em qualquer artéria superficial do organismo. Nos indivíduos sadios, a freqüência do pulso e a freqüência cardíaca são idênticas." (p.186)

A pressão arterial de um indivíduo sadio em condições normais (situação de repouso) é de, aproximadamente, 120 mmHg durante a sístole ventricular esquerda e de 70 mmHg ou 80 mmHg durante a diástole, ou período de relaxamento do coração.

Os capilares, minúsculas ramificações das arteríolas, são constituídos de uma única camada de células endoteliais. São os capilares que levam o sangue já desoxigenado até as veias, que irão executar o retorno venoso. A diferença de pressão é a principal responsável por este retorno.

2.2 Doenças cardíacas: conceito e principais sintomas

Doenças cardíacas ou cardiopatias são afecções do coração, quaisquer que sejam suas causas ou manifestações.

Segundo BENOWITZ (apud ANDRADE FILHO & SANTOS JÚNIOR, 1995), cerca de 50% das mortes de pessoas adultas são resultado desse tipo de afecção. Além dos fatores de risco comuns, como hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, dislipidemias e fatores genéticos, existem outros menos conhecidos, como o estresse, a exposição

ocupacional a substâncias tóxicas como: chumbo, mercúrio e solventes.

Por ser uma doença comum e, ao mesmo tempo, pelo fato de não existirem características clínicas e/ou anatomopatológicas que diferenciem as doenças cardiovasculares de origem profissional das de origem não profissional, são comuns as perdas econômicas causadas por essa afecção. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), citada em SBC (1999), ocorrem 300 mil mortes por cardiopatias a cada ano no Brasil. Por dia são 820 óbitos, 34 a cada hora e um evento fatal a cada dois minutos.

Ainda, conforme a SBC (op. cit.), em 1985, a mortalidade precoce (entre 15 anos e 59 anos) induziu a uma perda de 815 mil anos produtivos de vida, o que leva a uma perda média de 12,5 anos para homens e 13,4 para mulheres. Se projetado ao ano, este número sobe para 1,3 milhão de anos de ida perdidos.

A avaliação de pacientes com suspeita de cardiopatia deve ser minuciosa, lembrando-se que a anamnese é a fonte mais rica de informações que dizem respeito à doença do paciente, e um exame que comprometa a veracidade das informações também reduzirá o nível dos cuidados dispensados ao mesmo.

Entre os sintomas que levam o médico à suspeita de cardiopatia, incluem-se dispnéia, dor ou desconforto torácicos, síncope, colapso, palpitação, edema, tosse, hemoptise e fadiga excessiva. A cianose também pode ser considerada um sintoma de doença cardiovascular, porém trata-se muito mais de um sinal da doença.

A dispnéia nada mais é que um desconforto respiratório e um dos principais sintomas da cardiopatia. Não se deve esquecer, entretanto, que a dispnéia pode ser conseqüência de um esforço físico exagerado, mesmo no indivíduo são, ou até com o exercício moderado, em indivíduos normais não acostumados à atividade física. Assim, esse sintoma se torna perigoso quando é sentido em repouso ou com intensidades de esforço físico que comumente não suscitam tal sintoma (BRAUNWALD, op. cit.). Esse sintoma sugere embolismo pulmonar, pneumotórax, edema pulmonar agudo, pneumonia ou obstrução das vias aéreas. Indivíduos com insuficiência cardíaca apresentam dispnéia acompanhada de edema, dor na parte superior do abdômen e noctúria.

Dispnéia acompanhada de dor torácica ocorre quando acontece infarto agudo do miocárdio. Esse tipo de dispnéia em geral se relaciona à sensação de pressão sobre o tórax, podendo ser desencadeada pela sobrecarga física ou emocional, e melhorar com o repouso, tendo duração entre dois a dez minutos. Porém, deve-se ressaltar que, apesar de a dor ou desconforto torácico serem as principais manifestações de enfermidades cardíacas, é muito importante que se reconheça que esses podem se originar não apenas no coração. Entre as outras sedes responsáveis pelo surgimento de dor ou desconforto toráxico, podemos citar:

a) estruturas intratorácicas extracardíacas, como a aorta, artéria pulmonar, árvore traqueobrônquica, pleura, mediastino, esôfago e diafragma;

b) estruturas cervicais ou da parede torácica, incluindo a pele, musculatura torácica, medula cervicodorsal, articulações costocondriais, mamas, nervos sensoriais ou a própria medula espinhal; e

c) órgãos subdiafragmáticos como o estômago, duodeno, pâncreas e vesícula biliar. Dor funcional também pode originar-se no tórax.

No Quadro 1 podem ser observadas algumas das principais diferenças que existem entre a dor torácica de origem cardíaca e a não cardíaca.

Outro sinal de cardiopatia é a síncope, ou seja, perda momentânea da consciência, acompanhada de suspensão real ou aparente da circulação e da respiração. Deve-se, também, avaliar corretamente o paciente, pois vários acessos diários de perda de consciência sugerem, conforme BRAUNWALD (1996):

a) síndrome de Stokes-Adams, ou seja, assistolia ou fibrilação ventricular transitória na presença de bloqueio atrioventricular;

b) outros tipos de arritmias; e

c) quadro convulsivo, ou seja, epilepsia leve.

Quadro 1

CARACTERÍSTICAS DA DOR CARDÍACA E NÃO CARDÍACA

DE ORIGEM ISQUÊMICA	DE ORIGEM NÃO ISQUÊMICA
1 – Caráter da dor	
❖ constrição ❖ compressão ❖ queimação ❖ "peso", "sensação de peso"	❖ dor surda ❖ "facada", aguda, punhada ❖ "pontadas" agravadas pela respiração
2 – Localização da dor	
❖ subesternal ❖ sobre o meio do tórax, anteriormente ❖ em ambos os braços, ombros ❖ no pescoço, face, dentes ❖ nos antebraços, dedos ❖ na região interescapular	❖ na área inframamária esquerda ❖ no hemitórax esquerdo
3 – Fatores desencadeantes	
❖ exercício ❖ excitação ❖ outras formas de estresse ❖ tempo frio ❖ após as refeições	❖ Dor após o término do exercício provocada por um movimento corpóreo específico

Fonte: BRAUNWALD, E. Tratado de medicina cardiovascular. *4. ed. v.1. São Paulo : Roca, 1996. p. 7.*

Síncopes que induzem à existência de doença cardíaca em geral têm início abrupto e quase nunca estão associadas à convulsão, incontinência urinária e estado funcional pós-ictal. No Quadro 2 podem ser observadas as principais características das síncopes.

A palpitação, outro sintoma comum da cardiopatia, é uma sensação desconfortável do batimento cardíaco. Deve-se ressaltar, entretanto, que em determinados indivíduos, mesmo após exames minuciosos, não se consegue chegar a uma causa da palpitação. Muitos desses casos podem ser explicados pela ansiedade.

Conforme a localização do edema, pode-se elucidar o tipo de afecção cardíaca que acomete o indivíduo. Se o edema é mais comum no período da tarde e com inchaço de membros inferiores, caracteriza-se insuficiência cardíaca ou insuficiência venosa periférica crônica bilateral. Uma característica comum nestes casos é não conseguir calçar os sapatos.

Quadro 2

DADOS DE ANAMNESE NA ELUCIDAÇÃO DA ETIOLOGIA DA SÍNCOPE

ANTECEDENTES	
* Drogas:	Hipotensão ortostática (anti-hipertensivos), hipoglicemia (insulina)
* Dor intensa, estresse emocional:	Síncope vasovagal, hiperventilação
* Movimentos de cabeça e pescoço:	Hipersensibilidade do seio carotídeo
* Exercício:	Qualquer forma de obstrução de débito ventricular esquerdo, arterite de Takayasu
* Exercício da extremidade superior:	"roubo da subclávia"
TIPO DE INÍCIO	
* Abrupto:	Neurológico (convulsão); arritmia (taquicardia ou fibrilação ventricular, Stokes-Adams)
* Rápido com premonição:	Vasovagal, neurológico (aura)
* Gradual:	Hiperventilação, hipoglicemia
Posição no início	
* Ao levantar:	Hipotensão ortostática
* Muito tempo em pé:	Vasovagal
* Qualquer posição:	Arritmias, neurológica, hipoglicemia, hiperventilação
RECEPÇÃO SENSORIAL APÓS A SÍNCOPE	
* Lenta:	Neurológica
* Rápida:	Todas as outras
EVENTOS ASSOCIADOS	
* Incontinência, mordedura de língua, lesões:	Neurológica

Fonte: BRAUNWALD, E. Tratado de medicina cardiovascular. *4. ed. v.1. São Paulo : Roca, 1996. p. 10.*

O sintoma mais comum que caracteriza um distúrbio cardiorespiratório é a tosse. Conforme BRAUNWALD (op. cit., p.11), "*a tosse pode ser definida como a expiração explosiva que permite com que clareie a árvore traqueobrônquica de secreções ou corpos estranhos.*" Também pode ser definida como expiração repentina e ruidosa do ar contido nos pulmões, provocada pela irritação das vias respiratórias, podendo manifestar-se isoladamente ou por acessos. Os distúrbios que mais comumente se relacionam com a tosse são hipertensão venosa pulmonar, edema pulmonar alvéolo-intersticial, infarto pulmonar e compressão da árvore traqueobrônquica (aneurisma aórtico). Se acompanhada de rouquidão, a tosse pode significar compressão do nervo laríngeo por átrio esquerdo muito aumentado ou dilatação da artéria pulmonar.

A hemoptise é qualquer hemorragia do aparelho respiratório que se descarrega pela glote, geralmente acompanhada de tosse. Esse sintoma, segundo BRAUNWALD (1996), pode ser indicativo de:

"1 – passagem de glóbulos vermelhos para a luz dos alvéolos de vasos congestos dos pulmões (edema pulmonar agudo);

2 – ruptura de vasos endobrônquicos dilatados que formam canais colaterais entre os sistemas venosos pulmonar e brônquico (estenose mitral);

3 – necrose e hemorragia para a luz alveolar (infarto pulmonar);

4 – ulceração da mucosa brônquica ou escarifação de lesão caseosa (tuberculose), ou pequenas lesões mucosas produzidas na árvore traqueobrônquica por tosse excessiva de qualquer natureza com hemotipse leve;

5 – invasão vascular (carcinoma pulmonar); ou

6 – necrose da mucosa com ruptura das conexões venosas broncopul-monares (bronquiectasias). (p. 12)"

Além dos sintomas descritos, as cardiopatias podem desenvolver outras inúmeras sintomatologias nos vários sistemas orgânicos. Entre eles, pode-se citar a fadiga, que é um dos sintomas mais comuns observados na prática clínica. A ocorrência de fadiga é comum em indivíduos com comprometimento da circulação sistêmica como conseqüência de débito cardíaco abaixo do normal, acompanhado, na maioria das vezes, de fraqueza muscular. Deve-se ressaltar que a fadiga pode constituir-se em reação adversa a determinados medicamentos que o paciente possa estar fazendo uso. Conforme BRAUNWALD (op. cit.), a fadiga extrema algumas vezes precede ou acompanha o infarto agudo do miocárdio.

2.2.1 A associação de doenças cardíacas com outras condições

As doenças cardíacas podem ser agravadas se estiverem associadas a outros fatores de risco como obesidade, diabetes e o consumo de álcool. Tais afecções, por exemplo, são mais comuns em pessoas obesas e, se a gordura se localiza na parte superior ou central do corpo, o risco se torna ainda maior. Também as apnéias do sono e do ronco estão associadas à hipertensão.

A atividade física também é valiosa para se evitar doenças cardíacas, pois contribuem para o rebaixamento da pressão arterial por meio de exercícios isotônicos regulares. Agindo de modo contrário, o álcool pode elevar a pressão sangüínea. Além de refletir um aumento no débito cardíaco e na freqüência cardíaca, o álcool reduz o influxo de sódio para os leucócitos.

O fumo, além de elevar a pressão sangüínea, induz o depósito de nicotina nos vasos linfáticos. O risco aumentado dos fumantes provavelmente envolve uma queda aguda no fluxo sangüíneo cerebral.

A hipertensão está presente em cerca de 2/3 dos pacientes com diabetes, e a coexistência de diabetes e hipertensão quase redobra a já alta taxa de mortalidade cardiovascular observada nos hipertensivos não diabéticos.

2.3 A hipertensão

A hipertensão é caracterizada pela elevação dos níveis tensionais, que pode atingir 250 mmHg ou 300 mmHg para pressão sistólica. Esta afecção, conforme MCARDLE (1985, p.189), "*impõe um esforço excessivo ao funcionamento normal do sistema cardíaco.*" Assim, se um indivíduo atinge níveis de pressão sangüínea sistólica acima de 140 mmHg e níveis diastólicos acima de 90, pode-se considerá-lo como hipertenso (BRAUNWALD, 1996).

A Tabela 1: apresenta as recomendações do "Sixth Joint National Committee", quanto à classificação da hipertensão.

Ainda conforme BRAUNWALD (op. cit.),

"Em alguns paciente, níveis acentuadamente elevados indicam claramente doença grave necessitando de um tratamento imediato. Contudo, na maioria dos casos, as leituras iniciais não são bastante elevadas para indicar um perigo imediato e o diagnóstico da hipertensão deve ser substanciado por leituras repetidas. A razão para tal cuidado é óbvia: o diagnóstico de hipertensão impõe encargos psicológicos e sócio-econômicos sobre o indivíduo e geralmente implica na necessidade de um compromisso terapêutico durante toda a vida. (p. 874)."

Tabela 1

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM ADULTOS COM 18 ANOS OU MAIS

LIMITES (MMHG)	CATEGORIA
PRESSÃO DIASTÓLICA	
< 85	Pressão arterial normal
85 a 89	Pressão arterial normal limítrofe
90 a 99	Hipertensão leve (estágio 1)
100 a 109	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	Hipertensão grave (estágio 3)
PRESSÃO SISTÓLICA (QUANDO A DIASTÓLICA FOR > 90 MMHG)	
< 130	Pressão arterial normal
130 a 139	Pressão arterial normal limítrofe
140 a 159	Hipertensão leve (estágio 1)
160 a 179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)

Fonte: Sixth Joint National Commitee, *1988. In: BRAUNWALD, E.* Tratado de medicina cardiovascular. *4. ed. v.1. São Paulo: Roca, 1996. p. 875.*

A pressão sistólica elevada representa um risco maior para quem a detém, pois pode estar relacionada com a ocorrência de acidente vascular encefálico e infarto do miocárdio. No entanto, mesmo que o indivíduo apresente hipertensão, não é estritamente necessário que seu tratamento seja feito por intermédio de drogas. Existem algumas terapias não medicamentosas como a redução de peso, a restrição dietética de sódio, suplementação de potássio, magnésio e cálcio, a moderação do álcool, prática de exercícios isotônicos e técnicas de relaxamento, apresentando bons resultados.

Outro fator que pode predispor o indivíduo à doença cardíaca é o fator genético. Muito embora ainda existam muitas discussões acerca dessa relação, ela pode apresentar implicações práticas importantes. Ressalta-se, porém, que já está claro que a hereditariedade desempenha papel importante na determinação da predisposição à afecção cardíaca. Os pesquisadores tem envidado esforços para a identificação de marcadores genéticos discriminatórios. Assim, parentes de hipertensos devem ser avaliados com cuidado, além de serem prevenidos quanto aos fatores ambientais que agravam a hipertensão e aumentam os riscos cardiovasculares.

CAPÍTULO III
INVESTIGAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

3.1 Variáveis

a) Independentes
Idade, sexo e atividade física.
b) Dependentes
Níveis de diabetes, de hipertensão e de colesterol.

3.2 Objetivos

a) Gerais

Detectar, precocemente, fatores de risco para doenças cardiovasculares, em militares do Exército Brasileiro que servem na Guarnição de Campo Grande, MS.

b) Específicos

Verificar a fisiologia do sistema cardiovascular.
Conceituar doenças cardíacas.
Analisar os fatores predisponentes ao desenvolvimento de afecções cardiovasculares.
Enfatizar os meios de prevenção destas afecções.

CAPÍTULO IV
METODOLOGIA

Foi investigada a prevalência dos fatores de risco em 153 pacientes do sexo masculino, com idade acima de 40 anos, que servem à Guarnição de Campo Grande, MS.

Os exames foram realizados no período de 18 a 23 de outubro de 1998, no Hospital Geral de Campo Grande, constituindo-se de análises laboratoriais de glicemia e colesterol, de medidas de pressão arterial e de entrevistas para identificação de estilos de vida.

As amostras foram obtidas com o paciente em jejum de 12 a 16 horas. Após a punção venosa, distribuiu-se sangue total para os aparelhos PRECISION e ACUTREND.

A glicose da amostra de sangue foi obtida por método eletroquímico em tiras-teste Medisense-Abbott Glicose. A glicose da amostra de sangue reage com a enzima glicose oxidase (GOD). Essa reação química libera elétrons, os quais são transferidos da enzima para os eletrodos pelo mediador ferricinium, a forma oxidada do ferroceno. Esses elétrons produzem uma pequena corrente elétrica, que, detectada pelos eletrodos da tira-teste, é proporcional à concentração de glicose na amostra.

O colesterol da amostra de sangue foi obtido pelo método eletroquímico em tiras-teste, com o mesmo princípio já descrito no método de dosagem da glicose, porém a enzima utilizada é a colesterol oxidase(COD)

Os resultados obtidos foram analisados com base nas informações bibliográficas disponíveis, como documentos, livros e periódicos, e na experiência pessoal relacionada com a prevenção primária de doenças cardiovasculares. Assim, trata-se de estudo descritivo, já que não se propõe a interferir nas variáveis.

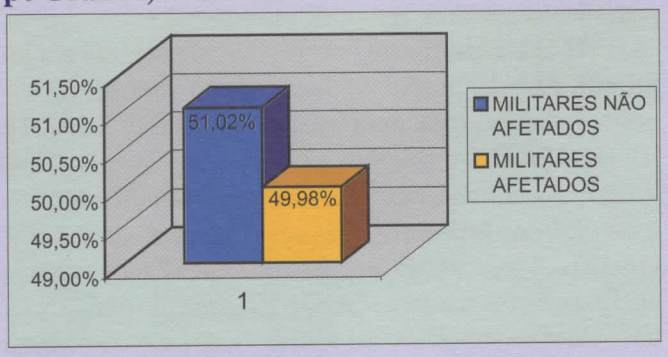
CAPÍTULO V
ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Fatores de risco analisados na Guarnição de Campo Grande, MS

A Guarnição de Campo Grande, MS, do Exército Brasileiro é sede de Unidades Administrativas e Operacionais, com efetivos militares integrados por indivíduos de faixa etária entre 18 e 53 anos. A presente investigação incluiu as seguintes organizações militares: 18º Batalhão Logístico; 9ª Região Militar; 20º Regimento de Cavalaria Blindada; 9ª ICFEX; Colégio Militar de Campo Grande; PqRMnt/9; Companhia Comando da 9ª Região Militar; Hospital Geral de Campo Grande; Comando Militar do Oeste; 9º Batalhão Superior; 6º CTA; CRO/ 9; 30º CSM; e 14ª Cia Com Mec.

Dos 147 militares acima de 40 anos, observados no Hospital Geral de Campo Grande, 51,02%, ou seja, 75 militares manifestaram problemas relacionados com os níveis de colesterol, glicemia e pressão arterial considerados acima do normal (Figura 1).

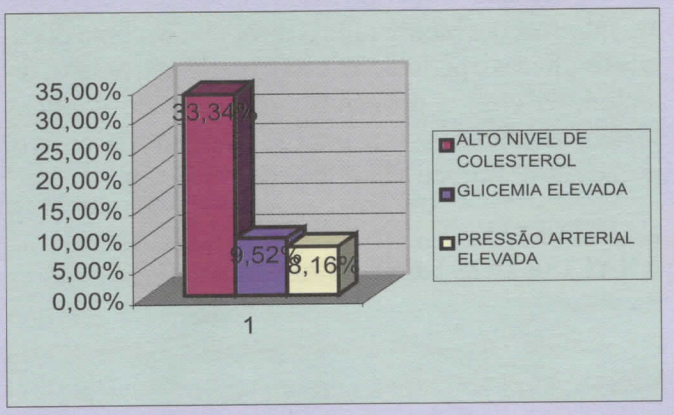
Figura 1 – Número de militares afetados por probleemas cardiovasculares na Guarnição de campo Grande, MS.



Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

Ainda, do total de 147 militares, observou-se em 33,34% níveis elevados de colesterol total, ou seja, acima de 200 mg, 9,52% com níveis de glicemia acima de 110 mg% e 8,16% com pressão arterial elevada (Figura 2).

Figura 2 – Prevalecência dos fatores de risco entre militares da Guarnição de Campo Grande,MS



Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998

Conforme se observa na Figura 1, é grande o contingente de examinados com tendências ao desenvolvimento de cardiopatias graves. Ressalta-se, ainda, que alguns indivíduos apresentaram vários fatores agravantes para o sistema cardiovascular, como, por exemplo, colesterol alto combinado com glicemia, fatores genéticos com pressão alta, entre outros.

Na Figura 2, os fatores predisponentes foram distribuídos de uma maneira geral, totalizada, sem a preocupação de verificar se o indivíduo apresenta mais de um sintoma. Na Tabela 2, pode-se verificar essa distribuição com maior clareza. Conforme se observa, os fatores associados mais observados foram glicemia com colesterol alto, já que dos 19 casos onde mais de um fator foi observado, num único indivíduo, este representou 52,6% do total. Dois indivíduos (1,5%) apresentaram glicemia, colesterol e pressão arterial acima dos valores normais (Tabela 2).

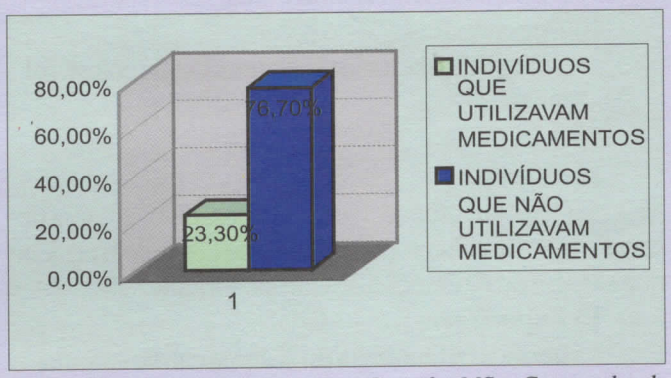
Dos indivíduos observados, dezessete (23,30%) usavam medicação anti-hipertensiva, entre as quais: Pindolol, Captopril, Metildopa e Felodipina, em doses terapêuticas (Figura 3). Entre os indivíduos que já usavam terapia medicamentosa, encontram-se alguns daqueles que apresentaram fatores de risco associados.

Tabela 2 – Número de militares que apresentaram mais de um fator predisponente à cardiopatia na Guarnição de Campo Grande, MS.

FATORES PREDISPONIVEIS	Nº DE MILITARES	%
Glicose alta + colesterol total alto	10	52,6
Pressão arterial alta + glicose alta	1	5,2
Glicose alta + colesterol total alto + pressão arterial alta	2	10,5
Colesterol total alto + pressão arterial alta	6	31,5
	19	**100**

Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

Figura 3 – Número de indivíduos que utilizavam medicação antes da Campanha realizada na Guarnição de Campo Grande, MS.



Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998

Alguns dos militares, com predisposição, já apresentavam antecedentes familiares relacionados com as afecções cardíacas. Assim, fica mais uma vez levantada a hipótese da influência genética na predisposição ao desenvolvimento de cardiopatias (Tabela 3).

Ressalta-se que na Tabela 3 os antecedentes foram distribuídos de uma forma totalizada. Sendo assim, alguns indivíduos apresentaram mais de um tipo de doença na família

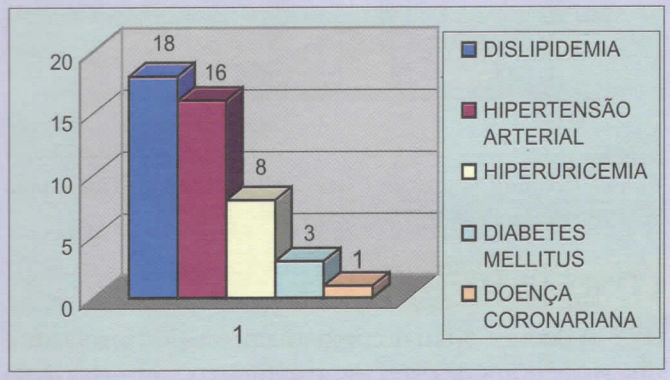
Tabela 3 – Antecedentes familiares dos militares observados na Guarnição de Campo Grande, MS.

DOENÇA OBSERVADA EM ANTECEDENTES FAMILIARES	Nº DE CASOS
Hipertensão arterial sistêmica	26
Diabete mellitus	23
Acidente vascular cerebral	16
Doenças coronarianas	23

Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

Os antecedentes pessoais também influenciam, sobremaneira, no resultado dos exames. Desse modo, 14 indivíduos já sabiam que possuíam algum tipo de afecção. As doenças encontradas podem ser observadas de forma totalizada na Figura 4 e distribuída por indivíduo na Tabela 4.

Figura 4 – Antecedentes pessoais de afecções cardíacas e fatores predisponentes encontrados em militares da Guarnição de Campo Grande, MS.



Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

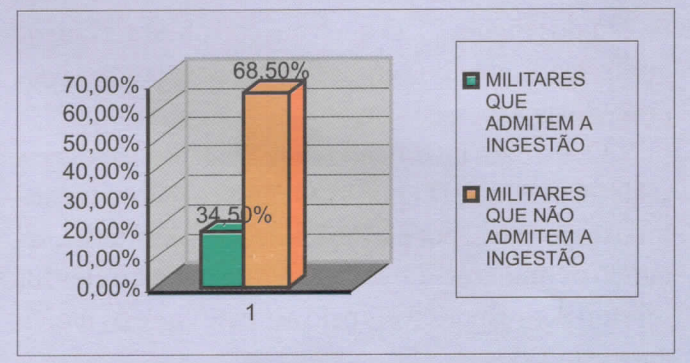
Como visto no Capítulo II, a dieta alimentar assim como os hábitos de rotina influenciam sobremaneira na aquisição de afecções cardíacas. A ingestão exagerada de sódio, gordura, açúcares e o uso de álcool, cigarro e sedentarismo são práticas que, comumente, levam ao desenvolvimento de cardiopatias. O que foi observado nos militares da Guarnição de Campo Grande, MS, é que 31,5% estavam conscientes da inadequação da sua dieta, ou seja, a minoria (Figura 5). O que se observou é que mesmo apresentando distúrbios como colesterol alto, glicemia acima do padrão normal ou pressão arterial alterada, existem indivíduos que não se dão conta do risco que uma alimentação não balanceada oferece, principalmente àqueles que já detêm algum grau de risco.

Tabela 4 – Distribuição da doenças apresentadas por indivíduo antes da campanha de Prevenção na Guarnição de Campo Grande,MS.

DOENÇA APRESENTADA	Nº DE CASOS	%
Diabete mellitus + dislipidemia	1	7,14
Hipertensão arterial + dislipidemia	5	35,7
Dislipdemia + Hiperuricemia	2	14,3
Hipertensão arterial + diabete + hiperuricemia	1	7,14
Hipertensão + dislipidemia + hiperuricemia	1	7,14
Hipertensão + doença coronariana	1	7,14
Hipertensão + *Diabetes mellitus*	1	7,14
Hipertensão + hiperuricemia	2	14,3
Total	**14**	**100**

Foto: Hospital de Campo Grande, MS – Campanha da Prevenção de Doenças, 1998.

Figura 5 – Nível de consciência acerca do risco da adoção de hábitos alimentares não saudáveis em militares da Guarnição de Campo Grande, MS.



Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

A Tabela 5 mostra a ingesta alimentar dividida por alimento consumido. A maioria dos militares afetados diz ingerir pouco ou em quantidades normais alimentos do grupo de risco para indivíduos com tendências à cardiopatia.

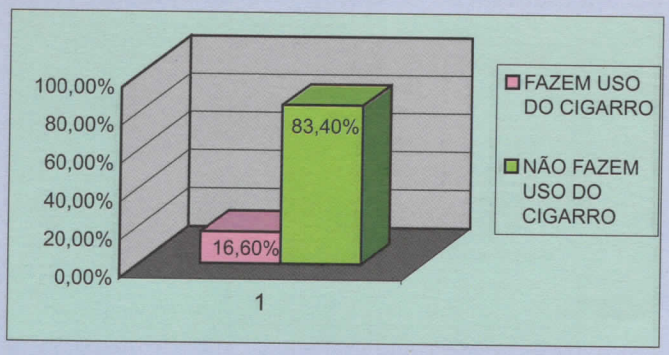
A Figura 6 mostra a porcentagem de militares que fazem uso do cigarro, fator agravante das cardiopatias. Nota-se que é pequena a adoção deste vício, já que apenas 16,6% dos indivíduos pesquisados que apresentaram distúrbios nos exames admitiram o tabagismo.

Tabela 5 – Ingesta alimentar de militares da Guarnição de Campo Grande, MS

QUANTIDADE	INGESTA			
	Café	Sal	Açúcar	Gordura
Pouco uso	34	24	29	25
Uso normal	16	28	21	25
Muito uso	10	8	10	10

Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária deDoenças, 1998.

Figura 6 – Tabagismo entre militares da Guarnição de Campo Grande, MS.



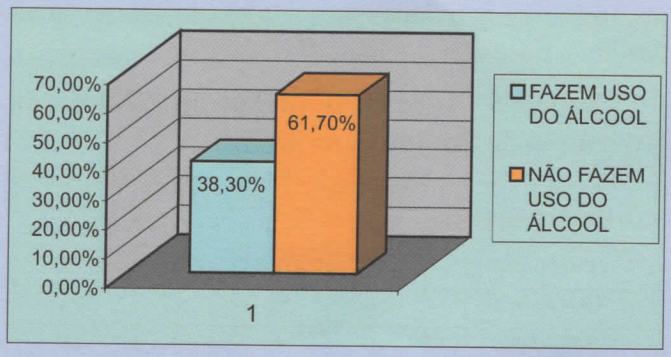
Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

Outro dado pesquisado foi a utilização do álcool. Observou-se que 38,3% dos militares que apresentaram tendência à cardiopatia faziam uso do álcool na época do estudo (Figura 7). O que vem corroborar o fato de que o álcool, quando consumido em doses excessivas, pode elevar a pressão sangüínea.

Outro fator investigado entre os antecedentes pessoais foi o estresse (Figura 8). O cansaço físico e mental foi o responsável por elevações de pressão arterial, segundo os militares. Talvez a carga de trabalho elevada seja um dos responsáveis pelo estresse entre os indivíduos estudados.

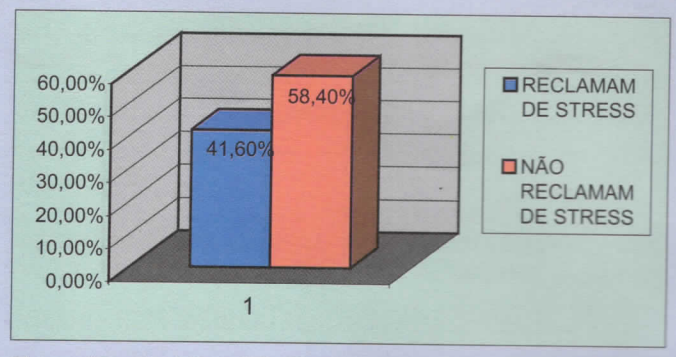
A minoria (18,3%) dos militares entrevistados que apresentaram distúrbios cardíacos eram sedentários (Figura 9). Esse fato se explica por ser comum, na rotina militar, algumas horas dispensadas à prática de atividade físico-desportiva a fim de mantê-los aptos para o desempenho de suas funções.

Figura 7 – Consumo de álcool entre militares da Guarnição de Campo Grande, MS.



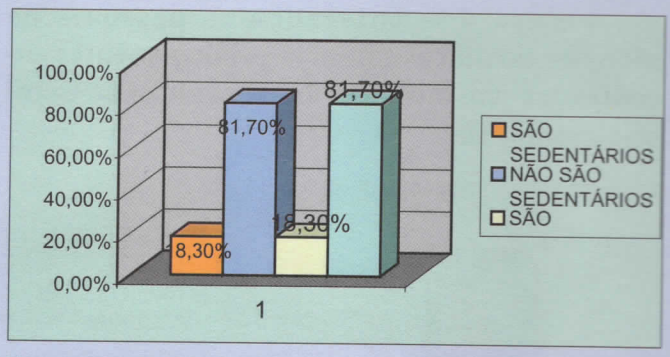
Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

Figura 8 – Alegações de estresse entre os militares da Guarnição de Campo Grande, MS.



Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998.

Figura 9 – Sedentarismo entre militares da Guarnição de Campo Grande, MS.



Fonte: Hospital Geral de Campo Grande, MS – Campanha de Prevenção Primária de Doenças, 1998

CONCLUSÃO

A doença arterial coronariana tem sido associada a diversos fatores de risco, entre os quais o fumo, o diabete melito, a hipertensão arterial, as dislipidemias, o sedentarismo, a obesidade e fatores nutricionais. Embora fatores genéticos sejam de inquestionável valor na expressão da doença cardíaca, os fatores ambientais interagem e influenciam fortemente a predisposição genética. Assim, a abstenção de fumar, a prática de exercícios físicos e a adoção de hábitos alimentares são medidas de enorme impacto na prevenção de eventos cardíacos. O fumo pode influir na aterogênese e na trombose. O exercício determina melhora no perfil metabólico. A nutrição diminui o desenvolvimento de aterosclerose. O impacto das modificações do estilo de vida produz maiores efeitos na prevenção da doença cardíaca, do que a adoção de medidas com maiores recursos técnicos diagnósticos e terapêuticos.

Pode-se classificar como alta, a prevalência de fatores de risco cardiovasculares em militares na Guarnição de Campo Grande, MS. Mais da metade da (33,34%), glicemia

(9,52%) ou pressão arterial (8,16%) fora dos padrões normais. Em relação aos níveis de colesterol, entretanto, observa-se que o universo alvo de nossa campanha encontra-se abaixo dos níveis da população brasileira que é de 51,5% (de acordo com o Dia Nacional do Colesterol, realizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia).

No Brasil, apesar dos estudos populacionais sobre a prevalência da hipertensão arterial serem escassos e não sistematizados, podemos estimar uma prevalência em torno de 20% entre os adultos civis (Krakoff, 1995; Ribeiro, 1996; Ministério da Saúde, 1993).

Comparando com os achados da amostra estudada, observa-se que a prevalência da hipertensão arterial na população militar alvo (8,16%), encontra-se abaixo da encontrada na população civil brasileira.

Com uma alta prevalência na população brasileira, atingindo cerca de 20% dos indivíduos, segundo o Censo de 1992, com significativa morbidade e mortalidade, o diabetes constitui um importante problema de saúde pública. Entretanto, dados obtidos na população militar estudada, revelaram uma prevalência menor (9,52%).

Estudos epidemiológicos demonstram claramente a relação entre obesidade e hipertensão (Thyroler, 1973). Para a maioria dos militares portadores de fatores de risco recomendou-se, inicialmente, uma terapia não medicamentosa onde se adotaria a redução de peso, mediante dieta de baixo teor calórico, restrição ao sal, a moderação do álcool e a prática de atividades físicas para contribuição na manutenção de uma vida saudável.

Como medida de orientação dietética adicional, a restrição moderada ao sal auxiliaria na diminuição da pressão arterial e numa menor perda de potássio, nutriente que atua no mecanismo de contração muscular. Mesmo diante de algumas evidências isoladas de que a suplementação de potássio pode baixar a pressão arterial, seu uso rotineiro é dispendioso e não deve ser preconizado no tratamento da hipertensão arterial. Igualmente, por falta de evidências, o uso rotineiro de magnésio não deve ser preconizado no tratamento da hipertensão arterial.

O cálcio também poderia exercer algum efeito, pois participa de forma direta na constricção da musculatura lisa vascular e, portanto, aumenta a resistência vascular periférica e, consequentemente, a pressão arterial. Algumas observações clínicas e estudos em modelos animais têm reforçado a hipótese de haver relação inversa entre a ingestão de cálcio e a pressão arterial (Cappuccio, 1995; Dumas, 1995). Uma metanálise de ensaios controlados e randomizados demonstrou uma pequena redução na pressão sistólica, mas não na pressão diastólica, em pacientes que receberam suplementação de cálcio (Bucher, 1996).Seguindo uma tendência pelo consenso dos autores, não é recomendada a suplementação de cálcio na dieta.

A moderação do uso do álcool foi outra das medidas gerais sugeridas. Recentemente, o papel das bebidas alcoólicas na hipertensão arterial foi reavaliado e discutido, concluindo-se que, mesmo em pequenas doses, pode aumentar a pressão arterial.

Com relação à prática de atividades físicas regulares, recomenda-se exercícios aeróbicos, cinco vezes por semana.

Preconiza-se um programa de atividade física com distâncias não superiores a 1.000 metros, devendo ser acrescidos semanalmente 200 a 500 metros, até que se atinja aproximadamente 6.000 metros. Foi dada a orientação a todos os militares para o desenvolvimento de 100 metros por minuto durante as caminhadas, restringindo-se os exercícios que consistiam em levantamentos de peso ou trações. Tais exercícios exercem efeito contrário sobre a pressão sangüínea, elevando-a. O incremento das atividades físicas, além de contribuir para a redução do peso e outros fatores biológicos do corpo humano, proporciona prazer e diversão para quem as pratica, induzindo, consequentemente, a uma diminuição dos níveis de estresse.

Por fim, deve-se ressaltar que o presente trabalho buscou, entre seus objetivos primordiais, a conscientização para um tema de grande importância em termos de saúde pública, esperando que muitos dos militares participantes desta campanha passem a se interessar pelo assunto e divulgá-los entre suas respectivas famílias e círculos de amizade, valorizando as medidas de prevenção primária da doença cardiovascular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE FILHO, A.; SANTOS JÚNIOR, E. A. Aparelho cardiovascular. In: MENDES, R. org. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro : Atheneu, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenadoria de Doenças Crônico-Degenerativas. *Manual de diabetes*. 2. ed. Brasília, 1993.
- BRAUNWALD, E. *Tratado de medicina cardiovascular*. 4. ed. v.1. São Paulo : Roca, 1996.
- McARDLE, W.; KATCH, F.; KATCH, V. *Fisiologia do exercício*: energia, nutrição e desempenho humano. Rio de Janeiro : Guanabara, 1985.
- SBC–Sociedade Brasileira de Cardiologia. Projeto SBC 2000. A importância das doenças cardiovasculares. Disponível: site *SBC*. URL: http://www.cardiol.org/sbc2000/pl.htm Consultado em 16 janeiro de 1999.

HIPERHIDROSE PRIMÁRIA TERAPÊUTICA COM SIMPATECTOMIA TORACOSCÓPICA
PRIMARY HIPERHIDROSIS TERAPEUTIC WITH THORASCOPIC SYMPATECTOMY

Marcelo B. Mandelli – Aspirante-à-Oficial Médico
Angiologista e Cirurgião Vascular do HGuFL

SUMÁRIO

Os recentes avanços nas técnicas endoscópicas, minimamente invasivas, com redução da morbidade cirúrgica, estabeleceram a simpatectomia tora-coscópica como uma técnica segura e eficaz de tratamento de distúrbios do sistema autonômico, como a hiperhidrose primária. Particularmente, a maior aplicação desta técnica no tratamento da hiperhidrose primária ocorreu paralelamente ao desenvolvimento técnico e ao maior índice de satisfação dos pacientes.

Unitermos: Hiperhidrose primária, simpatectomia toracoscópica.

SUMMARY

The advances in minimally endoscopics techniques with reduced morbidaty rates have established thoracoscopic sympatectomy as a safe and effetive treatment for a autonomically mediated desorders such palmer hyperhidrosis. In particular, the increased application of this procedure in the treatment of palmer hyperhidrosis has been paralleled by high technical and patient satisfaction rates.

Key words: Primary hyperhidrosis, thoracoscopic sympatectomy

INTRODUÇÃO

A hiperhidrose primária é uma manifestação de causa desconhecida, caracterizada por sudorese excessiva nas regiões axilar, palmar, inguinal e plantar levando a limitações profissionais e sociais. A simpatectomia apresenta indicação precisa nos pacientes com sintomas severos, incapacitantes e, principalmente, quando o tratamento clínico não foi efetivo. Está também indicada no tratamento da distrofia simpático-reflexa, em casos bem selecionados do fenômeno de Raynaud, vasculites, doença de Buerguer e outras doenças vasculares periféricas, sem possibilidade de reconstrução arterial.

Com o desenvolvimento da técnica vídeo-assistida, a terapêutica cirúrgica tornou-se possível com excelentes taxas de sucesso e satisfação dos pacientes, sem os traumas e riscos associados à cirurgia convencional. Uma avaliação pré-operatória aprimorada é fundamental na seleção dos pacientes candidatos à cirurgia endoscópica, pois está contra-indicada na hiperhidrose secundária, em que o tratamento da patologia primária leva ao desaparecimento dos sintomas, e em crianças, pois freqüentemente apresentam resolução da hiperhidrose na puberdade. Deve-se evitar, também, sua realização em pacientes com doenças cardíacas ou pulmonares severas, com história de cirurgia torácica prévia e na presença de doenças pleurais, como tuberculose e pleurites, que resultam em aderência pulmonares.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS CONVENCIONAIS

- **Via supraclavicular:** apesar de comumente utilizada, apresenta grau considerável de dificuldade técnica, pela presença de importantes estruturas anatômicas na região.
- **Via transaxilar:** geralmente associada a ressecção da 1ª costela, apresenta o pós-operatório menos doloroso de todas as técnicas convencionais.
- **Abordagem transtorácica anterior:** em contraste à técnica supraclavicular, oferece exposição direta e relativamente fácil da cadeia simpática; apresenta melhores resultados com menor número de complicações, como a síndrome de Horner, tendo a vantagem de apresentar melhor resultado estético.

TÉCNICA CIRÚRGICA TORACOSCÓPICA

O equipamento básico necessário para o procedi-

mento inclui uma ótica com ângulo de 0º ou 30º, monitor de vídeo-endoscopia conectado a um vídeo-cassete, pinça de Grasper de 5 mm, tesoura laparoscópica com eletrocautério, 3 trocáteres de videolaparoscopia (10mm e 5 mm), gancho de dissecção, clips vasculares, aspirador/irrigador laparoscópico, gazes laparoscópicas e instrumental para toracotomia aberta, se necessário.

ANESTESIA E POSIÇÃO DO PACIENTE

Usualmente realizada sob anestesia geral, com intubação endotraqueal, com tubo de duplo-lúmem (carlens).

O paciente é posicionado em decúbito lateral ispsolateral, com abdução do membro superior. A mesa cirúrgica é fletida em 90º com hiperextensão do tórax, para maximizar os espaços intercostais. O paciente deve ser monitorizado com oximetria de pulso e monitor de saturação de O_2.

PORTAIS

É necessária uma incisão de 1 cm, seguida de dissecção por pinça de Kelly dos músculos e pleura para a criação do portal. No mínimo 3 portais são necessários: um **na linha axilar posterior**, no sexto ou sétimo espaço intercostal, o segundo na mesma altura **no ângulo da escápula** e o terceiro no terceiro espaço intercostal, **na linha axilar média**. Implanta-se os 3 trocáteres justo acima do arco costal inferior, tendo-se o cuidado para evitar lesões do feixe vásculo-nervoso.

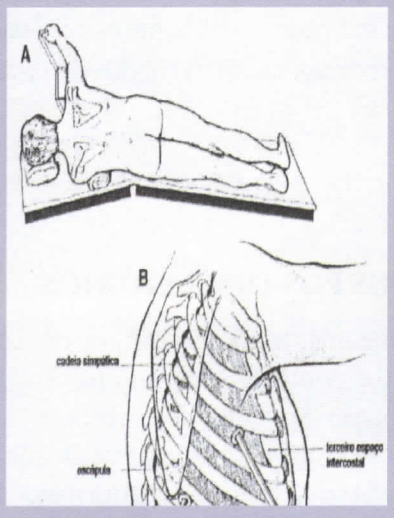


Figura 1

A - posicionamento do paciente: decúbito lateral com abdução do membro superior e hiperextensão do tórax; e

B - localização dos portais.

PROCEDIMENTO

Passos do procedimento:

1. colapso do pulmão com ventilação seletiva;

2. inserção da ótica no portal localizado no sexto espaço intercostal, na linha axilar posterior, com trocater de 10 mm, permitindo boa visualização da cavidade pulmonar superior;

3. inserção dos trocáteres nos outros dois portais, sob visualização endoscópica;

4. após o colapso pulmonar, a cadeia simpática pode ser identificada. Pode ser necessário um quarto portal para retração pulmonar e melhor visualização;

5. exploração da cavidade e dissecção com cautério de qualquer aderência pleural que dificulte o procedimento;

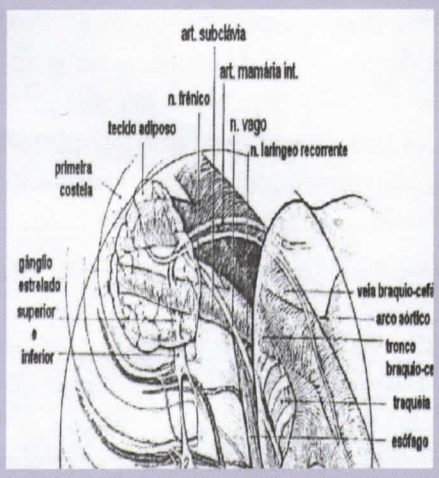


Figura 2: Anatomia da região

6. identificação da 1ª à 4ª costela e dos corpos vertebrais. Imediatamente dorsal ao corpo vertebral, identificamos a cadeia simpática com seus gânglios. A cadeia apresenta coloração amarelo nacarado;

7. a visualização da artéria subclávia representa o limite superior da cadeia simpática (gânglio estrelado) e da dissecção cirúrgica. As veias ázigos e subclávia, assim como os nervos frênico e vago, também devem ser visualizados para evitar lesões. Os nervos vago e frênico percorrem ventralmente os corpos vertebrais, em contraste com a cadeia simpática;

8. a dissecção inicia-se com a incisão da pleura parietal, acima da cadeia simpática, justo abaixo da 4ª costela e imediatamente dorsal ao corpo ver-

tebral, devendo se estender até o limite superior do gânglio estrelado;

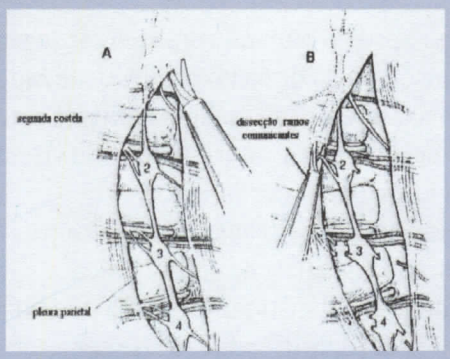


Figura 3:

A - incisão pleural sobre a cadeia impática; e
B - dissecção de ramos comunicantes.

9. deve-se mobilizar a cadeia simpática do seu leito, iniciando a dissecção com secção de seus ramos. Evitar o uso de eletrocautério ou clips, prevenindo lesões dos nervos intercostais;
10. os gânglios e seus ramos devem ser dissecados, cuidadosamente, sobre os vasos intercostais, evitando sangramentos. Se ocorrerem, o controle, inicialmente, deve ser feito por aspiração e compressão com gazes;
11. dissecção cuidadosa da face anterior da porção inferior do gânglio estrelado e identificação do nervo de Kuntz, ramificação relativamente calibrosa do ramo de T1, que corre paralelamente e lateral ao tronco da cadeia simpática e define o limite inferior do gânglio superior. A porção superior do gânglio estrelado está sob o tecido adiposo, que envolve a artéria subclávia, no topo da cavidade pleural;
12. o limite superior da dissecção da cadeia simpática deve ser logo abaixo do limite inferior do gânglio estrelado (nervo de Kuntz) e, qualquer ramo comunicante com curso caudal ou lateral deve ser seccionado. Este nível, geralmente, corresponde ao bordo superior da 2º costela. A tração excessiva da porção superior do gânglio estrelado deve ser evitada, para prevenir a síndrome de Horner;
13. a excisão da cadeia simpática deve se estender até o gânglio de T3;
14. a revisão da cavidade e controle de possíveis sangramentos por compressão e eletrocautério:

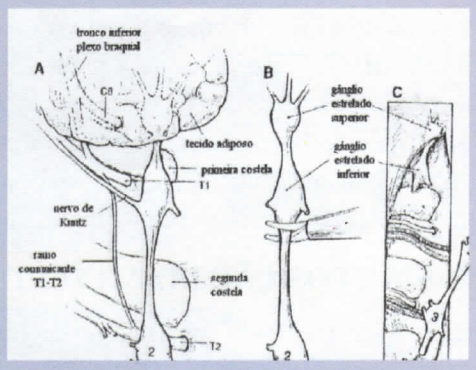


Figura 4

A - porção inferior do gânglio estrelado, nervo de kuntz e T2;

B - área de dissecção; e

C - ressecção da cadeia simpática – T2 e T3.

15. remoção dos instrumentos dos portais, após revisão com a ótica e inserção sob visualização de dreno torácico de pequeno calibre (16-18F) em um dos portais, podendo ser opcional;
16. insuflação do pulmão usando pressão positiva de 30-40 mmHg com confirmação por escopia. Incompleta insuflação resulta em complicações pós-operatórias por atelectasias e pneumonias;
17. retirada do portal da ótica e fechamento das incisões com fixação do dreno de tórax; e
18. se indicado e o paciente estiver estável, segue-se o procedimento para o lado contra-lateral.

O tempo cirúrgico total varia de 30 minutos a 2 horas, obviamente estando relacionado com a experiência do cirurgião e complexidade anatômica do paciente.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Imediatamente após a cirurgia, realiza-se um RX de tórax de controle para avaliação de possível pneumotórax. Se não apresentar evidências de pneumotórax, os drenos devem ser retirados. Analgesia, via oral, é suficiente para a maioria dos pacientes. Os drenos, geralmente, são retirados no mesmo dia ou no dia seguinte no caso de pneumotórax residual.

COMPLICAÇÕES

As complicações, em potencial, do procedimento incluem dor importante, arritmias, hipotensão, hemor-

ragias, pneumotórax, hemotórax, atelectasias e lesões de estruturas adjacentes. A dor pós-operatória é geralmente transitória e resulta, freqüentemente, de injúria dos nervos intercostais na confecção dos portais ou pelo dreno de tórax. A manipulação do pulmão ou estruturas mediastinais, o eletrocautério e a retenção de CO_2 podem gerar arritmias e levar a hipotensão.

As complicações, a longo prazo, incluem sudorese compensatória e síndrome de Horner. A sudorese compensatória é o efeito colateral mais comum e afeta, principalmente, o tronco e os membros inferiores, geralmente, auto-limitada com resolução espontânea. A síndrome de Horner caracterizada por miose, ptose palpebral e anidrose facial e cervical ipsilateral ocorre por lesão do gânglio estrelado; pode ser uma condição temporária ou permanente, com incidência relatada variando de 0,3% a 17,3%.

RESULTADOS

O sucesso da simpatectomia torácica no tratamento da hiperhidrose palmar varia entre 85% e 95%, em 1 ano. A revisão realizada por Drott indicou excelentes resultados na simpatectomia toracoscópica em 5 anos, com falência primária do procedimento ocorrendo em somente 5 de 367 pacientes.

Os resultados da toracoscopia no manejo da hiperhidrose axilar são menos encorajadores do que para palmar. Kux demonstrou que 18,6% dos pacientes permaneciam com hiperhidrose axilar após o procedimento, embora tivessem apresentado resolução da hiperhidrose palmar, sugerindo que a inclusão do gânglio simpático de T-5 aumentaria o sucesso na hiperhidrose axilar.

CONCLUSÃO

A simpatectomia toracoscópica tem demonstrado ser efetiva no manejo de uma variedade de distúrbios do sistema autonômico. Os resultados obtidos são comparados aos da cirurgia aberta, com sucesso a longo prazo em mais de 90% dos pacientes com hiperhidrose, distrofia simpático reflexa e causalgia.

A simpatectomia toracoscópica substituiu as técnicas tradicionais com abordagem cervical, dorsal e transtoráxica. O procedimento é simples, efetivo e minimamente invasivo. Apresenta excelente exposição e visualização com a assistência da vídeo-câmera, resultando em uma simpatectomia precisa. A reabilitação precoce e reduzida hospitalização resultam em uma diminuição expressiva dos custos. Pelas vantagens associadas e resultados obtidos, o procedimento tem se demonstrado promissor no tratamento da hiperhidrose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Claes G, Drott C, Göthberg. Thoracocopy for autonomic disorders. Ann Thorac Surg, 56:715-716, 1993.
- Drott C, Göthberg G, Claes G. Endoscopic procedures of the upper-thoracic sympathetic chain: a review. Arch Surg, 128:237-241, 1993.
- Edmonson RA, Banerjee AK, Rennie JA. Endoscopic transthoracic sympathectomy in treatment of hyperhidrosis. Ann Surg, 15:289-293, 1992.
- McFadden PM, Hollier LH. Thoracoscopic sympatectomy. In: Haimovici H, ed. Vascular Surgery – 4ª ed. New York, 1996 - pp. 1118-1125.
- Roos DB. Sympathectomy for the upper extremities: anatomy, indications, and techniques. In: Rutherford RB, ed. Vascular Surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1977 - pp. 623-628.
- Ahn SS, Ro KM. Thorascoscopic sympathectomy: anatomy and technique. Ann Vasc Surg, 12:509-514, 1998.
- Herbst F et al. A endoscopic thoracic sympatectomy for primary hyperhidrosis of the upper limbs: a critical analysis and long-term results for 480 operations. Ann Surg, 220:86-90, 1994.
- Rutherford RB. Role of sympathectomy in the management of vascular disease. In Moore WS, ed. Vascular Surgery: A Comprehensive Review. Philadelphia: WB Sauders, 1993 - pp. 300-312.
- Kopelman D et al. Upper dorsal thorascoscopic sympathectomy for palmer hyperhidrosis: Improved intermediate-term results. J Vasc Surg, 24:195-199, 1996.
- Kux M. Thoracic endoscopic sympathectomy in palmar and axilary hyperhidrosis. Arch Surg, 113: 264 - 266, 1978.

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS EM RENAIS CRÔNICOS. BEHAVIOUR ALTERATIONS IN CHRONIC RENAL PATIENTS

Selma Cardoso Saes – 1º Tenente QCO Enfermeira
Chefe de Enfermagem da Unidade de Internação/3º andar – Ala A – HCE
(Trabalho realizado na Unidade de Hemodiálise da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência do Rio de Janeiro)

SUMÁRIO

As alterações comportamentais em pacientes renais crônicos, submetidos à hemodiálise (**HD**), criam conflitos internos que, ao serem exteriorizados de forma consciente ou inconsciente, atingem a equipe de enfermagem. O enfermeiro pode minimizar esses conflitos desenvolvendo trabalhos com o paciente, seus familiares e com a equipe de enfermagem, a fim de favorecer o relacionamento terapêutico e proporcionar uma assistência de qualidade.

A insuficiência renal crônica (**IRC**) caracteriza-se pela deterioração progressiva da função renal, onde mecanismos homeostáticos do organismo entram em falência, resultando em uremia.

Diante desse quadro, faz-se necessário a realização de HD, que consiste no processo de remoção das escórias acumuladas no sangue, para que se possa proporcionar uma reabilitação e uma expectativa de vida razoável ao renal crônico (**RC**). No entanto, não cura, nem compensa as perdas das atividades metabólicas ou endócrinas dos rins. A diálise deverá ser feita pelo resto da vida, a menos que o paciente seja submetido a um transplante renal.

O estudo tem como finalidade avaliar de que forma as alterações comportamentais do RC podem desencadear transtornos ao paciente e à equipe de enfermagem, com a qual está constantemente em contato. O enfermeiro, consciente dessas alterações e de suas repercussões na equipe, procurará implementar determinadas atividades que visem melhorar o relacionamento e a qualidade da assistência prestada.

Palavras chaves: alterações comportamentais; e insuficiência renal crônica.

SUMMARY

The behaviour alterations in chronic renal patients, submitted to hemodiálise (**HD**), create internal conflicts that, when expressed in a conscious or inconscious way, reach the nursery staff. The nurse can reduce these conflicts, developing works with the patient, his family and the nursery staff, in order to favour the therapeutical relationship and provide quality of assistance.

The chronic renal insufficient (**CRI**) characterizes by the progressive deterioration of the organism start failing, resulting in uremia.

Facing this problem, it is necessary to accomplish HD which is the process of remotion of the escorias acumulated in the blood, in order to provide a regeneration and an expectation of a reasonable life to the chronic renal. However it does not cure or compensate the losses of the methabolical or endocrinal activities of the kidneys. The diálise must be done for the rest of the life, unless the patient is submitted to a kidney transplant.

The study has the purpose of evaluating how the behaviour alterations of the **CR** can break out pertubations to the patient and the nursery staff with whom, he is constantly in contact. The nurse, conscious of these alterations and their repercussions to tbe staff will try to implement, adequate activities which aim to improve the relationship and the quality of the assistance provide.

Key words: behaviour alterations; and chronic renal insufficient.

INTRODUÇÃO

O estudo aborda as alterações comportamentais em renais crônicos submetidos a hemodiálise, bem como os fatores responsáveis por essas alterações, criando conflitos internos, exteriorizados consciente ou inconscientemente, atingindo a equipe de enfermagem

com a qual se relaciona. Normalmente, o renal crônico assume uma postura não cooperativa com o tratamento, o que gera a auto e hetero agressão. A equipe de enfermagem, por sua vez, não compreende esse comportamento como parte integrante da doença, levando a sérios conflitos o relacionamento paciente/equipe.

Questiona a participação do enfermeiro como elemento fundamental na minimização desses conflitos e na orientação da equipe, a fim de que ambos tenham suas necessidades atendidas.

METODOLOGIA

A idéia surgiu a partir das dificuldades encontradas no relacionamento paciente/equipe, sendo desenvolvida numa Unidade de Hemodiálise localizada em um Hospital Particular de grande porte, podendo esse trabalho ser implantado nas unidades de diálise de qualquer unidade hospitalar.

A população utilizada consta de **dez pacientes renais crônicos**, com alterações de comportamento características, atendidos em regime ambulatorial, três vezes por semana, sendo submetidos a quatro horas de tratamento; **e de oito auxiliares de enfermagem, uma técnica e uma enfermeira** que prestam assistência direta a esses pacientes, sendo escalados como plantonistas em regime 12 x 36, ou como diaristas, numa jornada de 6 a 9 horas diárias.

Os instrumentos utilizados incluíram questionários de 15 perguntas direcionadas aos pacientes, e de 16 perguntas destinadas aos funcionários, além de pesquisas bibliográficas e de observação sistemática no campo de atuação.

DESENVOLVIMENTO

1. FATORES QUE DESENCADEIAM ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO

Ao iniciar a HD surgem problemas reais que estarão presentes ao longo do tratamento, e que causam grande preocupação:

- refeições de paladar desagradável devido às restrições de sódio e potássio;
- sede imposta pela ingesta líquida restrita;
- estilo de vida regrado;
- estado clínico imprevisível;
- problemas financeiros e dificuldades para manter-se no emprego;
- desejo sexual diminuído e impotência;
- preocupações com o casamento e procriação;
- sobrecarga imposta à família; e
- depressão por ter uma doença crônica e medo da morte.

A família também sofre alterações no estilo de vida, pois o período de tempo necessário à diálise diminui as atividades sociais, gerando conflitos, frustrações, culpa e depressão. Os amigos tendem a marginalizar o paciente pela sua pequena expectativa de vida.

A experiência de uma enfermidade precipita sentimentos e reações estressantes que, associadas com o tratamento, o prognóstico, as alterações corporais, as reações de parentes e amigos à hospitalização e às modificações do estilo de vida, intensificam, ainda mais, as alterações de comportamento. Segundo MANZOLLI (1985), a hospitalização envolve profunda adaptação do homem às várias mudanças que ocorrem no seu dia-a-dia, sendo o reajuste a essa nova situação mais fácil para uns, porém, exigindo mais tempo, esforço e intensa assistência para outros.

As dificuldades de adaptação surgem quando o paciente se sente vítima, exigindo condições especiais de tratamento. A própria evolução da doença pode desencadear depressão, insatisfação, insegurança, reações de agressividade e isolamento.

2. PRINCIPAIS DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS QUE ACOMETEM O RC

DAUGIRDAS (1988) afirma que pacientes em diálise levam uma vida altamente anormal, dependentes de um procedimento, de uma equipe, além da exposição a outros estresses.

A resposta psicológica do paciente depende de sua personalidade pré-mórbida, do apoio familiar e de amigos, e do curso da doença subjacente.

A depressão, complicação mais comum, é, em geral, resposta a uma perda real, ameaçadora ou imaginária. Sua manifestação inclui o humor depressivo persistente, auto-imagem ruim e sentimentos de desesperança. As queixas clínicas incluem distúrbios do sono, alterações de peso e apetite, boca seca, constipação e diminuição do interesse e da capacidade sexual. A imprudência dietética é uma forma velada de auto destruição e suicídio. O comportamento não cooperativo tem como principal manifestação a raiva, o que irrita os profissionais. Sua causa pode se relacionar a problemas no lar ou no trabalho.

A disfunção sexual não possui causa conhecida,

mas fatores orgânicos como alterações hormonais, exercem grande influência em ambos os sexos. A impotência atinge 70% dos homens, e as mulheres, embora assumindo com menor freqüência, relatam perda da libido e *diminuição do orgasmo durante o ato sexual.*

As dificuldades referentes a reabilitação para o trabalho vão depender do esforço e da motivação que cada um apresente ao reiniciar sua vida ocupacional. A prevenção desse problema pode ser feita escolhendo-se a forma de diálise que melhor se adapte a sua personalidade e a sua rotina laborativa. Os mais independentes devem ser colocados na forma de diálise de controle próprio ou considerados para transplante precoce. A explicação prévia de complicações que podem advir do tratamento, também é muito importante.

Segundo EPSTEIN (1977), o paciente possui conhecimentos e sentimentos, bem como percepções desenvolvidas em seu meio cultural; as atitudes e comportamentos com que expressa sua preocupação com a doença variam em função do que é como ser humano.

A manipulação inadequada de sentimentos acaba levando a exteriorização dos mesmos, através de atitudes negativas às limitações impostas pela doença, fazendo com que o paciente descarregue suas frustrações sobre a equipe de enfermagem.

Quadro 1

DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS MAIS COMUNS NO RENAL CRÔNICO
Depressão
Comportamento não cooperativo
Disfunção Sexual
Dificuldades Referentes a ocupação e reabilitação

3. PAPEL DO ENFERMEIRO NA UNIDADE RENAL

O enfermeiro tem como função expressiva a ajuda ao paciente na manutenção do equilíbrio, da motivação e o apoio a tentativas para unir a experiência da enfermidade e do tratamento, criando situações que reduzam sua tensão e auxiliando-o na adaptação ao processo saúde-doença.

Cabe a ele descobrir e identificar problemas, definir necessidades e planejar assistência adequada.

A equipe deve ser composta por profissionais interessados em concentrar esforços e recursos, em benefício do paciente, os quais devem ser avaliados em sua totalidade para o atendimento de todas as suas necessidades.

A seleção cuidadosa do pessoal de enfermagem, o planejamento, a execução e avaliação dos programas de treinamento, tanto dos iniciantes como os de reciclagem, são da responsabilidade do enfermeiro.

O enfermeiro, devido a sua presença constante na Unidade, pode apoiar a família fazendo com que ela saiba que a raiva e o desânimo são reações normais nessa situação. Deve fornecer instruções verbais e escritas sobre os recursos disponíveis para a ajuda, levando os familiares a participarem ativamente do tratamento e dos processos de decisão. Quanto ao paciente, deve-se oferecer-lhe chances de expressar sentimentos de raiva e preocupação para evitar prejuízos a si mesmo e a terceiros, ensinando-o a lidar com problemas e medos, o que favorece a aceitação do tratamento e reduz problemas emocionais que dificultam sua recuperação.

Segundo CARVALHO (1985), a maioria dos distúrbios emocionais, principalmente na área da afetividade e da emoção, surgem em conseqüência de falhas na comunicação do pessoal médico e de enfermagem com o paciente, ou seja, quando as necessidades de informação, comunicação, segurança e auto-estima não são satisfeitas.

4. RELACIONAMENTO PACIENTE/EQUIPE

Torna-se fundamental a disponibilidade para com o paciente, respeitando-o como pessoa e mantendo uma comunicação terapêutica que proporcione segurança, para que o mesmo possa expressar sentimentos, pensamentos e dúvidas. O diálogo deve incluir orientação e ajuda na solução dos seus problemas, para que ele reencontre forças em si mesmo, a fim de superar as dificuldades e de ser capaz de avaliar e executar as medidas propostas para o tratamento.

Na relação paciente incurável, a ira é projetada sobre o ambiente, atingindo o profissional. A agressividade o impulsiona à luta pela vida, mas em situação de estresse o homem pode perder o controle sobre esse aspecto. O enfermeiro deve procurar uma abordagem que não o estimule, ainda mais, proporcionando atividades que o ocupem e possibilitem a descarga de emoções.

Um dos responsáveis pelas tensões sofridas por pacientes e equipe, é o treinamento. Na expansão do serviço, a aprendizagem é feita em situação de trabalho,

o que causa ansiedade e insegurança em ambos. De um lado, a incerteza do paciente quanto a capacidade da equipe em manipular equipamentos e de atuar em situações de emergência e, de outro, a insegurança natural dos que estão em aprendizagem.

5. PREVENÇÃO DE COMPROMETIMENTOS NO RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

HADDAD (1985) discute a importância do apoio psicológico aos profissionais que prestam assistência a pacientes terminais. Do diagnóstico até a aceitação da doença, o paciente passa por reações como rejeição da verdade, irritação ou revolta, negociação, depressão e aceitação.

Por falta de preparo profissional e por não saber lidar com suas reações emocionais, a equipe assume certas tendências no decorrer da vida prática. A terapêutica prolongada gera um vínculo afetivo com o paciente, dificultando sua atuação nos momentos de perda, causando problemas emocionais. Para que preste assistência adequada, sem desenvolver sentimentos de ansiedade e medo, a equipe necessita receber apoio psicológico de profissionais especia-lizados, a fim de identificar sentimentos e saber como trabalhá-los.

CONCLUSÃO

As alterações de comportamento, facilmente diagnosticadas no RC, são aspectos intrínsecos à doença. A transição saúde-doença é marcante nesse grupo e a progressão das fases depende da personalidade de cada um. As mudanças físicas e sociais que sofre ao receber o diagnóstico, aliadas às modificações no estilo de vida, decorrentes da HD, geram tais alterações que muitas vezes incomodam o pessoal da equipe de enfermagem. Se esta não estiver preparada e consciente de suas funções, envolve-se com o paciente, sentindo-se agredida por tal comportamento.

O constante contato cria um elo entre o paciente e equipe, o que justifica a necessidade de apoio de profissionais especializados para ambos. O enfermeiro também possui responsabilidade na prevenção de complicações no relacionamento terapêutico. A seleção cuidadosa dos elementos que irão compor a equipe é tão importante quanto o treinamento adequado no sentido de orientar sobre às características do RC, sua doença e seu tratamento, para que possam auxiliar em todo o processo de transição. A tomada dessas medidas favorece o relacionamento paciente/equipe, fundamental para que se obtenha uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1992. V.1
- CARVALHO, D.V. e col. **Assistência de Enfermagem a Pacientes com Manifestações de Distúrbio Emocional Internados em Unidade Médico-Cirúrgica**. São Paulo: Revista Paulista de Enfermagem, v. 5, n. 1, p.32-37, jan./mar. 1985.
- CARVALHO, I.M. **Introdução à Psicologia das Relações Humanas**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1967.
- DABOIT, A.A. e col. **Assistência de Enfermagem Frente às Variações Comportamentais do Paciente em Clínica Geral**. Distrito Federal: Revista Brasileira de Enfermagem, v. 31, n.4, p.443-448, out./dez. 1978.
- DANIEL, L. F. **Atitudes Interpessoais na Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
- DAUGIRAS, J.T. e col. **Manual de Diálise**. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.
- EPSTEIN, C. **Interação Efetiva na Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
- HADDAD, M.C. **Importância do Apoio Psicológico aos Enfermeiros que Assistem Pacientes Terminais**. Paraná: Enfermagem Moderna, v.3, n.2, p.9-16, abr./jun.,1985.
- JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979. V1.
- LIMA, E.X. **Equipes de Enfermagem para Centros de Hemodiálise**. Rio de Janeiro: Enfermagem Atual, a.1, n.2, p. 28-30, 1978.
- MANZOLI, M.C. **Relacionamento em Enfermagem: Aspectos Psicológicos**. São Paulo: Sarvier, 1985.
- PAIM, R.N. **Problemas de Enfermagem e a Terapia Centrada nas Necessidades do Paciente**. Rio de Janeiro. UCC, 1978.

TRATAMENTO CLÍNICO DA FIMOSE COM ESTERÓIDE TÓPICO EM MENINOS
THE CONSERVATIVE TREATMENT OF PHIMOSIS WITH TOPICAL STEROIDS IN BOYS

Henrique Sylvio Villardo Neto: Ten Cel Médico Chefe do Serviço de Pediatria do Hospital Escolar da Aman
Daniel Brito Pereira: Capitão Médico Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital Escolar da Aman
Instituição onde foi realizado o trabalho - Hospital Escolar da AMAN.

SUMÁRIO

Este estudo apresenta nossa experiência com a aplicação de betametasona creme 0,1% em meninos com prepúcio não retrátil, diagnosticado como fimose.

Nossas conclusões demonstram que o tratamento com esteóide tópico, é a primeira escolha para o tratamento da fimose em meninos com mais de 3 anos de idade.

Unitermos: Fimose, esteróide tópico, circuncisão.

SUMMARY

This study reports our experience with the application of 0,1% bethametasone cream in boys with non-retractable foreskins diagnosed as phimosis.

Our conclusions demonstrate that the treatment with topical steroids is the first choice for the treatment of phimosis in boys older than 3 years old.

Key words: Phimosis, topical steroids, circumcision

INTRODUÇÃO

A fimose caracteriza-se pelo estreitamento do orifício prepucial, a tal ponto que se torna difícil ou impossível retrair o prepúcio e expor a glande. Não são fimose o excesso de pele prepucial ou as aderências fisiológicas entre o prepúcio e a glande. Estas aderências desaparecem espontânea e progressivamente, podendo a resolução levar vários anos. (Tabela 1) (1). Os principais sintomas da fimose são dor ao urinar, dificuldade em direcionar o jato urinário, micção gota a gota e abaulamento do saco prepucial durante a micção, com urina residual nas vestimentas. Mesmo que a estenose não seja tão acentuada, a impossibilidade de praticar a higiene do espaço balanoprepucial, a estagnação da urina e o acúmulo de esmegma que ali ocorrem dão origem a balanite e balanopostite. Assim, a inflamação do prepúcio (**postite**) e da glande (**balanite**) constituem ordinariamente complicações da fimose.

A parafimose consiste na impossibilidade do prepúcio retraído voltar, facilmente, à posição natural, formando, assim, um anel constritor. A conseqüência é o estrangulamento da glande, com edema, cianose e, em casos não tratados, até gangrena. A parafimose é um acidente da fimose.

A circuncisão masculina, que consiste na remoção do prepúcio, tem sido, tradicionalmente, o tratamento de escolha para a fimose persistente. Já teria sido realizada há 6 000 anos, conforme achados inscritos em peças egípcias, sendo assim um dos mais antigos procedimentos cirúrgicos. É praticada, rotineiramente, em certos grupos por motivos religiosos ou culturais. Os benefícios da circuncisão masculina têm sido debatidos durante anos. Mudanças nos padrões culturais têm resultado em uma menor freqüência de circuncisão. Atualmente, sua prevalência oscila em torno de 59% nos Estados Unidos, 70% na Austrália, 48% no Canadá e 24% no Reino Unido. É a cirurgia mais freqüentemente realizada em crianças do sexo masculino, ocupando a segunda posição depois da vasectomia (1).

Os potenciais benefícios da circuncisão masculina, no período neonatal, são prevenir e/ou reparar a fimose, prevenir a balanopostite, eliminar o risco de câncer de pênis, diminuir a incidência de doença sexualmente transmitida e, conseqüentemente, a do câncer de colo uterino, e redução da incidência de infeção urinária (2).

A circuncisão só deve ser realizada em recém-natos totalmente saudáveis. Suas contra-indicações

são bem definidas e incluem todas as anomalias do pênis, como hipospádia e ausência de qualquer porção do prepúcio, além de distúrbios da coagulação.

Constituem complicações da circuncisão, entre outras, sangramento, infecção, fimose secundária à circuncisão incompleta, retenção urinária, inflamação e estenose do meato urinário, linfedema peniano, fistula uretro-cutânea, cianose peniana, necrose peniana e deiscência de sutura.

Estudos recentes têm advogado o uso tópico tanto de esteróides (3 a 8), como de antiinflamatórios não esteróides (9) para o tratamento conservador da fimose em crianças.

MATERIAL E MÉTODOS

Entre outubro de 1999 e maio de 2000, em estudo consecutivo e prospectivo, 19 meninos com fimose e 1 com fimose secundária à circuncisão incompleta, tendo de 3 a 14 anos de idade (média de idade igual à 6,5 anos) foram medicados com corticóide tópico. O tratamento foi realizado com betametasona creme 0,1% (4 - 5). Os pais foram instruídos a aplicar uma fina camada do creme na face externa do prepúcio, da corona da glande para a margem distal, duas vezes ao dia (6). Deviam ser feitas tentativas para retrair o prepúcio e, dessa forma, dilatá-lo tanto quanto possível sem causar dor ou trauma. Os pacientes foram reexaminados após 1 mês de tratamento. Se a fimose persistisse, o tratamento era continuado e os pacientes reavaliados a cada mês, até um máximo de 3 meses de tratamento. Os pacientes eram considerados curados se o prepúcio fosse totalmente retrátil, sem evidência de anel estenótico. Os pacientes não curados foram encaminhados à cirurgia.

RESULTADOS

O tratamento local com betametasona creme 0,1% foi bem sucedido em 16 dos 20 meninos (80%), incluindo o paciente com fimose secundária à circuncisão incompleta. Não retornaram à consulta 2 pacientes. O tempo médio de tratamento foi de 35 dias. Após 3 meses de tratamento, 2 meninos (10%) não responderam à terapêutica e foram encaminhados à cirurgia . Nenhuma diferença de faixa etária foi encontrada entre os que responderam e os que não responderam ao tratamento (Tabela 2) (7-8). Nenhum paciente apresentou atrofia de pele ou outros efeitos colaterais durante ou ao final do tratamento.

DISCUSSÃO

Este estudo comprovou que a aplicação local de esteróide é um tratamento simples, eficaz e de baixo custo para fimose em meninos (10). Os familiares mostraram-se cooperativos em tentar uma alternativa clínica ao tratamento cirúrgico (5).

CONCLUSÃO - PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO

Após levantamento bibliográfico e comprovação clínica, apresentamos uma alternativa, não cirúrgica, ao tratamento da fimose. Além das complicações cirúrgicas, há outras razões para se optar pelo tratamento clínico, incluindo o risco anestésico, o custo financeiro e o desconforto per-operatório. Preferências familiares também podem ser consideradas, particularmente quando outros membros da família não são circuncisados.

Propomos a padronização do tratamento clínico com esteróide local como primeira escolha em crianças do sexo masculino, entre 3 e 14 anos com fimose, com vantagens de segurança, economia e altas taxas de sucesso (4). Esta proposta visa oferecer ao pediatra uma alternativa de tratamento baseada em nossos resultados, que conferem com os da literatura mundial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERKOWITZ, C. D. – Pediatrics A Primary Care Approach – 1st ed. Saunders Company – Philadelphia – 1996, pp. 32-33.
- HAY, W. W. et al. - Current Pediatric Diagnosis & Treatment - 12th ed. Lange Medical Book - Connecticut, 1995, pp. 16-17.
- LINDHAGEN, T. Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unretractable foreskin. Eur J Surg, **162**: 969-972, 1996.
- GOLUBOVIC, Z et al. The conservative treatment

of phimosis is boys. Br J Urol, **78**: 786-788, 1996.
- MONSOUR, M. A. et al. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. J Urol, **162**: 1162-1164, 1999.
- JORGENSEN, E.T. and SVENSSON, A. The treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0,05%) cream. Acta Derm Venerol (Stockh), **73**: 55-56, 1993.
- MARZARO, M. et al. Phimosis: when does it require surgical intervention? Minerva Pediatr, Jun, **49**:6, 245-248, 1997.
- CHU, C. C. ET al. Topical steroid treatment of phimosis in boys. J Urol. 162:3 Pt 1 861-3, 1999 Sep.
- ATILLA, M. K. et al. A nonsurgical approach to the treatment of phimosis: local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. J Urol, **158**: 196-197, 1997
- VAN HOWE, R. S. Cost-effective treatment of phimosis. Pediatrics, Oct, **E43**: 102:4, 1998.

RETRATAÇÃO DO PREPÚCIO EM MENINOS POR IDADE	
idade	Porcentagem com prepúcio retrátil
Nascimento	4%
6 meses	15%
1 ano	50%
3 anos	80%
6 anos	90%

Tabela 1.

RESULTADO TERAPÊUTICO			
Total de pacientes	tratamento bem sucedido	Abandono de tratamento	Insucesso
20	16 (80%)	2 (10%	2 (10%)

Tabela 2.

SISTEMA ABO-RH COMO ESTRATÉGIA DE DECISÃO PARA COMANDANTES, CHEFES E DIRETORES DE OM.
SYSTEM ABO-RH AS STRATEGICAL HOLD OF DECISION FOR COMMANDERS,HEADS AND DIRECTORS OF UNITS.

ANTONIO RAFAEL SANTOS
Ten Cel Farm - Ch Laboratório de Análises Clínicas do HGeB.
ADALBERTO DE JESUS DOREA
Cap Farm Adjunto da Seção de Hematologia do HGeB.

SUMÁRIO

OS AUTORES FAZEM UMA PESQUISA, TOMANDO COMO UNIVERSO TODO O EFETIVO MILITAR DO HOSPITAL GERAL DE BRASÍLIA (HGEB), NO ANO DE DOIS MIL, PROCURANDO IDENTIFICAR POSSÍVEIS PORTADORES DE SANGUE ABO-RH "RARO" OU "INCOMUM".

PALAVRAS CHAVE: TIPO DE SANGUE; SANGUE RARO OU INCOMUM; E RESERVA ESTRATÉGICA.

SUMMARY

THE AUTHORS MAKE A RESEARCH USING AS POPULATION ALL THE MILITARY CASH OF THE HOSPITAL GERAL DE BRASILIA (HGEB), IN YEAR TWO THOUSAND, LOOKING FOR TO IDENTIFY CARRIERS OF BLOOD TYPES (ABO-RH) RARE OR UNCOMMON.

KEY WORDS: TYPE OF BLOOD; RARE OR UNCOMMON BLOOD; AND STRATEGIC HOLD.

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Anualmente, acontece em todo o país, um criterioso trabalho de seleção que objetiva renovar os efetivos em todos os quartéis, no âmbito das três Forças Armadas. A parcela da população, para onde esta dirigido esse processo seletivo, é aquela situada na faixa etária dos dezoito anos e do sexo masculino. Os brasileiros considerados aptos por preencherem determinado perfil, onde se destaca aquele relacionado a uma perfeita saúde, tanto física quanto mental, serão então incorporados constituindo, assim, a maior fonte do seu pessoal, ou seja, os recrutas. A outra forma de recrutamento se constitui nas escolas de formação, onde serão formados os graduados e oficiais, após terem sido aprovados em difíceis testes intelectuais, verdadeiros vestibulares. Em seguida, como no caso dos recrutas, serão submetidos a não menos rigorosos testes para comprovação da saúde física e mental e, finalmente, os bancos das salas de aula.

A sociedade, conhecedora do rígido processo seletivo e confiante na higidez da parcela selecionada, busca, constantemente, através das instituições responsáveis pela atividade de estocagem e fornecimento dos derivados do sangue (HEMOCENTROS) obter, nos diversos quartéis espalhados pelo país, potenciais doadores por entender que ali reside os hemoderivados com menor potencial para transmissão de doenças contagiosas. Dessa forma, não raro os comandantes e diretores de organizações militares são solicitados a apresentar possíveis doadores para atender àquelas solicitações. Existe, ainda, a possibilidade de solicitações individuais ou para atender determinadas situações emergenciais, sendo estas de menor ocorrência, porém, de igual importância.

O objetivo deste trabalho é, através de um levantamento documental, quantificar e qualificar todo o efetivo militar do Hospital Geral de Brasília quanto ao tipo sangüíneo e fator Rh, informando à Direção quanto a presença de possuidores de tipo sangüíneo "raros" ou "incomuns".

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Sistema ABO

Hereditariedade é a transmissão dos caracteres biológicos de pais para filhos. A célula, unidade anatômica e funcional do ser vivo, é sede de farto patrimônio genético. A transmissão dos caracteres hereditários é conseqüência da informação genética, contida nos genes das células.

O corpo é formado por células **somáticas** e **germinais.** Aquelas constituem o organismo, não participando do processo de reprodução do indivíduo e se dividem por mitose. Repõem as perdas celulares sofridas, constantemente, pelo organismo e desaparecem com a morte. Estas, participam do processo de reprodução do indivíduo, se dividem por meiose e se transmitem de pais para filhos, não desaparecendo com a morte. Portanto, um tipo celular mantém o soma e o outro mantém a espécie.

No processo mitótico de divisão celular ocorre a redução numérica dos cromossomos. As células filhas são idênticas às células genitoras.

No processo meiótico ocorrem duas divisões nucleares para apenas uma divisão longitudinal dos cromossomos. As células filhas ou ou gametas apresentam um número de cromossomos reduzido pela metade. As características da meiose são o pareamento, troca de partes, separação e redução numérica dos cromossomos que ocorrem aos pares, ou seja, homólogos, sendo um de origem materna e outro de origem paterna gerando, portanto, um indivíduo cujo patrimônio genético é proveniente dos progenitores.

Os gens são responsáveis pelos caracteres biológicos. São partes integrantes dos cromossomos onde ocupam lugares fixos e definidos denominados **locus**.

Gens alelos são aqueles que se emparelham no mesmo locus, em cromossomos homólogos. O par de gens alemorfos é responsável por cada caráter transmitido. Cada um dos genes é de origem materna e paterna, respectivamente.

Genótipo é o conjunto de gens herdados dos progenitores.

Fenótipo é a característica individual determinada pelo genótipo.

Gen dominante é aquele que inibe a ação de seu alelo no estado heterozigoto, enquanto o recessivo é o que tem sua ação inibida pelo gen dominante, só se manifestando no estado homozigótico. A combinação genética pode se fazer com ou sem dominância e cada gen pode ter mais de um alelo. Se os cromossomos homólogos apresentam alelos iguais, o indivíduo é homozigoto para esse gen. Se apresentam gens diferentes é chamado heterozigoto. A ausência ou presença dos aglutinogênios é deteminada por um fator hereditário, devido a alelos múltiplos situados no mesmo locus, em cromossomos homólogos, com a denominação de polialelia. Os gens A,B e O são os responsáveis pela ocorrência dos grupos sangüíneos do sistema ABO. Entre os dois primeiros não há dominância, porém, ambos dominam o terceiro (**Tabela I**).

TABELA – I

	HOMOZIGOTO			HETEROZIGOTO		
GENÓTIPO	00	AA	BB	AO	BO	AB
FENÓTIPO	0	A	B	A	B	AB

No estudo particularizado dos grupos sangüíneos, as hemáceas são sede de aglutinogênios determinados geneticamente. Apresentam capacidade antigênica reagindo, portanto, com anticorpos específicos, as aglutininas. Neste aspecto, o sistema ABO tem duas características que não são encontradas em nenhum outro sistema de grupo sangüíneo:

1. presença usual de aglutininas que reagem fortemente no soro daqueles pacientes que faltam os antígenos correspondentes; e

2. presença regular dos antígenos ABH sobre vários tecidos e as substâncias ABH nas secreções dos paciente. **(Tabela II)**

TABELA – II

GRUPO SANGUINEO	AGLUTINOGÊNIO NAS HEMÁCEAS	AGLUTININAS NO SORO
A	A	ANTI-B
B	B	ANTI-A
AB	AB	NENHUMA
O	NENHUM	ANTI-A e ANTI-B

Estas duas características únicas fazem com que esse sistema seja de longe o mais importante sistema do grupo sangüíneo, entre os vinte e três sistemas já catalogados para transfusão de sangue e transplantes de órgãos.

Mourant, 1976 (**Tabela III**) conduziu estudo da freqüência em percentagem do agrupamento ABO de eritrócitos, na população dos EUA.

TABELA – III
FREQÜÊNCIA (%) NA MAIOR POPULAÇÃO DOS EUA

INTERPRETAÇÃO	BRANCOS	NEGROS	INDIOS	ASIÁTICOS
O	45	49	79	40
A	40	27	16	28
B	11	20	4	27
AB	4	4	< 1	5

No sistema ABO a ocorrência de aglutininas é natural , ao contrário do sistema Rh, onde aparecem por estímulo antigênico, como veremos mais adiante. As hemáceas, contendo aglutinogênio de um determinado grupo sangüíneo, sofrem aglutinação quando em presença da aglutinina correspondente. Exemplo clássico são as reações transfusionais por sangue incompatível. A figura I exemplifica as compatibilidades do Sistema ABO-Rh, para efeitos transfusionais.

2. Sistema Rh

O sistema Rh é talvez o mais complexo sistema de eritrócitos nos termos do número de antígenos relatados, a relação entre estes antígenos e a nomenclatura proposta por diferentes pesquisadores.

Nas hemáceas de aproximadamente **85%** da população existe um aglutinogênio denominado Rh. O antígeno Rh (D) foi estabelecido através de cuidadosa observação clínica e pela experimentação em animais. O primeiro soro anti-Rh foi produzido em coelhos pela inoculação de eritrócitos do macaco **Rh**esus. Com este soro, Landsteiner e Weiner encontraram aquele percentual para os Rh (+) e 15% para para os que reagiram negativamente Rh (-), ausência do aglutinogênio.

O termo "Rh" passou então a definir o antígeno descoberto e a constatação da ausênica deste aglutinogênio no sangue de uma pequena minoria da população.

Ao contrário do sistema ABO, onde as aglutininas ocorrem naturalmente, neste sistema os anticorpos são imunes, só aparecendo pela indução do antígeno. O indivíduo não possui aglutinina correspondente ao Rh. No entanto, um indivíduo Rh (-) recebendo sangue Rh (+) produz aglutinina específica. Esses cruzamentos apresentam interesse prático, exemplificado na gestação de uma mãe Rh (-) com marido Rh (+) homozigoto. A prole oriunda dessa união será sempre Rh (+) . Nessa eventualidade, ocorrerá imunização materno-fetal que, agravada por gestações seguidas leva ao aparecimento da eritroblastose fetal, condição em que o feto, herdando o fenótipo Rh (+) do pai, imuniza a mãe que forma, assim, anticorpos contra o próprio filho em gestações futuras.

O fator Rh é determinado por um locus onde estão colocados dois gens alternativos Dd, onde **D** domina **d.** Os indivíduos Rh negativos são homozigotos recessivos (**Tabelas IV**) .

Tabela – IV
HEREDITARIEDADE NO SISTEMA RH

CRUZAMENTOS	GENÓTIPOS DA PROLE		
	DD	Dd	dd
DD x DD	100 %	-	-
DD x Dd	50 %	50 %	-
DD x dd	-	100 %	-
Dd x Dd	25 %	50 %	25 %
Dd x dd	-	50 %	50 %
dd x dd	-	-	100 %

Genótipo DD e Dd = Rh(+) ; e Genótipo dd = Rh(-).

Não obstante a complexidade existente nos sistema ABO e Rh, de antigenicidade potente e comprovada, existem, ainda, inúmeros outros sistemas sangüíneos cujos antígenos, apesar de menos potentes, são também capazes de desenvolver reações transfusionais por imcompatibilidade. Não obstante, podem oferecer reações hemolíticas graves levando ao óbito, quando não tomadas as medidas corretivas em tempo hábil. Entre esses sistemas, em ordem de importância, estão o Kell, Duffy, Kidd,MNSs, Lutheran, Di, Yt e Xg, além de outros.

MATERIAIS E MÉTODOS

A caracaterização do tipo sangüíneo e fator Rh foi realizado através de pesquisa efetuada nos prontuários de todos os militares (ambos os sexos) adultos, envolvendo os Oficiais (258) e Praças (180), num total pesquisado de 438 militares que corresponde ao efetivo do Hospital Geral de Brasília em dezembro de 2000. A tipagem foi realizada em lâmina com anti-soros específicos. Todas as amostras Rh-negativo, em lâmina, foram submetidas ao teste em tubo para pesquisa de variante Du sendo, portanto, refe-renciadas como Rh-negativo as amostras sem aglu-nação visível, demonstradas tanto em lâmina como em tubo. Os resultados estão demonstrados nos gráficos abaixo.

Percentual de tipo sangüineo e fator Rh do efetivo militar do HGeB para 2000

I-Oficiais

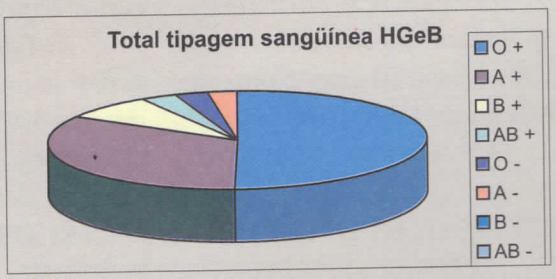
ABO/RH	Qtd	%
O +	131	51%
A +	92	36%
B +	15	6%
AB +	6	2%
O -	9	3%
A -	5	2%
B -	0	0%
AB -	0	0%
SOMA	258	100%

II-Praças

ABO/RH	Qtd	%
O +	89	49%
A +	56	31%
B +	18	10%
AB +	8	4%
O -	3	2%
A -	6	3%
B -	0	0%
AB -	0	0%
SOMA	180	100%

III-Total

ABO/RH	Qtd	%
O +	220	50%
A +	148	34%
B +	33	8%
AB +	14	3%
O -	12	3%
A -	11	3%
B -	0	0%
AB -	0	0%
SOMA	438	100%



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao tipo sangüíneo encontrado neste estudo, ele acompanha aquele conduzido por Mourant (1976), Tabela III. Apesar das diferenças de percentuais, as prevalências coincidem com aquela apresentada nas populações branca e asiática e evidencia, também, no nosso estudo, uma pequena porcentagem para os tipos "B" e "AB", respectivamente 8% e 3%.

Em relação ao fator Rh, pelos estudos conduzidos por Landsteiner e Weiner, é sabido que a grande maioria de uma determinada população é portadora do tipo Rh positivo. No nosso levantamento obtivemos também o mesmo resultado, com uma incidência, ainda maior, com aproximadamente 95% dos casos.

A ocorrência de maior evidência e que chama a nossa atenção nos resultados encontrados, é a pequena porcentagem - aproximadamente 5 % - dos portadores de tipo sangüíneo com Rh negativo e ausência, em toda a população estudada(oficiais e praças), dos tipos "B" e "AB". Esse achado ratifica o conceito existente em toda literatura que aborda esse assunto, referindo-se ao tipo sangüíneo AB "NEG" como "raro" ou "incomun".

Esse fato traz, como conseqüência, duas grandes dificuldades:

1. o achado desses portadores na população em geral, uma vez que se constituem uma pequena minoria; e

2. como conseqüência, a grande dificuldade na montagem de um estoque de reserva neces- sária para atender a possíveis demandas emergenciais.

Ainda, como um complicador, e este de origem cultural, é o fato de que poucas pessoas são espontaneamente doadoras. Esse tipo de comportamento é que faz surgir, periodicamente, campanhas que objetivam uma conscientização da população, no sentido de reverter esse quadro. Tais campanhas, através de um trabalho de sensibilização, tentam melhorar essa situação ou ao menos minimizar a enorme carência desses hemoderivados nos bancos de sangue, por todo o País.

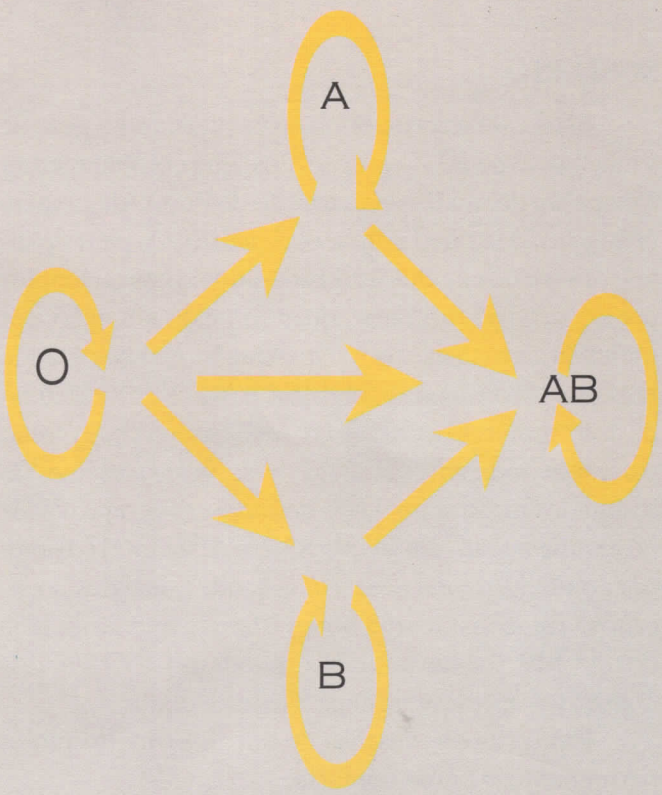
Muitas dessas campanhas realizadas, periodicamente e de caráter nacional, não resolvem o problema carencial,como já mencionado. Assim é que os responsáveis por esses estoques lançam mão de outros recursos, num verdadeiro corpo-a-corpo que não exclui investidas aos quartéis espalhados por todo o Brasil, colocando, assim, seus comandantes da linha-de-frente com o problema.

CONCLUSÃO

Durante o ano de dois mil , o Hospital Geral de Brasília não teve, em todo o seu efetivo (oficiais e praças), nenhum portador dos tipos de sangue **B** e **AB "Neg",** não podendo indicar militares com esse perfil de doador.

Pela necessidade da decisão que a função de comandante ou diretor exige, é imperioso que este conheça o tipo sangüíneo de todo o efetivo sob o seu comando. Esse conhecimento transforma-se, assim, em um importante instrumento decisório colocado à sua disposição que, convenientemente manuseado, evitará que possíveis portadores de sangue "incomum" participem de doações aleatórias, prejudicando a constituição de uma reserva estratégica para emprego em situações mais específicas.

FIGURA – 1
ESQUEMA DE COMPATIBILIDADE TRANSFUSIONAL (SISTEMA ABO-Rh)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- HENRY J.B. **Diagnósticos Clínicos e Tratamento por Métodos Laboratoriais**. 18ª ed.; Manole: São Paulo, 1995,cap 39, pp 1150 – 1155.
- LORENZI T.F. **Manual de Hematologia**. Medsi: Rio de Janeiro, 1992, cap 2, pp 58 – 62.
- CARVALHO W.F. **Técnicas Médicas de Hematologia e Imuno-Hematologia**. 6ª ed.; Coopmed: Belo Horizonte, 1994, cap 35, pp 195 – 199; cap 37, pp 211-212; cap 38, pp 216-218. |
- http:\\www.hemonline.com.br ; Capturado em Set 2000.

AGRADECIMENTO.

Agradecimentos ao Terceiro Sargento de Saúde MALAFAIA, pela colaboração prestada.

PANORAMA DE SAÚDE BUCAL DOS CONSCRITOS DA GUARNIÇÃO DE PORTO ALEGRE DO ANO 2000
PROFILE OF DENTAL HEALTH OF CONSCRIPTS AT PORTO ALEGRE GARRISON AT 2000 YEAR

Cristiano Macabú Badauy - 1° Ten Dent
Odontopediatra (U F E S) da PMPA

SUMÁRIO

Este estudo teve por objetivo mensurar o grau de saúde bucal de 10.220 conscritos, que compareceram à inspeção de saúde na Guarnição de Porto Alegre para prestação de serviço militar obrigatório. Os participantes foram examinados e considerados aptos ou inaptos para o serviço militar e, quando nesta situação, foi indicada a causa da sua incapacitação. Por sua grande importância na dentição humana, o índice de mortalidade do 1° molar permanente (1° MP) foi escolhido como parâmetro indicativo de saúde bucal neste trabalho. Os resultados mostraram 9,6 % dos conscritos reprovados no exame bucal, sendo que 85,2% deste total o foram por condição dental precária. A saúde bucal dos conscritos foi considerada boa, visto que apenas 8,26% dos 1° MP foram perdidos, enquanto 19,18% dos conscritos apresentaram perda deste dente.

Palavras chaves: saúde bucal; primeiro molar permanente; e perda dentária.

SUMMARY

The aim of this Study was to estimate the oral health degree of 10,220 conscripts which were presented to health inspection at Porto Alegre Garrison for the obligatory military service. The conscripts were inspected and considered qualified or not for the military service. When considered not qualified, the cause of its incapacity was indicated. Because of its significance for human denture, the first permanent molar (1st PM) death rate was chosen as indicative of oral health at this study.

The results showed that 9.6% of the conscripts were not qualified at the oral inspection, which of them, 85.2% because precarious oral condition. *The overall oral health of the conscripts was considered good; only 8.26% of 1st PM were lost, while 19.18% of the conscripts had this tooth lost.*

Key words: oral health; first permanent molar; and tooth loss.

INTRODUÇÃO

As comissões de seleção (**CS**) possuem grande importância como fonte de dados estatísticos para a área odontológica, visto que anualmente passam por ela 1,5 à 2% da população de determinada área.

Diversos autores como SINGH e cols (1960), ANKURIEMI e AINAMO (1997), MORGAN e cols (1988) utilizaram as Forças Armadas da Índia, Finlândia e Austrália, respectivamente, como fonte de pesquisa de dados de saúde bucal. Nestes casos, de estudos epidemiológicos extensos, MÁRIO CHAVES (1986) sugere índices simples para que se obtenha menores distorções.

Mc DONALD (1981) afirma que a integridade do 1° MP é útil na mensuração do nível de saúde bucal da população e a eficácia dos meios preventivos em uso. GREWE e cols (1966) estudaram a mortalidade dentária humana, ficando o 1° MP como terceiro dente mais perdido, sendo 87% de perdas por cáries. NICODEMO e cols (1973) concluíram que indivíduos com pouca assistência odontológica tem mais perda de 1° MP.

ARARIPE e SOARES (1981) examinaram 409 crianças do sexo masculino, de 5 a 12 anos de idade, e obtiveram 8,07% das crianças com perda e 2,81% dos 1° MP perdidos. TOLLENDAL e LEITE (1993) observaram que a perda de 1° MP sofria um incremento proporcional ao aumento da idade, com uma

média de 9,6% destes dentes perdidos em 1000 crianças, de 7 a 13 anos de idade.

FRASCA (1998) afirma que o 1° MP tem papel importante na trituração dos alimentos, estabilidade das articulações têmporo mandibulares e arcos dentais, equilíbrio das forças musculares, proteção dos dentes anteriores em oclusão cêntrica, além dos aspectos estéticos e fonéticos. Sua perda leva a alteração das posições dentárias, hipotonicidade muscular e disfunção articular e mastigatória.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram do estudo, realizado durante os eventos da Comissão de Seleção da Guarnição de Porto Alegre (CS GuPoA), 10.220 jovens do sexo masculino, de um total de 14.953 que deveriam se apresentar para a seleção do serviço militar do ano 2000. Apresentavam faixa etária de 17 a 29 anos e possuíam diversos padrões raciais, sócio-econômicos e culturais.

Foram examinados por um único dentista que considerou os seguintes critérios para registro dos dados:

- ✔ mortalidade dos 1° MP (considerando também ausentes quando havia apenas restos radiculares); e
- ✔ situação de aptidão ou inaptidão para o serviço militar

Os critérios adotados para incapacitação na inspeção bucal foram:

- ✓ ausência de dente anterior;
- ✓ presença de dente decíduo anterior;
- ✓ falta de condições dentárias (mais de um dente para exodontia ou endodontia ou mais de três dentes com lesões médias de cárie); e
- ✓ outras condições (lábio leporino, mal oclusão acentuada).

RESULTADOS

Os resultados serão expressos em números absolutos e porcentagens. Os dados obtidos da distribuição por idade e escolaridade dos conscritos podem ser observados nos **GRÁFICOS 1 e 2**. Mais de 90% dos inspecionados foram considerados aptos, com 85,23% das incapacidades por condição dental precária (**GRÁFICO 3 E TABELA 1**). Cerca de 19,18% da amostra apresentou perda do 1° MP, com média de 0,34 dente perdido por conscrito (**GRÁFICO 4 E TABELA 2**).

ANEXOS

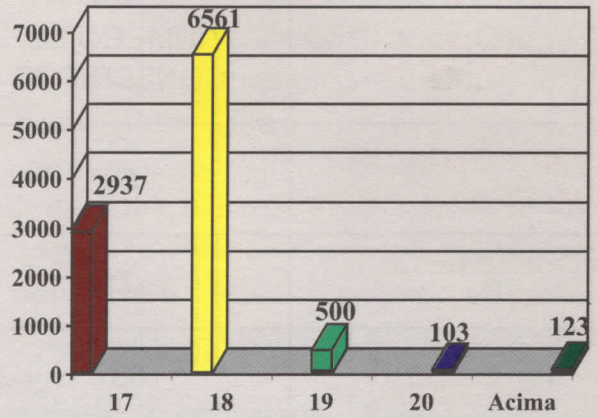


GRÁFICO 1: Distribuição dos conscritos por faixa etária

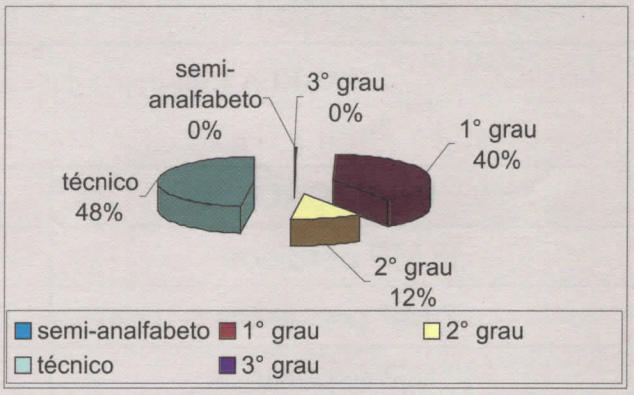


GRÁFICO 2: Representação da escolaridade dos conscritos.

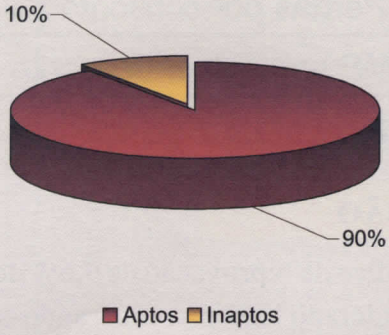


GRÁFICO 3: Demonstrativo da porcentagem de reprovados no exame bucal.

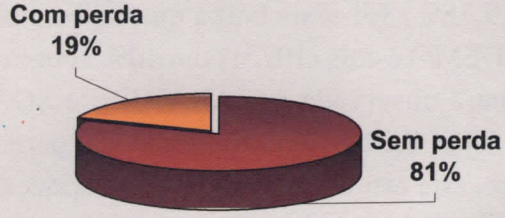


GRÁFICO 4 :Proporção da amostra com perda de 1° MP

CRITÉRIO	NÚMERO DE CONSCRITOS	PORCENTAGEM DOS REPROVADOS	PORCENTAGEM EM RELAÇÃO AO EFETIVO TOTAL
AUSÊNCIA DE DENTE ANTERIOR	59	6	0,58
DENTE DECÍDIO ANTERIOR	71	7,23	0,69
CONDIÇÃO DENTAL PRECÁRIA	837	85,23	8,19
OUTROS FATORES	15	1,52	0,15
TOTAL	**982**	**100**	**9,6**

TABELA 1:Ilustrativa das causas de reprovação no exame bucal.

SITUAÇÃO	NÚMERO	PORCENTAGEM
1º MP perdidos	3.374	8,26
1º MP presentes	37.506	91,74
1º MP esperados	40.880	100
Conscritos c/ perda de 1º MP	1.960	19,18
Perdas por conscrito	0,34	8,26
1º MP presentes/ conscrito	3,66	91,74

TABELA 2: Situação dos primeiros molares permanentes na amostra estudada.

DISCUSSÃO

O índice de reprovação de 9,6% dos conscritos é considerado baixo, comparando-se com outras Comissões de Seleção.

A porcentagem de indivíduos com perda de 1° MP (19,18%) foi mais baixa que a do estudo de NICODEMO e cols (1973) com 40% , porém mais alta que a observada por ARARIPE e SOARES (1981) com 8,07% de indivíduos com perda. Entretanto, este estudo foi realizado em crianças de 2 a 12 anos de idade e não considerou como perdidos quando havia apenas restos radiculares.

No presente estudo, 8,25% dos 1° MP estavam perdidos, com uma freqüência de perdas menor que a obtida nos trabalhos de TOLLENDAL e LEITE (1993), com 9,6%, e de MAGALHÃES e cols com 11,6% . ARARIPE e SOARES (1981), entretanto, obtiveram apenas 2,81% dos 1° MP perdidos, o que pode ser explicado pela diferença de idade das amostras e da metodologia aplicada.

CONCLUSÕES

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa parece-nos lícito concluir que:

✓ o índice de reprovação dos conscritos na

inspeção bucal foi de 9,6%, sendo a condição dental precária a causa principal;

✓ a freqüência de perda de 1° MP e a porcentagem de indivíduos com perda deste dente observadas neste estudo são mais baixas que a maioria dos resultados obtidos em trabalhos similares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SINGH, B. e cols. Causes of tooth mortality in personnel of armed forces of India. D. Abs. 7:334, 1962.
- ANKKURIEMI, O., AINAMO,J. Dental health and dental treatment needs among recruits of the Finnish defense forces 1919-96. Acta Odontologica Scandinavica, 55(3): 192-7, 1997.
- MORGAN, M. e cols. Dental caries amongst Royal Australian Navy recruits. Aust. Dent. Journal, 37(3):201-4,1992.
- CHAVES, M.- Odontologia Social – 3ª ed. Artes Médicas, 1986- 448p.
- Mc DONALD, R. Odontopediatria, 5ª ed. RJ, Guanabara Koogan, 1991, pg. 67-73.
- GREWE, J.e cols. Human tooth mortality: a clinical statistical study. Journal of the ADA, 72(1): 106-12, 1966.
- NICODEMO, R. Frequency of loss of the permanent molar among shite Brazilians living in São José dos Campos. Ver. Facul. Odont. São José dos Campos. 2: 21-6, 1973.
- NICODEMO, R. e cols. Comparative study of the prevalence of the loss among individuals belonging to different economic levels of the population. Rev. Fac. Odont. São José dos Campos. 2(2): 97-101, 1973.
- ARARIPE, L., SOARES, J. Freqüência de perda do primeiro molar permanente. Rev. Bras. Odont. 38(4): 36-54, 1981.
- TOLLENDAL, M., LEITE, I. Índice de mortalidade do primeiro molar permanente. Rev. Odontopediatria. 4(2): 195-201, 1993.
- FRASCA, L. Apud PURICELLI, E.- Primeiro molar permanente: uma biografia na odontologia. 1ª ed. Artes Médicas, 1998, 141p.
- MAGALHÃES, I. e cols. Contribuição ao estudo das perdas dos primeiros molares permanentes. Odontólogo Moderno. 23(2): 16-17, 1996.

USO DO HIDRÓXIDO DE CÁLCIO NO REPARO DE LESÕES ENDODÔNTICAS RELATO DE UM CASO CLÍNICO
USE OF CALCIUM HYDROXIDE IN THE REPAIR OF ENDODONTICS LESIONS. DECREASE – REPORT OF A CASE

PATRÍCIA TONETTO PICARELLI – 1º TEN. DENT. (HGuSA)
LISIANE VALANDRO – 2º TEN.DENT.(HGuSA)
Orientador – Rosalvo Barbosa da Silva – Cap. Endodontista (HGuSA)

SUMÁRIO

Este caso descreve o tratamento endodôntico de um paciente jovem com ampla lesão periapical utilizando como curativo de demora o hidróxido de cálcio (calen com PMCC) na redução dessa lesão.

Palavras chaves: Lesão periapical, hidróxido de cálcio, reparo da lesão.

SUMMARY

This case describes the endodontics treatment of a young patient with extensive lesion periapical utilizing as curative calcium hydroxide (calen with PMCC) in the repair of this lesion

Key words: Periapical lesion, calcium hydroxide, repair of the lesion.

INTRODUÇÃO

O reparo de lesões periapicais após o tratamento endodôntico é a maior dificuldade que o cirurgião dentista se depara, devido ao grande número de microorganismos existentes nos sistemas de canais radiculares. Para obtermos a sanificação de processo periapical, muitas vezes necessitamos do uso de medicações como curativo de demora, pois mesmo após a conclusão da limpeza e modelagem dos canais, alguns casos necessitam da mesma, com objetivo de potencializar o reparo.

No presente trabalho, apresentamos o caso de uma paciente jovem com extensa lesão periapical, onde a medicação usada como curativo de demora foi o hidróxido de cálcio – calen com PMCC.

Sabe-se que o hidróxido de cálcio apresenta expressivas propriedades enzimáticas, quais sejam: a) inibir enzimas bacterianas, gerando efeito antimicrobiano; b) ativar enzimas teciduais, conduzindo ao efeito mineralizador.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, com 11 anos de idade, apresentava extensa lesão cariosa com comprometimento pulpar no dente 46, sem sintomatologia dolorosa e com presença de fístula na mucosa vestibular. Ao exame radiográfico foi constatada extensa lesão periapical.

Figura 1

SEQÜENCIA DO TRATAMENTO

Na primeira consulta foi feita anestesia, remoção de cárie, pulpectomia dos canais distal, mesio-vestibular e mesio-lingual com penetração desinfetante. Nesta sessão o curativo de demora usado foi o tricresolformalina, ficando por 48 horas na câmara pulpar. O dente foi selado com material obturador provisório cimpat.

Na Segunda consulta, 48 horas após, foi feita anestesia, isolamento absoluto do campo operatório, preparo químico-mecânico dos três canais.

Através da odontometria obteve-se o comprimento de trabalho dos canais:

D = 15mm (memória nº 55)
MV = 18,5mm (memória nº 35)
ML = 19mm (memória nº 35)

A solução irrigadora usada no preparo químico-mecânico dos canais foi o hipoclorito de sódio à 01% (solução de Milton)

Após a irrigação e secagem dos canais foi colocado calen com PMCC (SS WHITE) através de sua respectiva seringa e agulha longa. Foi feito selamento com bolinha de algodão esterilizada, guta-percha e cimpat. Essa medicação permaneceu nos canais por 21 dias.

Na terceira consulta, após 21 dias, foi realizada a obturação dos três canais, com cimento endofill e cones de guta-percha.

A restauração definitiva com resina composta (Z-100) foi realizada em outra sessão.

DISCUSSÃO

No presente trabalho tivemos nosso objetivo alcançado, ou seja, constatamos a completa reparação tecidual.

Segundo **Estrela** (1997), o qual estudou a eficácia de diferentes pastas de hidróxido de cálcio sobre os principais microorganismos existentes nos sistemas de canais. O que diz respeito ao calen com PMCC temos o seguinte resultado: em um minuto, exerceu efeito letal sobre o S.MUTANS e o S.FAECALIS, enquanto que para o S.AUREUS, este efeito foi observado após 48 horas.

Estrela et al (1994) acreditam que na realidade o hidróxido de cálcio apresenta duas grandes propriedades enzimáticas: a de inibir as enzimas bacterianas, levando ao efeito antibacteriano, e a de ativar as enzimas teciduais, como a fosfatase alcalina, gerando efeito mineralizador.

Holland et al (1983), analisando a influencia da reabsorção óssea relacionada com o sucesso do tratamento endodôntico, postularam que o efeito do hidróxido de cálcio como medicação intracanal em dentes portadores de lesões periapicais, podem encorajar a reparação tecidual e favorecer a obturação convencional do canal radicular.

Segundo **De Deus**, o hidróxido de cálcio tem sido freqüentemente indicado como medicação curativa intracanal. Acredita que os microorganismos não possam desenvolver-se em contato direto com o hidróxido de cálcio. Tem a vantagem de poder atuar por vários dias, o que não ocorre com os anti-sépticos usuais. Uma atividade de grande valia do hidróxido de cálcio é que ele provoca a inibição da proliferação bacteriana. Pode privar os microorganismos residuais do seu suprimento nutritivo prevenindo a penetração do exsudato no interior do sistema de canais radiculares. Também o pH 12,4, altamente alcalino, pode ainda favorecer a morte bacteriana. Curativos com hidróxido de cálcio feitos a longo prazo têm demonstrado a reversão de várias alterações periapicais.

Conforme leciona **Weine** (1998), uma das condições mais surpreendentes de tratar, é um dente com uma exsudação constante, associada a uma ampla radiolucência periapical. O mecanismo exato da ação do hidróxido de cálcio neste tipo de caso é um objeto de muitas conjecturas. Acredita ainda que ele esteja intimamente relacionado ao pH dos tecidos periapicais, que deve estar muito ácido no estágio de exsudação. O pH é convertido pela pasta a um ambiente mais básico. Por causa do seu pH, poucos microorganismos podem sobreviver na presença do hidróxido de cálcio. O material tem um registro excelente na cura de radiolucência.

RESULTADOS

Após 14 meses, ao exame clínico, a restauração apresentava-se bem adaptada, tecidos moles em condições de normalidade e radiograficamente completa reparação periapical .

CONCLUSÃO

O emprego de hidróxido de cálcio em dentes humanos com necrose pulpar, associados à patologia periapical, levam à conclusão de que seu uso nas diversas situações clínicas simplificam o tratamento e colabora com o processo de reparação tecidual.

Figura 2

BIBLIOGRAFIA

- **ESTRELA, C.; LOPES, H.P.; FELIPPE Jr., O. Chemical study of calcium carbonate present in various calcium hydroxide samples. Braz. Endod. J., v.2, n.2, 1997. (in press).**
- **ESTRELA, C.; SYDNEY, G.B.; BAMMANN, L.L.; FELIPPE Jr., O. - Estudo do efeito biológico do pH na atividade enzimática de bactérias anaeróbias. Rev. Fac. Odontol. Bauru, v. 2, n.4, p. 29-36, 1994.**
- **HOLLAND, R.; SOUZA, V.; NERY, M.J. MELO, W.; BERNABÉ, P.F.E. Root canal treatment with calcium hydroxide. Effect of an oil water soluble vehicle. Rev. Odontol. Unesp., v. 12, n. 1/2, p. 1-6, 1983.**
- **HOLLAND, R.; VALLE, G.F.; TAINTOR, J.F.; INGLE, J.I. Influence of bony resorption on Endodontic treatment. J. Endod., v.55, n.2, p.191-203, 1983.**
- **WEINE, S.; FRANKLIN, Endodontic Therapy. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., v.5, p.378-379, 1998.**
- **DE DEUS, QUINTILIANO DINIZ, Endodontia. Editora Medsi, 1992, 5ª edição. 695 páginas**

O VALOR DOS RECURSOS HUMANOS, NA NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA
THE VALUE OF THE HUMAN RESOURCES, IN THE NEW BRAZILIAN PUBLIC ADMINISTRATION

Luiz Sávio Salgado Brandão - Major Médico da D Sau
Pós-Graduado em Política e Estratégia pela Universidade de Brasília (UnB); em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas;
e em Políticas Públicas pela Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

A **"Reforma do Aparelho do Estado"**, iniciada em 1995 pelo Governo Brasileiro, encontra-se entre os assuntos de fundamental importância na agenda política do País.

O presente trabalho tem, por escopo, mostrar, de maneira suscinta, o processo de transformação que vem passando a **Administração Pública Brasileira**, ao longo dos últimos anos, salientando a importância que tem os **Recursos Humanos** no atual contexto de mudanças por que passa o Estado Brasileiro.

Palavras chaves:
Administração Pública, Gestão Pública e Recursos Humanos.

SUMMARY

The "State Machine" Reform, began in 1995 by the Federal Government, is one of the most important subjects of the Brazilian Politics Agenda.

Thus, the paper scope is to briefly describe the transformation process undergone at the Brazilian Public Administration along the last years, showing the importance of Human Resources in this context.

Key words:
Public Administration, Public Management and Human Resources.

INTRODUÇÃO

Uma nova sociedade está se formando no Brasil. Essa nova sociedade requer um novo modelo de Estado. Neste contexto, a **"Reforma do Aparelho do Estado"**, iniciada nos primeiros momentos do Governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995, vem assumindo, desde então, uma fundamental importância na agenda política do País.

A seguir, apresentaremos, de forma suscinta, as principais mudanças ocorridas na **Administração Pública Brasileira**, ao longo dos últimos anos, salientando, em particular, o papel dos **Recursos Humanos** no atual contexto de mudanças por que passa o Estado Brasileiro.

DESENVOLVIMENTO

Por meio da Reforma Gerencial da Administração Pública, está se substituindo a **administração pública burocrática**, misturada a práticas clientelistas ou patrimonialistas, por uma **administração pública gerencial**, que adota os princípios da nova gestão pública (**new public management**), flexibilizando os processos e regulamentos burocráticos e procurando conferir um grau maior de autonomia e de "**accountability**" às agências governamentais e aos seus gerentes.

O que tem se buscado com a mesma, em última análise, é reconstruir o Estado, tornando-o mais democrático e com maior capacidade de servir ao cidadão, além de tornar os servidores públicos, de um lado, mais autônomos para tomar decisões e mais responsabilizáveis perante a sociedade, e, de outro, mais eficazes e eficientes na defesa do interesse público.

No que concerne aos recursos humanos, o processo de mudanças que vem sendo empreendidas, desde então, tem sido, por vezes, considerado até mesmo um pouco traumático.

Isto se deveu, em primeiro lugar, à uma ausência na legislação brasileira, de uma política de recursos humanos coerente com as necessidades do aparelho do Estado.

A legislação que regulava as relações de trabalho no setor público era inadequada, notadamente pelo seu caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor. São exemplos

imediatos deste quadro, a aplicação indiscriminada do instituto da estabilidade para o conjunto dos servidores públicos civis submetidos a regime de cargo público e de critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal que impediam o recrutamento direto no mercado, em detrimento do estímulo à competência.

Do ponto de vista dos quadros técnicos, gerenciais e operacionais, o que se observava é que a administração de recursos humanos carecia da existência de um sistema de incentivos para o profissional, sendo patente a ausência de uma política orgânica de formação, capacitação permanente e de remuneração, condizentes com a valorização do exercício da função pública.

Funcionários sonolentos e de má-vontade, paletó pendurado na guarda da cadeira vazia, pilhas de papel amontoadas em cima da mesa, lugares mal-iluminados, um ar geral de decadência e descaso – este foi o estereótipo que durante décadas povoou o imaginário popular quando o assunto era repartição pública.

Com as mudanças empreendidas, tal quadro começa a mudar.

Uma infinidade de cargos públicos desapareceu no processo de privatização de empresas estatais e um setor público cada vez mais leve e mais eficiente está surgindo. No bojo dessas transformações, o Governo Federal partiu para uma iniciativa pioneira, que pretende ser um marco na mudança da cultura do serviço público, ao incorporar ao mesmo práticas do setor privado que estão revolucionando as relações com os clientes/usuários dos serviços.

Assim é que, dentro desta nova filosofia, os órgãos da administração federal estão passando a trabalhar dentro de um novo modelo de atuação: a **"gestão empreendedora"**.

A construção dessa nova realidade, exige pessoas com alta capacidade de negociação e iniciativa, além de grande dinamismo e autonomia para resolver os problemas que surgem na condução das políticas públicas.

O sistema de trabalho com "gerentes de projetos", por exemplo, é uma prática muito comum nas empresas privadas e, que vem sendo utilizada, com sucesso, no Programa Avança Brasil **(PPA 2000-2003)**, contribuindo para tornar o Estado mais ágil e transparente.

Neste mesmo contexto, o Governo Federal, através da Secretaria de Gestão, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, objetiva com o **"Programa de Valorização do Servidor Público"**, aperfeiçoar a gestão de recursos humanos, para ampliar a contribuição do servidor à melhoria da qualidade da gestão pública.

Tal Programa pretende, dentre outras coisas, promover o desenvolvimento gerencial de gerentes e servidores; aprimorar a estrutura de cargos, carreiras e remunerações e dar maior gerenciabilidade à administração de recursos humanos.

Para atingir tais premissas, o Governo Federal tem implementado ações visando: reorganizar as carreiras do Estado; estabelecer novos parâmetros para as políticas remuneratórias; fortalecer a avaliação de desempenho; capacitar melhor os recursos humanos; e garantir uma renovação gradual e constante do quadro de servidores públicos, por meio da realização de novos concursos.

CONCLUSÃO

Concluindo, pode-se depreender com este breve ensaio reflexivo, que a política de recursos humanos tem, assim, uma função prioritária no atual contexto de mudanças por que passa o Estado Brasileiro.

Por certo, ela contribuirá e muito, para o fortalecimento do Estado, na busca de um novo Brasil, que está sendo construído: o Brasil da democracia, da estabilidade econômica e da seriedade no trato dos assuntos públicos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- **BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado para a Cidadania: A Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional. São Paulo: Editora 34/ ENAP, 1998;**
- **BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos e SPINK, Peter, orgs. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998;**
- **BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. "Reflexões Sobre a Reforma Gerencial Brasileira de 1995". Revista do Serviço Público, 50 (4), Out-Dez 1999;**
- **MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO (MARE). (1995), Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Plano aprovado pela Câmara da Reforma do Estado da Presidência da República em Setembro de 1995. Brasília: Imprensa Nacional, 1995;**
- **MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (MPOG) / SECRETARIA DE GESTÃO. Diretrizes Para a Gestão de Um Novo Brasil. Brasília: 2000.**

O SERVIÇO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO

*Dr. MARCELO **ECHART** DE ABREU – Maj Med / D Sau*
(Master of Science, Information Systems - University of Maryland, Baltimore County / USA

CRONOLOGIA DOS EX-DIRETORES DE SAÚDE, DE 1808 ATÉ 2001

Nr de ordem	Posto	Nome	Período	
			Início	Término
1	Cel	Frei Custódio de Campos e Oliveira	09/02/1808	10/12/1822
2	Cir	Manoel Antônio Henrique Tota	10/12/1822	07/07/1849
3	Cir Mór Div Dr.	Antônio José Ramos	07/07/1849	19/12/1856
4	Cir Mór Dr.	Manoel Feliciano P. de Carvalho	20/12/1856	02/11/1867
5	Cir Mór Dr.	José Ribeiro de Souza Fontes	02/11/1867	03/02/1890
6	Gen Bda Dr.	Antônio Souza Dantas	05/03/1890	25/08/1890
7	Gen Bda Dr.	João Severiano da Fonseca	04/10/1890	07/11/1897
8	Gen Bda Dr.	Antônio P. da Silva Guimarães	08/04/1892	04/11/1893
			09/11/1897	18/11/1897
9	Gen Bda Dr.	Alexandre M. Bayma	18/11/1897	02/11/1904
10	Gen Bda Dr.	Antônio C. Pires C. Albuquerque	15/01/1904	17/07/1904
11	Gen Bda Dr.	José Leoncio de Medeiros	20/07/1904	10/05/1911
12	Gen Bda Dr.	Ismael da Rocha	10/05/1911	10/07/1918
13	Gen Bda Dr.	Antônio Ferreira do Amaral	10/07/1918	26/09/1924
14	Gen Bda Dr.	Sebastião Ivo Soares	08/10/1924	07/11/1930
15	Gen Div Dr.	Álvaro Carlos Tourinho	07/11/1930	09/10/1940
16	Gen Med Dr.	João Afonso de Souza Ferreira	29/08/1941	27/12/1945
17	Gen	Florêncio Carlos de Abreu Pereira	27/12/1945	30/12/1949
18	Marechal	Emmanuel Marques Pinto	03/01/1950	14/07/1953
19	Gen Div Med	José Vieira Peixoto	14/07/1953	22/07/1957
20	Gen Div Med	Achilles Paulo Galloti	22/07/1957	03/02/1961
21	Gen Div Med	Ernestino Gomes de Oliveira	03/02/1961	30/11/1965
22	Gen Div Med	Olívio Vieira Filho	30/11/1965	18/03/1970
23	Gen Div Med	Álvaro Menezes Paes	18/03/1970	31/12/1972
24	Gen Div Med	Washington Augusto de Almeida	31/01/1973	17/09/1976
			Transf Brasília	31/07/1974
25	Gen Div Med	Geraldo A. D'Abreu	17/09/1976	08/05/1979
26	Gen Div Med	João Veloso	08/05/1979	22/02/1983
27	Gen Div Med	Nilton Guilherme	25/04/1983	14/01/1987
28	Gen Div Med	Antônio Luiz Coimbra de Castro	14/01/1987	26/08/1988
29	Gen Div Med	Aureliano Pinto de Moura	26/08/1988	23/08/1991
30	Gen Div Med	Orlando de Carvalho	23/08/1991	28/01/1994
31	Gen Div Med	Fábio Amadeu Pereira da Silva	28/01/1994	07/01/1998
32	Gen Div Med	Severino Ramos de Oliveira	07/01/1998	14/12/2001

GENERAL-DE-BRIGADA MÉDICO, DR. JOÃO SEVERIANO DA FONSECA

(SÉTIMO DIRETOR DE SAÚDE)

João Severiano da Fonseca nasceu a 27 de maio de 1836, na antiga cidade de Alagoas, hoje Marechal Deodoro (AL). Duas filhas e oito filhos compunham a família do Tenente-Coronel Manuel Mendes da Fonseca e de Dona Rosa Maria Paulina da Fonseca, sendo um deles, Manuel Deodoro da Fonseca, generalíssimo, proclamador da República e seu primeiro Presidente. Dos homens, todos militares, João Severiano foi o único que não seguiu, de imediato, a carreira das Armas.

Matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e recebeu o grau de Doutor em 1858. Fizera-se médico por vocação, mas o amor pela farda impeliu-o ao Exército. A 29 de janeiro de 1862, ingressou no Corpo de Saúde, no posto de 2º Tenente, como cirurgião. Somavam-se, nesse ato, o homem da ciência de curar e o valoroso soldado, que não se dissociaram nem quando foi promovido a General-de-Brigada, em 1º de maio de 1890.

João Severiano combateu pela Pátria e salvou vidas. De 1864 a 1870, participou da Campanha do Uruguai, na qual prestou notáveis serviços médicos. Esteve presente em toda a Campanha da Tríplice Aliança, sendo figura constante nas linhas de fogo. Foi alvo de repetidos elogios, pelo zelo, competência profissional e senso humanitário, razão por que, merecidamente, foi promovido a capitão e, de volta à Pátria, foi designado para servir no Hospital Militar da Guarnição da Corte.

Ao longo de sua carreira, o militar e médico João Severiano recebeu diversas condecorações. A 22 de abril de 1880, passou a integrar a Academia Imperial de Medicina como membro efetivo, sendo o primeiro militar agraciado com essa honraria. Em outubro de 1880, integrou-se ao Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro.

Em 1887, integrou, como médico, a Comissão de Limites com a Bolívia, rumando para Corumbá e regressando três anos depois, para ser reincorporado ao Hospital Militar da Guarnição da Corte (atualmente conhecido por Hospital Central do Exército), no qual serviria por mais de 14 anos, sendo que a República vai encontrá-lo na Direção interina do mesmo. Serviu, também, no Hospital Militar de Andaraí e chefiou a enfermaria da Escola Militar da Praia Vermelha.

Sua inteligência e interesses variados fizeram com que se interessasse por outras áreas do conhecimento. Pertenceu, ainda, a várias outras agremiações literárias e científicas, entre as quais:

- Instituto de França;
- Instituto Farmacêutico do Rio de Janeiro;
- Sociedades de Geografia do Rio de Janeiro, de Lisboa e de Madri;
- Instituto Arqueológico Alagoano;
- Ateneu de Lima (Peru); e
- Instituto Médico Brasileiro.

A 13 de julho de 1889 foi nomeado professor da cadeira de Ciências Físicas e Naturais do Imperial Colégio Militar.

Como Coronel, exerceu as funções de Inspetor do Pessoal do Serviço Sanitário e, em 04 de outubro de 1890, efetivado no posto de General-de-

Brigada, assumiu a Inspetoria Geral do Serviço Sanitário, atual Diretoria de Saúde.

Tomou assento, em 1890, no Conselho Supremo Militar de Justiça e, no ano seguinte, foi eleito Senador.

Misto de médico, militar, escritor, político, historiador e diplomata, emprestou o brilho de sua inteligência a várias obras de relevo sobre Medicina, Geografia e História. Durante sua carreira, prestou ao Exército Brasileiro os mais assinalados serviços, tanto na paz como na guerra, consagrando à saúde do soldado todos os esforços e sacrifícios.

Faleceu a 7 de novembro de 1897, na cidade do Rio de Janeiro.

Todas essas razões justificam a escolha de sua insigne figura como Patrono do Serviço de Saúde do Exército, em 1940, a qual foi homologada em decreto de 13 de março de 1962.

FATOS HISTÓRICOS RELATIVOS AOS EX-DIRETORES DE SAÚDE

- O Segundo Diretor de Saúde, Cirurgião- Mor Dr. Manoel Antônio Henrique Tota, permaneceu ***vinte e seis anos, seis meses e vinte e sete dias*** no cargo, sendo o Diretor que mais tempo ficou a frente do Serviço de Saúde do Exército.
- O Quarto Diretor de Saúde, Cirurgião-Mor Dr. Manoel Feliciano P. de Carvalho foi o primeiro brasileiro a ocupar o cargo de Diretor de Saúde, ***quarenta e oito anos, dez meses e onze dias*** após a criação da Diretoria de Saúde, então "Repartição do Cirurgião-Mor", sendo que os três primeiros Diretores de Saúde, respectivamente Frei Custódio Campos e Oliveira, Cirurgião-Mor Manoel Antônio Henrique Tota e Cirurgião-Mor de Divisão Antônio José Ramos, eram de origem portuguesa.
- O posto de General-Médico (Brigada e Divisão) só foi instituido com o sexto Diretor de Saúde, o General-de-Brigada Dr. Antônio Souza Dantas, no ano de 1890, após a proclamação da República (1889).
- O Décimo Quarto Diretor de Saúde, General-de-Brigada Dr. Sebastião Ivo Soares, é tio do apresentador e humorista Jô Soares.
- O Décimo Sexto Diretor de Saúde, General-de-Brigada Dr. João Afonso de Souza Ferreira, foi o primeiro Oficial Brasileiro a receber a ***"Medalha Militar Francesa"*** por sua atuação na linha de frente de batalha, na I Guerra Mundial (1914 – 1918).
- O Décimo Oitavo Diretor de Saúde, Dr. Emmanuel Marques Porto, foi o único ***Marechal Médico do Exército Brasileiro***, resultado de sua destacada atuação nos campos de batalha da Itália, na II Guerra Mundial (1939 – 1945).
- O Décimo Nono Diretor de Saúde, Dr. José Vieira Peixoto, foi o primeiro General-de-Divisão Médico do Serviço de Saúde.
- O Vigésimo Segundo Diretor de Saúde, Dr. Olívio Vieira Filho, foi o único Diretor de Saúde que, sem o curso da Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, chegou ao posto mais alto do Serviço de Saúde, o de General-de- Divisão Médico, e respondeu, àquela época, pela chefia do Departamento de Provisão Geral (que veio a ser o Departamento-Geral de Serviços, já extinto).
- O Vigésimo Quarto Diretor de Saúde, General-de-Divisão Médico Washington Augusto de Almeida, foi responsável pela transferência da Diretoria de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (RJ) para Brasília (DF), no ano de 1974.

SOCIAIS – O QUE ACONTECE NA DSAU

Dr Emilio José Almeida da Silva - Cel Med QEMA
Subdiretor de Saúde

"Deus é a Fonte da Luz e o Homem é a Luz emanada de Deus".
Masaharu Taniguchi

JANTAR DE DESPEDIDA

Em concorrido jantar de despedida dos companheiros Gen Fayad, Cel Walmir, Cel Mendelsohn e Cap Garcia, no 1º semestre de 2001, os quais foram transferido para a reserva, não faltaram os amigos do QGEx e do HGeB que, com suas presenças, abrilhantaram o evento.

PARTICIPAÇÃO DO DIRETOR DE SAÚDE EM CONGRESSO

No período de 03 a 08 Jun 01, o Gen Ramos participou do II Congresso Pan-Americano de Medicina Militar, ocorrido na Venezuela.

Na ocasião, o Cel Med QEMA R/1 Albuquerque, ex-integrante da D Sau, apresentou um trabalho sobre o emprego da medicina militar em ocasiões de catástrofes.

DESPEDIDA DO TEN CEL MED QEMA MENDES

Gen Ramos e Ten Cel Mendes

No dia 20 de dezembro de 2001, o Ten Cel Mendes, Adjunto da Sec Ap Sau, por ter sido nomeado Diretor do HGeS, despediu-se da D Sau, onde contribuiu, sobremaneira, para que pudéssemos manter o nível de qualidade técnico-profissional, que sempre caracterizou o Serviço de Saúde do Exército.

Ao prezado companheiro desejamos sucesso na nova missão.

SEMANA DA SAÚDE NO QGEX

No mês de maio de 2001, durante a semana do Serviço de Saúde, ficaram expostas no QGEx várias fotografias de nossas OMS, bem como profissionais do HGeB permaneceram, por todo o período, medindo a pressão arterial dos visitantes.

Calcula-se que aproximadamente 600 pessoas estiveram no evento.

VISITA DO GEN EX LEONEL

O Diretor de Saúde, em 08 de novembro de 2001, presentes os Gen Cavalcanti e Araújo e o Cel Emilio, recebeu a auspiciosa visita do Gen Ex R/1 Leonel que exaltou o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Saúde do Exército.

Na ocasião, estimulou a todos a não deixar que sentimentos de timidez ofusquem o nosso trabalho.

EPCOM / 2001

No período de 05 a 07 de novembro de 2001, ocorreu o estágio para os comandantes, chefes e diretores/2001.

No conjunto de fotos ao lado, momentos do evento realizado na Diretoria de Saúde, com as participações do Gen Ramos, Cel Emilio, Cel Torres Neto, Ten Cel Mendes e novos diretores nomeados.

ANIVERSÁRIO DO GEN ARAÚJO

No dia 26 de outubro de 2001, a Diretoria de Saúde comemorou o aniversário do Gen Araújo, com espírito de camaradagem e confraternização.

Na foto ao lado, o Gen Araújo recebe um presente dos integrantes da D Sau.

DESPEDIDA DO GEN ARAÚJO

Generais Alcedir, Ramos, Uchôa, Beust, Biasi e Araújo

Em 13 de dezembro de 2001, o Gen Araújo despediu-se da D Sau, por ter sido nomeado Assessor de Saúde do CML.

DESPEDIDA DO GEN RAMOS

Generais Ramos e Cavalcanti. ⇦

General Ramos e integrantes da DSau ⇨

No dia 19 de dezembro de 2001, numa singela cerimônia interna, o Gen Ramos despediu-se da D Sau.

O Gen Cavalcanti, ainda como Subdiretor de Saúde, saldou o Gen Ramos, ressaltando os valores morais e profissionais do Chefe, destacando que, merecidamente, galgou todos as graduações e postos, de recruta à general.

ALMOÇO DE FINAL DE ANO

Gen Ramos e Servidoras Civis da D Sau.

O almoço de confraternização de final de ano da D Sau, no Recanto dos Granadeiros, no BGP, ocorreu em 11 de dezembro de 2001, com as presenças de todos os integrantes da D Sau, Comandante do BGP e Diretor do HGeB.

VISITA AO HGEF

Jantar em Fortaleza, em homenagem ao Gen Ramos

Atendendo a programação de visitas às OMS, por conta da CN/DST/Aids, o Diretor de Saúde esteve no HGeF proferindo palestra em 27 de setembro de 2001.

Na ocasião, o Diretor do HGeF prestou uma homenagem ao Gen Ramos em nome dos integrantes daquele nosocômio, durante um jantar.

DESPEDIDA DO CEL MED ALBUQUERQUE

Generais Ramos e Cavalcanti e Cel Albuquerque

O Cel Med QEMA Albuquerque , em 30 de abril de 2001, foi transferido para a reserva remunerada, a pedido.

Foi Chefe da S/3-Recursos Humanos e, durante o período em que serviu na D Sau, conquistou a simpatia e amizade dos militares e servidores civis da Diretoria.