

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ

Janeiro/ Junho 2013 - Vol. 71 - Nº 1

January/ June 2013 - Vol. 71 - Nº 1

ARTIGO ORIGINAL

RESEARCH ARTICLE

VITIMIZAÇÃO ESCOLAR

SCHOOL VICTIMIZATION

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE DE 2009 A 2010 DE UM HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

EPIDEMIOLOGY OF HOSPITALAR MORTALITY FROM 2009 TO 2010 IN A GENERAL HOSPITAL IN CURITIBA

EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTO-JUVENIL: CRIANÇAS ÓRFÃS DE DIREITOS

SEXUAL EXPLORATION OF CHILDREN AND YOUNGSTERS

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ADMITTED WITH ACUTE PANCREATITIS IN UNIVERSITY HOSPITAL

APENDICITE AGUDA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉVIO PARA A EVOLUÇÃO DO QUADRO

ACUTE APPENDICITIS: THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS FOR EVOLUTION

RELATO DE CASO

CASE REPORT

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE HEPATITE AUTOIMUNE

ATYPICAL PRESENTATION OF AUTOIMMUNE HEPATITIS

DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS PULMONARES INFRADIAPHRAGMÁTICA

INFRADIAPHRAGMATIC TOTALLY ANOMALOUS PULMONARY VENOUS CONNECTION

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

HISTORY MUSEUM OF MEDICINE

ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ - AMP
FILIADA À ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

V. 71 Nº 1, JANUARY / JUNE 2013 - CURITIBA - PARANÁ

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ
Órgão Oficial da Associação Médica do Paraná
Fundada em 1932, pelo Prof. Milton Macedo Munhoz

Editor Principal

João Carlos Gonçalves Baracho

Conselho Editorial

José Fernando Macedo
Rodrigo de A. Coelho Macedo
Gilberto Pascolat
Carlos Roberto Naufel Junior

Normalização Bibliográfica

Ana Maria Marques

Revisor

Gilberto Pascolat

Diagramação e arte final

Trillo Comunicação

Impressão

GRÁFICA CAPITAL

Indexada na Base de Dados LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ISSN - 0100-073X

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ
DIRETORIA - TRIÊNIO 2011/2014

Presidente

João Carlos Gonçalves Baracho

Vice-Presidente Curitiba

José Fernando Macedo

Vice-Presidente - Norte

Anderson Wagner Garcia

Vice-Presidente - Noroeste

Leônidas Favero Neto

Vice-Presidente - Centro

Plínio Leonel Jakiniu

Vice-Presidente - Sudoeste

José Luiz Bertoli Neto

Vice-Presidente - Sul

Araré Gonçalves Cordeiro Junior

Secretário Geral

Nerlan Tadeu G. de Carvalho

1º Secretário

Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho

1º Tesoureiro

Gilberto Pascolat

2º Tesoureiro

Viviane Hiroki Flumignan Zétola

Diretor de Patrimônio

Mauro Borges da Silva

Diretor Científico e Cultural

Regina Celli P. S. Piazzetta

Diretor de Comunicação Social

Osni Moreira Filho

Diretoria Social

Carlos Roberto Naufel Junior

Diretor de Museu

Ehrenfried Othmar Wittig

Conselho Fiscal

Carlos Roberto de Oliveira Borges

Claudio Leinig Pereira da Cunha

Henrique de Lacerda Suplicy

José Antonio Maingue

Keti Stylianos Patsis

Luiz Antonio Munhoz da Cunha

Ney José Lins de Alencar

Nicolau Gregori Czezko

Ronaldo da Rocha Loures Bueno

Valdir de Paula Furtado

Delegados junto a AMB

Benedito Carlos Tel

Claudio José Trezub

Francisco Pereira de Barros Neto

Helcio Bertolozzi Soares

Jairo Sponholz de Araujo

José Jacyr Leal Junior

José Luiz de Andrade Neto

Jurandir Marcondes Ribas Filho

Oswaldo Baptista Borgianni

Paulo Maurício Piá de Andrade

Renato de Araujo Bonardi

Roberto Gomes de Carvalho

Roberto Pirajá Moritz de Araujo

Sebastião Maurício Bianco

Toraó Takada

Valdemir Quintaneiro

Vilson José Ferreira de Paula

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO

A Revista Médica do Paraná aceita somente trabalhos que se enquadrem nas normas estabelecidas pelo Conselho Editorial. Serão aceitos artigos originais de pesquisa médica ou de investigação clínica desde que representem estatísticas próprias ou se refiram a novos métodos propedêuticos ou de técnica cirúrgica. Os trabalhos deverão ser encaminhados ao Conselho Editorial, com carta em anexo assegurando que são inéditos, isto é, não tenham sido anteriormente publicados em outro periódico, bem como autorizando sua publicação na Revista Médica do Paraná.

Toda matéria relacionada a investigação humana e a pesquisa animal deverá ter aprovação prévia da Comissão de Ética da Instituição onde o trabalho foi realizado, de acordo com as recomendações das Declarações de Helsinque (1964, 1975, 1981 e 1989), as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Todo artigo encaminhado a publicação na Revista Médica do Paraná deverá constar de

1. Título em português e inglês;
2. Nome completo do(s) autor(es);
3. Nome da instituição onde foi realizado o trabalho;
4. Nome, endereço, fone e endereço eletrônico do autor responsável;
5. Agradecimentos (quando pertinentes);
6. Resumo com até 150 palavras, escrito em parágrafo único, ressaltando objetivos, material e métodos, resultados e conclusões;
7. Abstract - tradução do resumo para a língua inglesa;
8. Descritores e Key words (no máximo 6), que, se possível, devem ser consultados no site: <http://decs.bvs.br/>
9. Introdução, literatura, material, método, resultados, discussão e conclusão;
10. Referências: Deverão ser apresentadas de acordo com o estilo de Vancouver, cujo texto completo pode ser consultado em: Ann Inter Med 1997; 126:36-47 ou no site: www.icmje.org. Deverão ser relacionadas em ordem alfabética do sobrenome do autor e numeradas. O título dos periódicos deverá ser referido de forma abreviada de acordo com List Journals Indexed in Index Medicus ou no site: www.nlm.nih.gov
11. Citações: Deverão vir acompanhadas do respectivo número correspondente na lista de referências bibliográficas.
12. Ilustrações, quadros e tabelas: As ilustrações receberão nome de figura e deverão ter legendas numeradas em algarismos arábicos, serem em preto e branco e de boa qualidade. O número de ilustrações não deverá ultrapassar ao espaço correspondente a 1/4 do tamanho do artigo. Os desenhos deverão ser apresentados em imagens digitalizadas, armazenadas em disquetes, zips ou CDs. Os quadros e tabelas serão referenciados em algarismos arábicos. O redator, de comum acordo com os autores, poderá reduzir o número e o tamanho das ilustrações e quadros apresentados.
13. Símbolos e abreviaturas: Deverão ser seguidos dos respectivos nomes, por extenso, quando empregados pela primeira vez no texto.
14. Os textos originais deverão vir gravados em disquete ou CD, no Editor de Texto Word versões 97 ou 2000.

ORIENTAÇÕES PARA AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

Regras para autoria: De 1 a 6 autores referenciam-se todos, separados por vírgula. Mais de 6, referenciam-se os 6 primeiros, seguidos da expressão latina “*et al*”.

Responsabilidade intelectual: (editores, organizadores, compiladores, etc.) Acrescente a denominação após o nome: Ex. Castelo Branco SE, editor
Marques Neto H, Oliveira Filho M, Chaves Junior SF, organizadores

Nomes espanhóis:

Fazer entrada pelo primeiro sobrenome. Ex. Garcia Fuentes, M

Autores Corporativos:

Organizacion Panamericana de la Salud.
Universidade Federal do Paraná. Departamento de Pediatria. Ministério da Saúde (BR). Centro de Documentação.

Entrada pelo título:

Vertebral fractures: how large is the silent epidemic?

Livro:

Feria A. Fagundes SMS, organizadores. O fazer em saúde coletiva: inovações na organização da atenção à saúde coletiva. Porto Alegre: Dacasa; 2002.

Capítulo de livro: (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro): Maniglia .I.I. Anatomia e fisiologia da cavidade bucal e faringe. In: Coelho JCU. Aparelho digestivo: clínica e cirurgia. Rio de Janeiro: Medsi; 1990. p.77-9. Capítulo de livro: (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro): Veronesi R. Doenças infecciosas 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso: p.32-4.

Artigos de periódicos:

Abrams FR. Patient advocate or secret agent? JAMA 1986;256:1784-5.

Marcus Fl. Drug interaction with amiodarone. Am Heart J 1983;106(4) PT 21:924-30.

Mirra SS. Gearing M. Nash. F. Neuropathology assessment of Alzheimer's disease. Neurology 1997;49 Suppl 3:S14-S6.
Wise MS. Childhood narcolepsy. Neurology 1998;50(2 Suppl 1):S37-S42.

Tese, Dissertação, Monografia:

Busato CR. Prevalência de portadores de staphylococcus aureus multirresistentes em contatos domiciliares de profissionais de saúde, [dissertação] Curitiba(PR): Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná; 1997.

Congressos:

Marcondes E. Visão geral da adolescência. Anais do 21º Congresso Brasileiro de Pediatria; 1979 out 6-12: Brasília. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatra; 1979. p.267-75.

ENDEREÇO

Associação Médica do Paraná
Redação da Revista Médica do Paraná
Rua Cândido Xavier. 575
80.240-280 - Curitiba / Paraná
Fone: (41) 3024-1415
Fax: (41) 3242-4593
E-mail: secretaria@ucamp.org.br

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ

SUMÁRIO / CONTENTS

Nº	ARTIGO ORIGINAL	
1332	VITIMIZAÇÃO ESCOLAR SCHOOL VICTIMIZATION Daniele Cristina Fernandes Pirkel, Gilberto Pascolat, Marcela Cunha da Silva	07
1333	ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE DE 2009 A 2010 DE UM HOSPITAL GERAL DE CURITIBA EPIDEMIOLOGY OF HOSPITALAR MORTALITY FROM 2009 TO 2010 IN A GENERAL HOSPITAL IN CURITIBA Juan Marcelo Fernandez Alcalá, Gilberto Pascolat	13
1334	EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTO-JUVENIL: CRIANÇAS ÓRFÃS DE DIREITOS SEXUAL EXPLORATION OF CHILDREN AND YOUNGSTERS Alexandre Arthur de Souza Costa, Gilberto Pascolat	24
1335	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ADMITTED WITH ACUTE PANCREATITIS IN UNIVERSITY HOSPITAL Gustavo Bueno Rosetti Bernabé, Bruno Vicente Gomes de Castro, Carlos Roberto Naufel Jr.	29
1336	APENDICITE AGUDA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉVIO PARA A EVOLUÇÃO DO QUADRO ACUTE APPENDICITIS: THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS FOR EVOLUTION Carlos Roberto Naufel Jr., Felipe Ferreira Bernardi, Guilherme Andrade Coelho, Jonathan Barbieri Hauschild, Roberta Molento Boscardin, Rodrigo Ferreira Bernardi	34
	RELATO DE CASO	
1337	APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE HEPATITE AUTOIMUNE ATYPICAL PRESENTATION OF AUTOIMMUNE HEPATITIS – CASE REPORT Sarah Cascaes Alves, Gilberto Pascolat, Paula Rigo, Hevelliny Marçal	40
1338	DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS PULMONARES INFRADIAFRAGMÁTICA INFRADIAPHRAGMATIC TOTALLY ANOMALOUS PULMONARY VENOUS CONNECTION – CASE REPORT Sarah Cascaes Alves, Gilberto Pascolat, Paula Rigo, Hevelliny Marçal, Marcelo Credidio	44
	MUSEU DA HISTÓRIA DA MEDICINA HISTORY OF MEDICINE	48

E DITORIAL

A Revista Médica do Paraná é o mais relevante registro histórico da produção científica dos médicos e acadêmicos de nosso estado. Em 81 anos de ininterrupta circulação, acompanhar o histórico desta publicação é acompanhar a história da medicina paranaense e, ao mesmo tempo, olhar para o futuro, prevendo, a partir do que está sendo pesquisado no Estado, quais novidades teremos em prática em nossos consultórios, clínicas e hospitais nos próximos anos.

O universo acadêmico de nosso Estado, nossa comunidade científica e nossas Sociedades de Especialidade estão em constante produção de conhecimento e a AMP disponibiliza este espaço para que toda essa produção seja registrada oficialmente, bem como alcance toda a comunidade científica e demais interessados.

A Revista Médica do Paraná é o espaço para que o médico do Estado registre sua produção acadêmica e científica e para que os sócios da AMP busquem atualização e conhecimento. Faça uma boa leitura desta nova edição e não deixe de contribuir com artigos para as futuras publicações da AMP.

João Carlos Baracho
Presidente da Associação Médica do Paraná

VITIMIZAÇÃO ESCOLAR

SCHOOL VICTIMIZATION

Daniele Cristina Fernandes **PIRKEL**¹, Gilberto **PASCOLAT**², Marcela Cunha da **SILVA**³.

Rev.Méd.Paraná/1332

Pirkel DCF, Pascolat G, Silva MC. Vitimização Escolar. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):7-13.

RESUMO - Comparação entre duas escolas de Curitiba do fenômeno *bullying*—uma pública e outra particular— com o intuito de verificar a presença do fenômeno diante de um caso hipotético, dando ênfase à diferença de comportamento entre os sexos, assim como entre as escolas. Elaboração de um questionário, cuja composição são onze perguntas de múltipla escolha e uma pergunta subjetiva, sobre um caso hipotético de um adolescente que é vítima de *bullying*, com posterior aplicação nas duas escolas. Não foi encontrada diferença comportamental significativa entre os sexos de nenhuma das escolas. Porém, houve maior presença do fenômeno na escola particular, sendo que nesta grande parte dos alunos (49%) relatou que não saberia dizer se seria amigo da vítima, enquanto que no colégio público, a maioria dos estudantes (66%) respondeu que seria. Além disso, ao serem questionados quanto a presença de vitimização em suas salas, a maioria dos estudantes do colégio público negou (68%), enquanto que na escola particular a maioria (59%) afirmou que havia, porém não seria ele próprio. Quando foram indagados sobre a possibilidade de namorar a vítima, a maioria absoluta das duas escolas (61% na pública e 75% na particular) respondeu que não. A maior frequência do *bullying* em escolas particulares foi constatada. Os alunos de ambas as escolas relutam em afirmar que concordam com a prática da vitimização, porém quando são questionados sobre o possível namoro com a vítima, grande número deles responde que não se envolveria afetivamente, o que demonstra o preconceito.

DESCRIPTORIOS - *Bullying*, Vitimização, Escolas, Alunos.

INTRODUÇÃO

A violência é um problema crescente em todo mundo, particularmente entre os jovens, que aparecem nas estatísticas como os que mais matam e os que mais morrem. O tema violência contra crianças e adolescentes deve ser associado ao ambiente no qual ele é mais frequente e visível: o ambiente escolar^{1,2}.

O *bullying* e a vitimização representam dois tipos de envolvimento em situações de violência dentro dessa faixa etária. O *bullying* é a agressão como forma de afirmação de poder interpessoal, já a vitimização ocorre quando o mais suscetível recebe a agressão de outra pessoa mais poderosa^{1,3}.

Bullying é o conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetidas que ocorrem sem motivação evidente, adotado por um ou mais alunos contra outro(s), causando dor, angústia e sofrimento. Geralmente é executado dentro de uma relação desigual de poder^{4,5}.

O *bullying* pode ser considerado como uma forma de abuso infantil, visto que se trata de um abuso de poder, no qual a vítima sofre repetidamente as consequências do comportamento agressivo de outros, porém não dispõem de recursos ou habilidades para reagir. Suas características incluem aspecto físico mais frágil, medo, insegurança, submissão e baixa autoestima^{6,7}. Já o agressor apresenta atitude hostil, desafiadora e agressiva não somente com quem tem sua mesma faixa etária, mas também com pais e professores, além de ter autoestima alta⁸.

As crianças que são vítimas de *bullying* podem se apresentar relutantes a frequentar a escola, além de se isolarem até mesmo em casa. Elas queixam-se de uma variedade de sintomas, tais como: desmaios, vômitos, cefaleias e convulsões. Com frequência elas chegam a ter ideais suicidas⁶.

As consequências da conduta *bullying* alcançam todos os envolvidos, em especial, a vítima que

Trabalho realizado na Faculdade Evangélica do Paraná.
1 - Residente de pediatria do Hospital Evangélico do Paraná
2 - Professor de pediatria do Hospital Evangélico do Paraná
3 - Acadêmica de medicina da Faculdade Evangélica do Paraná

pode continuar a sofrer seus efeitos negativos, além do período escolar. As relações de trabalho, constituição familiar e criação de filhos, podem ser prejudicadas, além de acarretar malefícios para a saúde física e mental de quem sofre o *bullying*⁹.

Quem causa a vitimização também merece atenção, visto que eles estão aprendendo, desde a infância, a terem comportamento dominador perante outras pessoas. Além disso, eles estão mais sujeitos a terem uma vida criminosa quando adultos⁶.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma pesquisa em duas escolas do município de Curitiba- uma pública e uma particular- com o intuito de identificar o *bullying* entre os alunos, bem como avaliar o comportamento destes jovens diante de um caso hipotético de vitimização escolar, observando se há diferença de comportamento entre os sexos dentro da mesma escola e se há diferença de comportamento entre as escolas.

MÉTODO

Foi elaborado um questionário, com onze perguntas de múltipla escolha e uma pergunta subjetiva, sobre um caso hipotético de um adolescente que era vítima de *bullying* em sua escola. Esse jovem foi denominado de “Aguinaldo” para facilitar o desenvolvimento do caso para os alunos. Ele sofria vitimização, pois usava óculos, era obeso e apresentava ginecomastia.

A questão subjetiva solicitava que os alunos opinassem a respeito do processo de vitimização que “Aguinaldo” sofria.

Este questionário foi aplicado em duas escolas do município de Curitiba, uma pública e outra particular,

após o consentimento das respectivas direções, durante o período de dois meses. Os alunos cursavam as 7^a e 8^a séries do ensino fundamental e 1^a e 2^a séries do ensino médio.

As respostas eram individuais e não havia necessidade de identificação pessoal. Era necessário somente citar o nome da escola, para distinguir se pública ou particular na análise dos dados, a série cursada e o sexo.

Os resultados obtidos no estudo foram descritos por frequência e percentuais e apresentados em tabelas. Para comparar o tipo de escola e gêneros em relação às distribuições de respostas às questões, foi considerado o teste de Qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com a planilha Excel.

RESULTADOS

O número total de questionários respondidos foi de 371. Na escola pública 186 alunos foram avaliados sendo que destes 100 (54%) eram meninas e 86 (46%) eram meninos. Na escola particular 185 alunos foram avaliados sendo que destes 96 (52%) eram meninas e 89 (48%) eram meninos.

Na questão número 2 ocorreu um erro de interpretação pelos alunos. Somente os alunos que haviam marcado “não” como resposta na alternativa anterior deveriam responder a questão seguinte, porém muitos não entenderam e também responderam. Portanto, o número total de alunos que respondeu a questão 2 não coincide com os que responderam “não” na alternativa anterior.

Resultados da comparação entre tipo de escola (pública ou particular)

QUESTÃO 1: VOCÊ SERIA AMIGO DE “AGUINALDO”?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Sim	122 (66%)	71 (38%)
Não	12 (6%)	23 (12%)
Não sei	52 (28%)	91 (49%)
Valor de p	<0,001	

QUESTÃO 2: SE VOCÊ RESPONDEU “NÃO”, PORQUE NÃO SERIA AMIGO DELE?

Resposta	Pública (n=38)	Particular (n=33)
Muitos defeitos	5 (13%)	8 (24%)
Ele se isolou	27 (71%)	19 (58%)
Meus amigos	6 (16%)	6 (18%)
Valor de p	0,419	

QUESTÃO 3: VOCÊ CHAMARIA ELE PRA ENTRAR NO SEU TIME DE FUTEBOL OU VÔLEI NA PARTIDA DE DECISÃO?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Sim	97 (52%)	71 (38%)
Não	26 (14%)	43 (23%)
Sem outra opção	63 (34%)	71 (38%)
Valor de p	0,013	

QUESTÃO 4: SE “AGUINALDO” FOSSE DE SUA TURMA E LEVASSE UM TOMBO, VOCÊ IRIA:

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Rir	147 (79%)	117 (63%)
Rir muito	39 (21%)	68 (37%)
Valor de p	0,001	

QUESTÃO 5: SE VOCÊ FOSSE MENINA, VOCÊ NAMORARIA “AGUINALDO”?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Sim	33 (18%)	18 (10%)
Não	114 (61%)	139 (75%)
Com ajustes	39 (21%)	28 (15%)
Valor de p	0,013	

QUESTÃO 6: SE VOCÊ RESPONDEU “NÃO” NA QUESTÃO ANTERIOR, PORQUE NÃO NAMORARIA “AGUINALDO”?

Resposta	Pública (n=114)	Particular (n=139)
Comentários	19 (17%)	25 (18%)
Muitos defeitos	14 (12%)	8 (6%)
Não consigo aceitar	81 (71%)	106 (76%)
Valor de p	0,186	

QUESTÃO 7: EXISTE ALGUM “AGUINALDO” NA SUA TURMA?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Sim, eu	4 (2%)	6 (3%)
Sim, não eu	56 (30%)	109 (59%)
Não	126 (68%)	70 (38%)
Valor de p	<0,001	

QUESTÃO 8: CASO EXISTISSE, OU SE EXISTE, ALGUM “AGUINALDO” NA SUA TURMA VOCÊ O OFENDERIA, HUMILHARIA OU AGREDIRIA FISICAMENTE?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Sim, uma vez	17 (9%)	48 (26%)
Sim, sempre	9 (5%)	20 (11%)
Não	160 (86%)	117 (63%)
Valor de p	<0,001	

QUESTÃO 9: QUE TIPO DE COLEGA VOCÊ ADMIRA?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Popular	17 (9%)	17 (9%)
Boas notas	11 (6%)	11 (6%)
Companheiro	149 (80%)	148 (80%)
Só qualidades	9 (5%)	9 (5%)
Valor de p	1	

QUESTÃO 10: CONSIDERANDO QUE VOCÊ É UM ADOLESCENTE, O QUE VOCÊ ACHA SOBRE A ATITUDE DOS COLEGAS EM RELAÇÃO AO “AGUINALDO”?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Muito normal	52 (28%)	55 (30%)
Muito errado	130 (70%)	122 (66%)
Faria o mesmo	4 (2%)	8 (4%)
Valor de p	0,434	

QUESTÃO 11: SE VOCÊ FOSSE O “AGUINALDO” COMO REAGIRIA DIANTE DESTA SITUAÇÃO?

Resposta	Pública (n=186)	Particular (n=185)
Ignorar	52 (28%)	47 (25%)
Isolar-me	28 (15%)	25 (14%)
Procurar amigos	61 (33%)	76 (41%)
Procurar adultos	45 (24%)	37 (20%)
Valor de p	0,417	

Resultado da comparação entre meninos e meninas considerando cada tipo de escola (pública e particular)

QUESTÃO 1: VOCÊ SERIA AMIGO DE “AGUINALDO”?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Sim	70 (70%)	53 (62%)	46 (48%)	25 (28%)
Não	6 (6%)	5 (6%)	10 (10%)	13 (15%)
Não sei	24 (24%)	28 (33%)	40 (42%)	51 (57%)
Valor de p	0,427		0,022	

QUESTÃO 2: SE VOCÊ RESPONDEU “NÃO”, PORQUE NÃO SERIA AMIGO DELE?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=19)	Meninos (n=19)	Meninas (n=12)	Meninos (n=21)
Muitos defeitos	3 (16%)	2 (11%)	3 (25%)	5 (24%)
Ele se isolou	12 (63%)	15 (79%)	5 (42%)	14 (67%)
Meus amigos	4 (21%)	2 (11%)	4 (33%)	2 (10%)
Valor de p	0,549		0,200	

QUESTÃO 3: VOCÊ CHAMARIA ELE PRA ENTRAR NO SEU TIME DE FUTEBOL OU VÔLEI NA PARTIDA DE DECISÃO?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Sim	59 (59%)	38 (44%)	40 (42%)	31 (35%)
Não	8 (8%)	18 (21%)	16 (17%)	27 (30%)
Sem outra opção	33 (33%)	30 (35%)	40 (42%)	31 (35%)
Valor de p	0,023		0,089	

QUESTÃO 4: SE "AGUINALDO" FOSSE DE SUA TURMA E LEVASSE UM TOMBO, VOCÊ IRIA:

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Rir	93 (93%)	82 (95%)	96 (100%)	82 (92%)
Rir muito	7 (7%)	4 (5%)	0 (0%)	7 (8%)
Valor de p	0,718		0,016	

QUESTÃO 5: SE VOCÊ FOSSE MENINA, VOCÊ NAMORARIA "AGUINALDO"?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Sim	14 (14%)	19 (22%)	13 (14%)	4 (4%)
Não	63 (63%)	52 (60%)	70 (73%)	69 (78%)
Com ajustes	23 (23%)	15 (17%)	13 (14%)	16 (18%)
Valor de p	0,293		0,090	

QUESTÃO 6: SE VOCÊ RESPONDEU "NÃO" NA QUESTÃO ANTERIOR, PORQUE NÃO NAMORARIA "AGUINALDO"?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=63)	Meninos (n=52)	Meninas (n=70)	Meninos (n=69)
Comentários	8 (13%)	12 (23%)	10 (14%)	16 (23%)
Muitos defeitos	5 (8%)	7 (13%)	2 (3%)	7 (10%)
Não consigo aceitar	50 (79%)	33 (63%)	58 (83%)	46 (67%)
Valor de p	0,166		0,063	

QUESTÃO 7: EXISTE ALGUM "AGUINALDO" NA SUA TURMA?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Sim, eu	2 (2%)	1 (1%)	5 (5%)	1 (1%)
Sim, não eu	31 (31%)	25 (29%)	58 (60%)	52 (58%)
Não	67 (67%)	60 (70%)	33 (34%)	36 (40%)
Valor de p	0,856		0,239	

QUESTÃO 8: CASO EXISTISSE, OU SE EXISTE, ALGUM "AGUINALDO" NA SUA TURMA VOCÊ O OFENDERIA, HUMILHARIA OU AGREDIRIA FISICAMENTE?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Sim, uma vez	8 (8%)	8 (9%)	26 (27%)	22 (25%)
Sim, sempre	10 (10%)	1 (1%)	9 (9%)	11 (12%)
Não	82 (82%)	77 (90%)	61 (64%)	56 (63%)
Valor de p	0,039		0,786	

QUESTÃO 9: QUE TIPO DE COLEGA VOCÊ ADMIRA?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Popular	7 (7%)	10 (12%)	4 (4%)	5 (6%)
Boas notas	3 (3%)	9 (10%)	5 (5%)	7 (8%)
Companheiro	83 (83%)	65 (76%)	83 (86%)	70 (79%)
Só qualidades	7 (7%)	2 (2%)	4 (4%)	7 (8%)
Valor de p	0,058		0,550	

QUESTÃO 10: CONSIDERANDO QUE VOCÊ É UM ADOLESCENTE, O QUE VOCÊ ACHA SOBRE A ATITUDE DOS COLEGAS EM RELAÇÃO AO "AGUINALDO"?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Muito normal	25 (25%)	26 (30%)	22 (23%)	32 (36%)
Muito errado	74 (74%)	57 (66%)	72 (75%)	51 (57%)
Faria o mesmo	1 (1%)	3 (3%)	2 (2%)	6 (7%)
Valor de p	0,335		0,028	

QUESTÃO 11: SE VOCÊ FOSSE O "AGUINALDO" COMO REAGIRIA DIANTE DESTA SITUAÇÃO?

Resposta	Pública		Particular	
	Meninas (n=100)	Meninos (n=86)	Meninas (n=96)	Meninos (n=89)
Ignorar	25 (25%)	28 (33%)	17 (18%)	33 (37%)
Isolar-me	23 (23%)	5 (6%)	22 (23%)	3 (3%)
Procurar amigos	29 (29%)	31 (36%)	40 (42%)	30 (34%)
Procurar adultos	23 (23%)	22 (26%)	17 (18%)	23 (26%)
Valor de p	0,013		<0,001	

Respostas da questão subjetiva

a) Alunos que manifestaram indignação diante do sofrimento de "Aguinaldo":

"É uma falta de respeito o que fazem com ele."

"Pode até zoar, mas nunca chegar ao extremo."

"Ninguém merece passar por isso."

"A situação é patética, grande falta de educação."

b) Alunos que se compadeceram:

"Ele deve estar se sentindo muito mal."

"Deve ser difícil para ele."

"Ele deve estar se sentindo sozinho."

"Ele pode ser gordo, mas quem sabe ele não é uma pessoa legal?"

"Não deve ser bom ficar isolado, eu não queria estar no lugar dele."

c) Alunos que revelaram ser ou ter sido vítima de *bullying*:

"Eu já passei por isso, porque já fui bem gordo."

"Até a 4ª série eu era C.D.F., só pararam de me zoar porque entrou um aluno novo no colégio."

"Eu sofro humilhações e provocações dos meus colegas, porque estudo e presto atenção nas aulas."

"Quando eu era pequena, eu era a patinha feia da tur-

ma, ganhei vários apelidos, fiquei mal, mas recuperei a confiança, e vi que os outros não eram tudo aquilo que pareciam ser."

d) Alunos que reconheceram em outros colegas o papel de "Aguinaldo":

"Conheci uma pessoa que era feia, usava óculos, era órfão, pobre e todos tiravam com a cara dele."

"No condomínio os meninos deram um apelido para o meu irmão, só porque ele faz ginástica olímpica."

"Esse tal de Aguinaldo está na minha sala, a gente chama ele de Pipi, mas eu não sei o porquê. Sempre vejo os outros o maltratando, e eu já o maltratei também."

"Ele é fanho e tem nariz torto, é super esquisito, uma vez deram uma caixa com sabonete, cotonete e shampoo, para ver se ele melhorava de aparência."

"Meu primo é assim, ele falta escola porque tiram sarro dele."

e) Alunos que tentaram explicar porque "Aguinaldo" sofre vitimização e como ele deveria agir:

"Ele não sabe aceitar brincadeiras, ele deveria bater em quem faz isso com ele."

"Ele não deve se isolar."

"No mundo temos dois caminhos, eu recorri a minha mãe, e o outro é a paciência."

“Ele deve estar sofrendo, uma forma agressiva de *bullying*, mas com o tempo ele superará isto.”

“O menino vive uma fase complicada, mas temporária, é apenas uma questão de se acostumar.”

“O Aguinaldo deve fazer academia, ficar sarado e causar inveja nos que o maltratam.”

“Ele deve se defender, ter atitude, ser agressivo.”

f) Alunos que não se compadeceram:

“Conheço um Aguinaldo e sempre o deixo de lado.”

“A vida é assim. Alguns nascem com sorte e outros não. Pena dele! Esse tipo de doença tem que tratar também no psicológico, melhor internar o Aguinaldo.”

DISCUSSÃO

Existe uma grande divergência em relação à incidência do *bullying* entre os estudos. Em uma pesquisa realizada em parceria com a Universidade de Keele, do Reino Unido, foram analisadas 25 escolas, sendo que 75% dos alunos foram em algum momento vítimas do *bullying*, porém somente 7% deles sofrem graves e repetidas vitimizações¹⁰. Já em outro estudo, este brasileiro, realizado em uma escola do Rio Grande do Sul, mostrou que 26,57% dos alunos já haviam se envolvido em alguma situação de *bullying*¹¹.

Devido à alta incidência deste fenômeno, principalmente nas escolas, onde essa forma de violência tem aumentado progressivamente, vários trabalhos têm investigado as suas principais características. Uma das particularidades a cerca do tema, encontrada na literatura, se trata sobre a diferença entre a vitimização quando ocorrida entre meninos ou meninas. Os meninos tendem a se envolver mais nesse tipo de situação, enquanto as meninas são menos envolvidas. Além disso, quando ocorre no sexo feminino, tende a ser uma vitimização mais indireta, em forma de exclusão social. Em contrapartida, entre os meninos, a vitimização geralmente apresenta um componente agressivo¹¹. Entretanto, no presente estudo, não foi encontrada diferença comportamental significativa entre ambos os sexos.

A semelhança de opinião entre os gêneros é verificada na décima questão, a qual indagou o que os alunos pensavam a respeito das atitudes dos colegas de “Aguinaldo”. A maioria dos estudantes da escola particular, 57% dos meninos e 75% das meninas, afirmou que eram ações muito erradas, mostrando-se contrários ao *bullying* ($p=0,028$).

Outra questão que reafirma o comportamento semelhante entre crianças de sexos diferentes é a décima primeira, a qual interrogou como seria a reação dos alunos caso sofressem vitimização. A maioria dos estudantes da escola pública, 36% dos meninos e 29% das meninas, afirmou que reagiria procurando amigos em primeiro lugar ($p=0,013$). Resposta esta bastante similar à encontrada na escola particular, onde a maioria das meninas (42%) afirmou que também recorreria aos amigos inicialmente, enquanto os meninos se mostraram

mais divididos, sendo que 34% deles procurariam os amigos, e, 37% iriam ignorar a situação ($p<0,001$).

Em estudo realizado pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas pela infância), em parceria com a FLACSO (Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais), na Argentina, revelou que o *bullying* é mais frequente nas escolas frequentadas por alunos de alta classe social. De acordo com os resultados da pesquisa, nas escolas privadas, 13,2% dos alunos disseram que já foram vítimas de crueldade dos colegas, enquanto que entre as escolas públicas, esse número é de 4,3%¹². Esta mesma conclusão foi observada neste estudo, o qual evidenciou maior frequência do *bullying* na escola particular.

Ao serem questionados em relação à possibilidade de serem amigos de “Aguinaldo” (primeira pergunta), a maioria dos estudantes da escola pública (66%) disse que seria. Enquanto que entre os alunos da escola particular, a resposta ficou mais dividida, sendo que 49% disseram que não sabiam responder e 38% disseram que seriam ($p<0,001$). Na terceira questão, a qual indagava a possibilidade de “Aguinaldo” fazer parte do time em jogo de decisão, na escola pública 52% disseram que aceitariam, enquanto que na escola particular a taxa dos que responderam que aceitariam e dos que aceitariam somente se não houvesse outra opção melhor empatou em 38% ($p=0,013$). Essas duas questões mostram que os alunos da escola particular apresentaram maior relutância para aceitar a participação de “Aguinaldo” entre as atividades normais deles.

A sétima pergunta interrogou presença de algum aluno vítima de *bullying* na sala de aula dos estudantes. A maioria dos alunos da escola pública negou (68%), enquanto que na escola particular a maioria (59%) disse que havia, porém não seria ele próprio ($p<0,001$). Na sequência, questionou-se caso eles ofenderiam, agrediriam ou humilhariam esse colega vítima de discriminação. A maioria deles respondeu que não, 86% na escola pública e 63% na escola particular ($p<0,001$).

Porém na quinta questão, a qual questionou se o aluno, caso fosse menina, namoraria com “Aguinaldo”, a maioria absoluta dos alunos das duas escolas, respondeu que não, sendo 61% na pública e 75% na particular ($p=0,013$). Isso demonstra o preconceito quando a questão é se envolver afetivamente com a pessoa hipotética, já que quando a relação é somente de amizade, as respostas tenderam a ser mais amenas.

CONCLUSÃO

Demonstrou-se, através do questionário realizado entre as duas escolas, que a prática do *bullying* é mais frequente entre os alunos da escola particular em comparação com a pública, o que coincide com o já presente na literatura. Porém, não foi encontrada diferença comportamental significativa entre ambos os sexos.

Apesar da maioria dos estudantes de ambas escolas se mostrarem contra a discriminação e negarem

praticar agressões físicas ou verbais contra colegas de classe, muitos deles ficaram em dúvida se chamariam a vítima para integrar seu time. Além disso, a questão que abordou sobre o eventual relacionamento afetivo

com a vítima, ratificou a existência de preconceitos entre as crianças. O que demonstra que os alunos relutam em afirmar que concordam com a prática do *bullying*.

Pirkel DCF, Pascolat G, Silva MC. School Victimization. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):7-13.

ABSTRACT - Comparison between two schools in Curitiba about *bullying* phenomenon, one public and other private, in order to verify it in a hypothetical case, emphasizing the difference between the sexes and schools. Draw up a questionnaire, composed by eleven objective questions and a subjective question about a hypothetical case of a teenager who is a *bullying's* victim, and subsequent application in the schools. It was not found significant behaviour difference between girls and boys in any of the schools analysed. However, there was a higher number of phenomenon occurrences in the private school, where a big part of students (49%) reported that they could not tell if they would be friend of the victim, while in the public school, most students (66%) said they would. Moreover, when they were questioned about the presence of victimization in their classrooms, the majority of public students denied (68%), while in the private school the majority (59%) said there were, but not themselves. When they were asked about the possibility of dating a victim, the absolute majority of two schools (61% in public and 75% in particular) answered that they would not do. The *bullying* is more frequently in private schools. Students from both schools are reluctant to say that they agree with victimization process, but when questioned about relationship with victim, a large number of them answered that they would not, which shows the bias.

KEYWORDS - *Bullying*, Victimization, Schools, Students.

REFERÊNCIAS

1. Neto AAL. Bullying -comportamento agressivo entre os estudantes. *Jornal de Pediatria*; 2005. 81Supl 5:164-72.
 2. Williams K, Chambers M, Logan S, Robinson D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ*; 1996.13:17-19.
 3. Craig WM, Harel Y. Bullying, physical fighting and victimization. *Health Policy for Children and Adolescents*;2004. 4:133-44.
 4. Camodeca M, Goossens FA. Agression, socil cognitions, anger and sadness in bullies and victims. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 2005. 46: 186-97.
 5. Lyznicki JM, Mccaffree MA, Robinowitz CB. Childhood bullying: implications for physicans. *American Family Physician*; 2004. 70 Supl 9:1723-28.
 6. Dawkins J. Bullying in schools: doctor`s responsibilities. *British Med J*; 1995. 310:274-5.
 7. Shourmer AW, Callaghan MJ, Najman JM, Bor W, Williams GM, Anderson MJ. Association of bullying with adolescent health-related quality of life. *Journal of Paediatrics and Child Health*; 2003. 39 Supl 6:436-41.
 8. Pearce JB, Thompson AE. Practical approaches to reduce the impact of bullying. *Arch Dis Child*; 1998. 79:528-31.
 9. Sourander A, Helstela L, Helenius H, Piha J. Persistence of bullying from childhood to adolescence – a longitudinal 8 year follow-up syudy. *Child Abuse Negl*; 2000. 24 Supl 7:873-81.
 10. Glover D, Gough G, Johnson M, Cartwright N. Bullying in 25 secondary schools: incidence, impact and intervention. *Educational Research*; 2000. 42 Supl 2:141-56.
 11. Calbo AS, Busnello FB, Rigoli MM, Schaefer LS, Kristensen CH. Bullying-na escola: comportamento agressivo, vitimização e conduta pró-social entre pares. *Contextos Clínicos*; 2009. 2Supl 2:73-80.
 12. D'Angelo LA, Fernandez DR, Noel G, Pedro D, Corvaro V, Ferressini M, Arias M, Fautario P, Rey ME. *Clima, Conflictos y Violenciaem la escuela. Argentina*; 2011. 1:9-213.
-

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE DE 2009 A 2010 DE UM HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

EPIDEMIOLOGY OF HOSPITALAR MORTALITY FROM 2009 TO 2010 IN A GENERAL HOSPITAL IN CURITIBA

Juan Marcelo Fernandez **ALCALA**¹, Gilberto **PASCOLAT**².

Rev.Méd.Paraná/1333

Alcala JMF, Pascolat G. Análise do Perfil Epidemiológico da Mortalidade de 2009 a 2010 de um Hospital Geral de Curitiba. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):14-23.

RESUMO - Descrever o perfil dos óbitos ocorridos no hospital, determinar a taxa de mortalidade(TM) hospitalar, determinar a taxa de mortalidade em cada setor de internamento e determinar o índice de letalidade por grupo de doenças do CID-10. Estudo descritivo, retrospectivo através da análise dos prontuários de todos os internamentos ocorridos no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Ocorreram 64799 internamentos nesse período e, destes, 2499 foram a óbito. As doenças do aparelho circulatório foram as responsáveis pelo maior número de óbitos no HUEC, 21,13% do total. 40,12% dos óbitos ocorridos foram considerados evitáveis. A TM hospitalar foi de 3,92. O grupo de doenças que apresentou a maior taxa de mortalidade foi o de “causas externas de morbidade e mortalidade”, com 19,21%. Entre os setores de internamento, as unidades de terapia intensiva (UTI) apresentaram as maiores TM.

DESCRITORES - Taxa de Mortalidade, Índice de Letalidade, Mortalidade Hospitalar.

INTRODUÇÃO

A mortalidade hospitalar é um indicador do desempenho, da assistência prestada, uma vez que demonstra o resultado final do cuidado. Pode ser utilizada para determinar se o desempenho de um hospital vem melhorando ou piorando ao longo de um período de tempo e para monitorar se o desempenho de diferentes hospitais difere em um mesmo período.¹

A utilização da taxa de mortalidade (TM) como um indicativo da qualidade dos serviços prestados foi proposta por Ernest Codman em 1916, e estudos mais recentes também vêm destacando essa utilidade.^{2,3} A primeira divulgação das taxas de mortalidade hospitalar foi muito criticada e questionada, assim, mudanças metodológicas na análise dos óbitos foram sendo introduzidas.

A divulgação das taxas de mortalidade hospitalar ainda hoje gera polêmica. Um estudo⁴ mostrou que administradores de hospitais tinham uma visão negativa sobre o rigor, a utilidade para os consumidores e a capacidade de interpretação dos dados de mortalidade hospitalar publicados pelo órgão

responsável. Mesmo relatando problemas causados pela divulgação dos dados de óbitos, algumas instituições acabaram utilizando os dados para guiar medidas a serem tomadas a fim de melhorar a qualidade do serviço ofertado.

Neste contexto, a taxa de mortalidade hospitalar mostra-se como uma ferramenta muito útil para orientar ações de saúde pública. Ao nível municipal as taxas dos hospitais em conjunto refletem, de certo modo, a qualidade da saúde ofertada aos cidadãos e, ao nível hospitalar, reflete o desempenho do serviço. Em ambos os casos a taxa de mortalidade auxilia na gestão adequada de recursos financeiros e humanos, podendo orientar investimentos em setores específicos, contratação e treinamento de profissionais em determinadas áreas, modificações de normativas e condutas e medidas de saúde pública.

Ao analisar a taxa de mortalidade de um hospital devemos atentar para alguns aspectos que acabam influenciando sua adequada interpretação. A gravidade dos casos atendidos, o caráter financeiro do hospital (se é público ou privado), a idade média

Trabalho realizado na Faculdade Evangélica do Paraná.

1 - Acadêmico de Medicina

2 - Professor de Pediatria

dos pacientes, a complexidade tecnológica hospitalar, o tempo de hospitalização, a prática médica e a adequação do processo de cuidado ao paciente são alguns dos fatores que têm influência direta na mortalidade dos pacientes hospitalizados.^{2,5,6} Por isso a comparação do desempenho entre hospitais torna-se difícil, uma vez que tanto a própria instituição quanto a população atendida têm características próprias, dificultando a realização de um estudo comparativo que consiga trabalhar com todas as variáveis envolvidas.

É importante identificar e analisar os óbitos considerados evitáveis, aqueles em que há um risco de óbito inerente ao paciente devido a sua condição mórbida, mas que deficiências no processo de cuidado acabam aumentando esse risco.⁵ Esses óbitos evitáveis podem estar relacionados a diversos fatores, dentre os quais podemos citar a infecção nosocomial, falhas na supervisão, iatrogenias cirúrgicas, altas inapropriadas e o uso inadequado de medicamentos e outras tecnologias.²

Apesar da importância da taxa de mortalidade hospitalar, não há muitos trabalhos nacionais na literatura que tracem o perfil da mortalidade de um hospital, dividido em setores e em grupos de doenças. Tais estudos são instrumentos importantes para avaliar a qualidade da saúde, permitindo, também comparar os resultados com serviços que apresentem características semelhantes, bem como orientar a gestão das instituições de saúde. Não foram encontrados trabalhos com tais características no estado do Paraná.

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise epidemiológica da mortalidade de um hospital geral de Curitiba no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Além disso, determinar a taxa de mortalidade geral do hospital, a taxa de mortalidade por setor de internamento e determinar o índice e letalidade por grupo de doença.

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Descrever o perfil dos óbitos ocorridos no hospital no período estudado.

Objetivos Secundários

Determinar:

- A taxa de mortalidade de um hospital geral;
- A taxa de mortalidade por setor de internamento;
- O índice de letalidade por grupo de doença.

MÉTODOS

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo através da análise do prontuário dos pacientes internados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) no período compreendido entre janeiro de 2009 a dezembro de 2010.

Análise Estatística

Os dados coletados foram arquivados em um banco de dados do software Microsoft Excel 2007®. Na análise estatística foi empregado o programa Statistica versão 6.0. A mensuração das variáveis quantitativas foi expressa pelas médias e respectivos desvios-padrão, e as variáveis qualitativas pelas respectivas frequências absolutas e relativas.

A taxa de mortalidade foi calculada da seguinte maneira: $TM(\text{taxa de mortalidade}) = (Ob / In) \times 100$. Em que Ob é o número de óbitos ocorridos no período da análise e In o número de pacientes internados no mesmo período. Dessa maneira calculando a taxa de mortalidade geral do hospital e de cada setor de internamento. O índice de letalidade por grupo de doenças foi calculado através da seguinte equação: índice de letalidade = $(O/D) \times 100$, em que O é o total de óbitos devidos a um grupo de doenças e D é o total de casos da mesma doença, com e sem óbitos, ocorridos no período em análise.

Foi utilizado o teste do qui-quadrado, sendo considerado significativo quando resultou em um $p < 0,05$.

Variáveis do Estudo

a) Sexo

Classificados como masculino ou feminino.

b) Idade

Considerada em anos completos, porém os casos que não chegaram a completar 1 ano de vida foram agrupados em uma categoria "menos de um ano".

c) Tempo de internamento

Considerado em dias completos.

d) Setor de internamento

Incluíram todos os setores de internamento do hospital.

e) Motivo da alta

Classificada em óbito ou alguma forma especificada de alta hospitalar.

f) Evitabilidade do óbito

Foi utilizada a classificação proposta pelo estudo⁷, que classifica os óbitos de pessoas até 75 anos em evitável, mal-definido e não claramente evitável. Os pacientes com mais de 75 anos que morreram não entram nesta classificação.

g) Grupo de doenças

Foram discriminadas as categorias de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão⁸. Nas tabelas os grupos de doenças foram abreviados, mas a classificação completa se encontra no ANEXO 1.

Aspectos Éticos

Houve absoluto sigilo das fontes dos dados, sem identificar os pacientes.

Este projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, sob protocolo de número 8524/11 e aprovado em reunião ordinária no dia 13 de setembro de 2011.

RESULTADOS

Resultados dos Pacientes Internados

Foram analisadas todas as internações ocorridas no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, sendo um total de 63799 internações. Destas, 39278 (61,57%) foram do sexo feminino e 24521 (38,43%) do sexo masculino.

Verificamos que o setor da ginecologia/obstetrícia foi o responsável por mais de 20% dos internamentos no HUEC, com um total de 13443 de pacientes internados no período em questão. A tabela 2 mostra o número e porcentagem de pacientes internados em cada setor de internamento do hospital.

TABELA 1 - NÚMERO DE PACIENTES INTERNADOS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO

UNIDADES DE INTERNAMENTO	PACIENTES	(%)
Ginecologia/Obstetrícia	13443	21,07
Hospital Dia	5970	9,36
Particular/Convênios	5823	9,13
Centro Cirúrgico Obstétrico	4790	7,51
Pediatria	4780	7,49
Clínica Cirúrgica	3023	4,74
Centro Cirúrgico Geral	2957	4,63
Ortopedia	2490	3,90
Clínica Médica	2417	3,79
Cardiologia	2386	3,74
Queimados	2056	3,22
Neurologia	2002	3,14
Vascular	1973	3,09
Oncologia	1454	2,28
Urologia	1281	2,01
Pronto Socorro	1133	1,78
Neonatologia	913	1,43
Nefrologia	870	1,36
UTI Neonatal	868	1,36
Transplante Renal	820	1,29
UTI Geral/Cirúrgica	710	1,11
Cirurgia Torácica	598	0,94
Proc. Urologia	521	0,82
Policlínicas	358	0,56
UTI Coronariana	163	0,26
TOTAL	63799	100

Observa-se na tabela 2, que o maior número de internamentos no HUEC, no período de 2009 a 2010 foi pelo capítulo XV do CID-10 (gravidez, parto e puerpério), seguido por lesões envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (capítulo XIX do CID-10), doenças do aparelho circulatório (capítulo IX do CID-10) e doenças do aparelho genitourinário (capítulo XIV do CID-10), sendo esses quatro grupos responsáveis por mais de 50% dos internamentos.

TABELA 2 - NÚMERO DE PACIENTES INTERNADOS POR GRUPO DE CID-10

DOENÇAS GRUPO DE CID	PACIENTES	(%)
Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	12573	19,71
Lesões, envenenamento, ... (S00-T98)	7085	11,11
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	7030	11,02
Doenças do aparelho genitourinário (N00-N99)	5614	8,80
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	5138	8,05
Sintomas, sinais, achados...(R00-R99)	4672	7,32
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	4634	7,26
Fatores que influenciam o estado... (Z00-Z99)	4353	6,82
Neoplasias (C00-D48)	4107	6,44
Algumas afec. período perinatal (P00-P96)	1671	2,62
Doenças da pele e tec. subcutâneo (L00-L99)	1465	2,30
Doenças sist. osteomusc. e tec. conj. (M00-M99)	1341	2,10
Malformações, deform. anomalias crom. (Q00-Q99)	853	1,34
Doenças infec. Paras. (A00-B99)	828	1,30
Doenças sist. nervoso (G00-G99)	756	1,18
Doenças endóc. nutri. e met. (E00-E90)	633	0,99
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	304	0,48
Doenças sangue, órg. Hemato,..(D50-D89)	287	0,45
Doenças do ouvido e mastóide (H60-H95)	282	0,44
Causas externas de morbid. e mortal. (V01-Y98)	151	0,24
Trans. mentais e comport. (F00-F99)	22	0,03
TOTAL	63799	100

A tabela abaixo mostra os motivos de alta dos pacientes internados. Mais da metade dos pacientes tiveram alta normal e aproximadamente 35% tiveram alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial. Dos 63799 pacientes internados, 2499 foram a óbito, resultando em uma taxa de mortalidade geral do hospital no período de 2009 a 2010 de 3,92%.

TABELA 3 - NÚMERO DE PACIENTES POR MOTIVO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA	PACIENTES	(%)
Alta Normal	37570	58,89
Alta com Acompanhamento Ambulatorial	22632	35,47
Óbito	2499	3,92
Transferência de Hospital	318	0,50
Transferência de Setor	256	0,40
Alta a Pedido	242	0,38
Alta por Evasão	98	0,15
Alta Administrativa	59	0,09
Alta Internado para Diagnóstico	46	0,07
Alta para Mãe e Recém-nato	42	0,07
Outros	37	0,05
TOTAL	63799	100,00

RESULTADOS DOS ÓBITOS DO HOSPITAL

Análise da amostra

Dos 63799 pacientes internados no HUEC nos anos de 2009 e 2010, 2499 foram a óbito, sendo 45,02% do sexo feminino e 54,98% do sexo masculino. Esse total representa uma taxa de mortalidade hospitalar geral de 3,92% com uma média de 3,4 óbitos por dia. Quando calculada a taxa de mortalidade por sexo, a taxa para homens se apresenta quase o dobro da taxa de mortalidade feminina, com um $p=0,0009$.

TABELA 4 - NÚMERO E PERCENTUAL DE ÓBITOS POR SEXO

GÊNERO	PACIENTES		ÓBITOS		T. M. S.
	INTERNADOS	(%)		(%)	
Feminino	39278	61,57	1125	45,02	2,86
Masculino	24521	38,43	1374	54,98	5,60
TOTAL	63799	100,00	2499	100,00	3,92

T.M.S = Taxa de mortalidade por sexo

A variável idade se distribui com mínima de 0 anos (menos de um ano), máxima de 102 anos, média de 57 anos e um desvio padrão de $\pm 24,95$ anos. 50% dos pacientes que foram a óbito tinham idade superior a 60 anos. A idade mais freqüente foi "menos de um ano", ocorrendo em 153 casos.

O número de dias de internamentos variou de 0 (período menor que 24 horas) a 368 dias com média de 12,62 dias e um desvio padrão de $\pm 19,04$ dias. O número de dias de internamento mais freqüente foi 1 dia (311 casos).

Óbitos por grupo de doença

Os maiores índices de letalidade por grupo de doenças do CID-10 foram nos grupos de causas externas de morbidade e mortalidade (capítulo XX), doenças infecciosas e parasitárias (capítulo I), doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (capítulo III) e neoplasias (capítulo II), conforme mostra a Tabela 5.

TABELA 5 - ÍNDICES DE LETALIDADE POR GRUPO DO CID-10

GRUPOS CID - 10	PACIENTES INTERNADOS	ÓBITOS	I. L. (%)
Causas externas de morbid. e mortal. (V01-Y98)	151	29	19,21
Doenças infec. Paras. (A00-B99)	828	128	15,46
Doenças sangue, órg. Hemato,.. (D50-D89)	287	28	9,76
Neoplasias (C00-D48)	4107	345	8,40
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	7030	528	7,51
Algumas afec. período perinatal (P00-P96)	1671	115	6,88
Doenças sist. nervoso (G00-G99)	756	48	6,35
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	5138	316	6,15
Lesões, envenenamento, ... (S00-T98)	7085	376	5,31
Trans. mentais e comport. (F00-F99)	22	1	4,55

Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	4634	192	4,14
Sintomas, sinais, achados... (R00-R99)	4672	155	3,32
Doenças do aparelho genitourinário (N00-N99)	5614	152	2,71
Malformações, deform. anomalias crom. (Q00-Q99)	853	23	2,70
Doenças endóc. nutri. e met. (E00-E90)	633	13	2,05
Doenças sist. osteomusc. e tec. conj. (M00-M99)	1341	15	1,12
Doenças da pele e tec. subcutâneo (L00-L99)	1465	12	0,82
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	304	1	0,33
Fatores que influenciam o estado... (Z00-Z99)	4353	11	0,25
Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	12573	11	0,09
Doenças do ouvido e mastóide (H60-H95)	284	0	0
TOTAL -TAXA MORTALIDADE GERAL HUEC	63517	2499	3,92

I.L. = Índice de letalidade

*As Doenças do ouvido e mastóide (H60-H95) foi o único grupo que não apresentou óbitos

Observa-se na tabela 6, em ordem decrescente, os percentuais de óbito por grupos do CID-10 do HUEC no período do estudo, 62,64% delas são atribuídas a quatro grupos de doenças: as doenças do aparelho circulatório apresentam a maior porcentagem (21,13%), seguido de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (15,05%), neoplasias (13,91%) e doenças do aparelho respiratório (12,65%).

TABELA 6 - PERCENTUAL DE ÓBITOS POR GRUPOS DO CID-10

GRUPO DE DOENÇAS SEGUNDO CID	ÓBITOS	(%)
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	528	21,13
Lesões, envenenamento, ... (S00-T98)	376	15,05
Neoplasias (C00-D48)	345	13,81
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	316	12,65
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	192	7,68
Sintomas, sinais, achados...(R00-R99)	155	6,20
Doenças do aparelho genitourinário (N00-N99)	152	6,08
Doenças infec. Paras. (A00-B99)	128	5,12
Algumas afec. período perinatal (P00-P96)	115	4,60
Doenças sist. nervoso (G00-G99)	48	1,92
Causas externas de morbid. e mortal. (V01-Y98)	29	1,16
Doenças sangue, órg. Hemato,..(D50-D89)	28	1,12
Malformações, deform. anomalias crom. (Q00-Q99)	23	0,92
Doenças sist. osteomusc. e tec. conj. (M00-M99)	15	0,60
Doenças endóc. nutri. e met. (E00-E90)	13	0,52
Doenças da pele e tec. subcutâneo (L00-L99)	12	0,48
Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	11	0,44
Fatores que influenciam o estado... (Z00-Z99)	11	0,44
Trans. mentais e comport. (F00-F99)	1	0,04
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	1	0,04
TOTAL DE ÓBITOS	2499	100

As tabelas 7,8, 9 e 10 mostram os CIDs mais frequentes dentro dos seguintes grupos de doença, respectivamente: doenças do aparelho circulatório; lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas; neoplasias e doenças do aparelho respiratório – os grupos que apresentaram as maiores porcentagens dos óbitos.

TABELA 7 - DESCRIÇÃO DOS CIDS MAIS FREQUENTES DENTRO DOS ÓBITOS CLASSIFICADOS COMO DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

CID	ÓBITOS	DESCRIÇÃO
I64	74	AVC, Não Especificado Como hemorrágico Ou Isquêmico
I210	46	Infarto Agudo Transmural Da Parede Anterior Do Miocárdio
I500	40	Insuficiência Cardíaca Congestiva
I219	33	Infarto Agudo Do Miocárdio Não Especificado
I200	32	Angina Instável
I608	30	Outras Hemorragias Subaracnóides
I792	25	Angiopatia Periférica Em Doenças Classificadas Em Outra Parte
I509	17	Insuficiência Cardíaca Não Especificada
I771	15	Estenose De Artéria
I739	14	Doenças Vasculares Periféricas Não Especificada
I610	13	Hemorragia Intracerebral Hemisférica Subcortical
I209	11	Angina Pectoris, Não Especificada
I618	11	Outras Hemorragias Intracerebrais
	361	68,40%
TOTAL	528	100%

O AVC (acidente vascular cerebral) e IAM (infarto agudo do miocárdio) aparecem como as principais causas de óbito dentro do grupo das doenças do aparelho circulatório.

TABELA 8 - DESCRIÇÃO DOS CIDS MAIS FREQUENTES DENTRO DOS ÓBITOS CLASSIFICADOS NO CAPÍTULO XIX DO CID-10

CID	ÓBITOS	DESCRIÇÃO
S060	65	Concussão Cerebral
T303	60	Queimadura De Terceiro Grau, Parte Do Corpo Não Especificada
S068	23	Outros Traumatismos Intracranianos
S065	22	Hemorragia Subdural Devida A Traumatismo
S069	15	Traumatismo Intracraniano, Não Especificado
S720	12	Fratura Do Colo Do Fêmur
S219	11	Ferimento Do Tórax Parte Não Especificada
T07	10	Traumatismos Múltiplos Não Especificados
	218	57,98%
TOTAL	376	100%

A tabela 8 mostra os CIDs de 218 óbitos dos 376 atribuídos ao grupo de lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas.

TABELA 9 - DESCRIÇÃO DOS CIDS MAIS FREQUENTES DENTRO DOS ÓBITOS CLASSIFICADOS COMO NEOPLASIAS

CID	ÓBITOS	DESCRIÇÃO
C80	51	Neoplasia Maligna, Sem Especificação De Localização
D430	31	Neoplasia De Comport. Incerto Ou Desc. Do Encéfalo, Supratentorial
C710	20	Neoplasia Maligna Do Cérebro, Exceto Lobos E Ventrículos
C180	11	Neoplasia Maligna Do Ceco
C349	11	Neoplasia Maligna Dos Brônquios Ou Pulmões, Não Especificado
C250	10	Neoplasia Maligna Da Cabeça Do Pâncreas
	134	38,84
TOTAL	345	100%

comport. = comportamento *desc.* = desconhecido

Dentre o grupo das neoplasias, a maior parte, 66 casos, foi de sistema nervoso central (SNC). A tabela 9 discrimina os CIDs mais frequentes dentro desse grupo de doenças.

TABELA 10 - DESCRIÇÃO DOS CIDS MAIS FREQUENTES DENTRO DOS ÓBITOS CLASSIFICADOS COMO DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

CID	ÓBITOS	DESCRIÇÃO
J189	95	Pneumonia Não Especificada
J969	48	Insuficiência Respiratória Não Especificada
J960	30	Insuficiência Respiratória Aguda
		Derrame Pleural Não Classificado Em Outra Parte
J90	23	
J180	22	Broncopneumonia Não Especificada
		DPOC Com Infecção Respiratória Aguda Do Trato Resp. Inferior
J440	11	
		Outros Transtornos Respiratórios Pós-Procedimentos
J958	11	
J181	10	Pneumonia Lobar Não Especificada
	250	79,11%
TOTAL	316	100%

DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica *resp.* = respiratório

A pneumonia não especificada, com 95 óbitos, e a insuficiência respiratória (não especificada e aguda), com 78 óbitos são as principais causas de morte dentro do grupo das doenças respiratórias

Óbitos por setor de internamento

Quando calculada, entre os pacientes internados, a taxa de mortalidade por unidade de internamento, observa-se que os maiores valores são das UTIs geral e cirúrgica, UTI coronariana e pronto socorro.

TABELA 11- TAXA DE MORTALIDADE POR UNIDADE DE INTERNAMENTO

UNIDADE DE INTERNAMENTO	TAXA DE MORTALIDADE (%)
UTI Geral/Cirúrgica	96,34
UTI Coronariana	84,66
Pronto Socorro	20,12
Policlínicas	17,87
UTI Neonatal	14,86
Clínica Médica	9,23
Neurologia	7,99
Nefrologia	7,82
Centro Cirúrgico Geral	6,76
Urologia	4,29
Oncologia	3,51
Vascular	2,28
Cardiologia	2,10
Clínica Cirúrgica	2,08
Neonatologia	2,08
Queimados	1,95
Particular/Convênios	1,72
Transplante Renal	1,34
Hospital Dia	1,12
Pediatria	0,98
Ortopedia	0,84
Ginecologia/obstetrícia	0,22
Cirurgia Torácica	0,16
Centro Cirúrgico Obstétrico	0,12
TOTAL HOSPITAL	3,92

Quando os óbitos são analisados segundo as unidades de internamento do HUEC a maior porcentagem de óbitos é da UTI geral e cirúrgica, onde ocorrem 27,37% dos óbitos, seguida do pronto socorro e clínica médica, com 9,12% e 8,92% respectivamente.

TABELA 12 - PERCENTUAL DE ÓBITOS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO

UNIDADE DE INTERNAMENTO	ÓBITOS	(%)
UTI Geral/Cirúrgica	684	27,37
Pronto Socorro	228	9,12
Clínica Médica	223	8,92
Centro Cirúrgico Geral	200	8,00
Neurologia	160	6,40
UTI Coronariana	138	5,52
UTI Neonatal	129	5,16
Particular/Convênios	100	4,00
Hospital Dia	67	2,68
Policlínicas	64	2,56
Clínica Cirúrgica	63	2,52
Urologia	55	2,20
Oncologia	51	2,04
Cardiologia	50	2,00
Pediatria	47	1,88
Vascular	45	1,80
Queimados	40	1,60
Ginecologia/Obstetrícia	29	1,16
Ortopedia	21	0,84

UNIDADE DE INTERNAMENTO	ÓBITOS	(%)
Neonatologia	19	0,76
Transplante Renal	11	0,44
Centro Cirúrgico Obstétrico	6	0,24
Cirurgia Torácica	1	0,04
TOTAL DE ÓBITOS	2499	100,00

Óbitos por caráter financeiro de internamento

Quanto ao tipo de internamento, os pacientes do serviço público apresentam uma taxa de mortalidade maior em relação aos pacientes particulares/convênios com um risco relativo de 2,41 ($p < 0,0001$).

TABELA 13 - TAXA DE MORTALIDADE QUANTO AO TIPO DE INTERNAMENTO

TIPO DE INTERNAMENTO	PACIENTES	ÓBITOS	TAXA DE MORTALIDADE (%)
SUS	57976	2399	4,14
Particular/Convênios	5823	100	1,72
Hospital	63799	2499	3,92

Evitabilidade do óbito

Quanto à evitabilidade do óbito, dos 2499 óbitos, 637 não puderam ser avaliados quanto a sua evitabilidade pois se tratavam de pacientes com mais de 75 aos. Dos 1862 óbitos avaliados 747 (40,12%) foram considerados evitáveis, 96 (5,15%), mal definidos e 1019 (54,73%) foram classificados como não claramente evitáveis.

TABELA 14 - CLASSIFICAÇÃO DOS ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA SEGUNDO A EVITABILIDADE

CLASSIFICACAO DOS ÓBITOS	MENORES DE 5 ANOS	DE 5 A 75 ANOS	TOTAL
Evitáveis	131	616	747
Mal definidos	5	91	96
Não claramente evitáveis	52	967	1019
TOTAL	188	1674	1862

Obs : Dados 2499 óbitos, 637 foram de pessoas com mais de 75 anos, retiradas da classificação acima segundo literatura de apoio.⁷

DISCUSSÃO

Há poucos trabalhos na literatura que tracem o perfil epidemiológico da mortalidade de um hospital, analisando setores de internamento, grupos de doença, diagnóstico específico. Os trabalhos geralmente trabalham com variáveis isoladas, fato este que torna dificultosa a comparação deste trabalho com algum outro já publicado.

Neste estudo a taxa de mortalidade do sexo masculino no HUEC foi mais que o dobro da encontrada no sexo feminino, 5,60% e 2,86% respectivamente. Tal diferença se mostrou estatisticamente significativa com um $p = 0,0009$ e compatível com a literatura.^{6,9} Já é bem estabelecida na literatura a influência do sexo na mortalidade, atribuindo-se a isso uma série de fatores biológicos e comportamentais da vida moderna.

A taxa de mortalidade hospitalar encontrada neste

estudo foi de 3,92%. É difícil traçar comparações de TM de diferentes hospitais, uma vez que cada hospital tem suas características próprias – da população atendida, de recursos humanos, do perfil de gravidade atendido, recursos tecnológicos – o que nos daria análises e comparações equivocadas. Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS o município de Curitiba apresentou uma taxa de mortalidade hospitalar de 3,00% no ano de 2009, assim, o HUEC apresenta uma TM hospitalar um pouco acima da mesma taxa municipal. É importante neste ponto ressaltar o fato de o HUEC ser um hospital terciário, centro de regional de atendimento a traumas e nacional de atendimento a queimados. Assim, há uma grande demanda de pacientes mais graves, interferindo diretamente na taxa de mortalidade do hospital.

A média da idade dos pacientes que morreram no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba no período estudado foi de 57 anos. Tratando-se de um hospital geral, que atende a pacientes de todas as idades, este resultado está dentro do esperado, uma vez que a idade do paciente e o risco de óbito são diretamente proporcionais. Apesar disso, verificamos que a idade mais freqüente foi “menos que um ano”, correspondendo a 153 de todos os casos. Isso pode ser explicado tanto pelo fato do setor de ginecologia/obstetrícia do HUEC ser a unidade com o maior número de internamentos no período – 21,07% do total – com conseqüente grande número de partos, quanto pelo fato de que a freqüência aumenta quando agrupamos vários pacientes com diferentes meses de vida em uma única categoria “menos de um ano”.

A média do tempo de internamento encontrada foi maior nos pacientes que foram a óbito (12,62 dias) do que os pacientes que não foram a óbito (4,43 dias). Um estudo⁶ chama a atenção para a cautela que devemos ter ao analisar o impacto do tempo de permanência no hospital na mortalidade, pois este é afetado por uma série de determinantes como disponibilidade de leitos para cuidados prolongados, gravidade do caso, eficiência técnica, modalidade de pagamento, entre outros. Contudo, quanto maior o tempo de permanência no hospital, maiores os riscos de agravo à saúde como infecções e iatrogenias. Baseado nisso, o fato da média de dias de internamento dos pacientes que morreram ser maior em comparação a dos pacientes que não morreram, é compatível com a literatura.^{2,6}

Quando analisamos o índice de letalidade por grupo de doenças do CID-10, encontramos que o Capítulo XX – causas externas de morbidade e mortalidade – foi o que apresentou o maior valor, 19,21%. Pode-se atribuir a isso o fato de que o capítulo XX do CID-10 abrange eventos graves como acidentes de transporte, envenenamentos, quedas, exposição a forças mecânicas inanimadas (projéteis de arma de fogo, vidro cortante), agressões. Verificamos, também, que o percentual de óbitos por causas externas, capítulos XIX e XX do CID-10, é muito maior no sexo masculino, sendo de

70,74% e 93,10% respectivamente, estando de acordo com a literatura.¹⁰ Essa diferença se deve ao fato de os homens se envolverem mais em eventos traumáticos que as mulheres.

Ainda sobre o índice de letalidade por grupo de doenças, observamos que apesar do grupo de gravidez, parto e puerpério (capítulo XV) ser a causa mais freqüente de internação, 12573 internamentos (19,71% do total) no HUEC no período estudado, houve apenas 11 óbitos nesse grupo, com um índice de letalidade de apenas 0,09%, o menor dentre todos os grupos do CID-10 que registraram óbitos.

As doenças cardiovasculares apresentam elevada morbi-mortalidade, aparecendo em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil, representando quase um terço dos óbitos totais, atingindo com mais freqüência a população em fase produtiva.¹¹ Neste estudo o grupo de doenças cardiovasculares foi o responsável pelo maior número de óbitos no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, 528 óbitos, 21,13% do total. Um estudo realizado no Rio de Janeiro³ teve 24% dos óbitos relacionados à DCV. De todos os óbitos por DVC do presente estudo, 79 foram por infarto agudo do miocárdio (IAM), 74 por acidente vascular cerebral (AVC) não especificado, e 40 por insuficiência cardíaca congestiva, essas foram as causas mais freqüentes de mortes no grupo de doenças cardiovasculares. Tais resultados corroboram dados da literatura que mostram a elevada prevalência de doenças cardiovasculares e sua elevada mortalidade, tendo portando, grande impacto na saúde da população.^{11,12}

Sendo o Hospital Universitário Evangélico de Curitiba um centro de atendimento de queimados e trauma, o grupo de lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (capítulo XIX do CID-10) foi o segundo em freqüência de óbitos. O CID de “queimadura de terceiro grau, parte do corpo não especificada” foi o segundo mais freqüente dentro do grupo do capítulo XIX. No período de 2009 a 2010 foram internados 2056 pacientes no setor de queimados do hospital, destes, apenas 40 foram a óbito, obtendo-se assim, uma taxa de mortalidade de 1,60% nesse setor. Um estudo realizado no ano de 2006 no setor de queimados em um hospital de Porto Alegre¹³ obteve taxa de mortalidade de 11,94% do setor, com 24 óbitos de um total de 201 pacientes internados.

Quanto ao grupo de neoplasias as mais freqüentes foram as de sistema nervoso central, totalizando 66 dos 345 óbitos, seguida de 51 casos de neoplasia maligna sem especificação de localização. O grupo das neoplasias foi responsável por 4107 das internações no HUEC (6,44% do total), alcançando uma taxa de mortalidade de 8,40%. Um estudo que analisou as causas das mortes de um hospital¹⁴ encontrou que dentro do grupo das neoplasias malignas, as mais freqüentes foram as do aparelho digestivo, seguida do aparelho respiratório e hematológica.

Em relação ao grupo de doenças do aparelho res-

piratório, responsável por 250 óbitos no HUEC no período de 2009 a 2010, portanto 12,65% do total, muito próximo de outro estudo obteve 13% dos óbitos devidos a doenças do aparelho respiratório.² No presente estudo a “pneumonia não especificada” foi o CID mais freqüente no grupo, representando 95 casos, seguida de “insuficiência respiratória não especificada” e “insuficiência respiratória aguda”, com 48 e 30 casos respectivamente. Esses três CIDs foram os responsáveis por mais de 70% de todos os óbitos desse grupo de doenças.

Cada setor de internamento de um hospital atende pacientes com características distintas, principalmente no que diz respeito à gravidade da doença que levou ao internamento. As unidades de terapia intensiva (UTI), por exemplo, trabalham com pacientes criticamente enfermos ou em pós-operatório de grandes cirurgias. Um estudo do Rio de Janeiro que traçou o perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva, chegou a uma taxa de mortalidade de 39% em seu serviço.¹⁵ Já outro estudo obteve uma TM na UTI de 49%.¹⁶ Em nosso estudo a taxa de mortalidade na UTI geral e cirúrgica foi de 96,34%, um valor muito maior do que os dados presentes na literatura. Essa TM pode ser atribuída, ao fato de que os pacientes que internaram para o setor da “UTI geral/cirúrgica” são externos, transferidos de outro hospital. Desse modo internam diretamente para a UTI, constando no prontuário, então, UTI geral/cirúrgica no setor de internamento. Esses pacientes transferidos são pacientes muito graves, muitas vezes já em fase de doença terminal e que necessitam apenas de um suporte básico, paliativo. Os pacientes já hospitalizados em algum outro setor do HUEC e que precisam ser transferidos para a UTI, mantêm no prontuário eletrônico o setor de internamento de origem. Tal fato ocorre em todas as transferências de setores do HUEC, ou seja, quando um paciente interna para um determinado setor, mas por algum motivo passa para os cuidados de outro em seu prontuário continuará constando o internamento no primeiro setor. Por exemplo, se um paciente internou para a clínica médica, mas acabou sendo transferido para a UTI, e acabou falecendo nesse setor, em seu prontuário constará como óbito da clínica médica e não da UTI.

Na UTI coronariana também se verificou uma TM muito alta, de 84,66%. O mesmo que ocorre na UTI geral/cirúrgica se aplica à UTI coronariana, ou seja, os pacientes cujos em cujos prontuários consta internamento no setor “UTI coronariana” são pacientes transferidos de outros serviços, portando internando diretamente na unidade de terapia intensiva. Além disso, as UTIs são responsáveis pelos pacientes mais graves do hospital, com uma série de comorbidades, geralmente de idade mais avançada, que está recebendo várias drogas, além de, muitas vezes, ser submetido a uma série de procedimentos invasivos como acesso venoso central, intubação, cateterismo vesical. Tudo isso contribui para uma grande mortalidade nesse setor.

A UTI neonatal é a responsável por recém nascidos que necessitam de um suporte mais avançado. Dentre as principais causas de internamento na UTI neonatal podemos citar a prematuridade, malformações, infecções, gestação múltipla, patologias de placenta e cordão, entre outras. Em nosso trabalho a TM na UTI neonatal do HUEC foi calculada em 14,86%. Contudo, outro estudo que analisou a mortalidade da UTI neonatal em um hospital geral do Rio Grande do Sul obteve uma TM de 8,2%.¹⁷

O pronto socorro do HUEC é referência da região para atendimento de pacientes traumatizados e tem a característica, também, de atender a um perfil de pacientes mais graves, vítimas de acidentes automobilísticos, atropelamentos, ferimentos de arma de fogo, ferimento de arma branca, fraturas, etc. Além dos pacientes cirúrgicos o PS do HUEC também atende pacientes clínicos com angina instável, insuficiência respiratória, IAM, crise hipertensiva, cetoacidose diabética, entre outros. Houve 228 óbitos no pronto socorro do HUEC no período de nosso estudo, resultando em uma taxa de mortalidade de 20,12% nesse setor.

No setor da policlínica ocorreram 64 óbitos, e com isso, calculou-se uma TM de 17,87%, sendo a quarta maior taxa entre os setores de internamento no HUEC. Este setor é responsável pelo internamento de pacientes que necessitam de isolamento devido à infecção por bactérias multi-resistentes, ou seja, de pacientes com um perfil de gravidade mais severo.

O Hospital Universitário Evangélico de Curitiba é um hospital que atende em sua grande maioria pacientes do sistema público, porém atende também pacientes do sistema privado e convênios, embora em número muito inferior àqueles. De janeiro de 2009 a dezembro de 2010 foram atendidos 57976 pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e 5823 particulares/convênios, 90,87% e 9,13/% respectivamente. Dos pacientes internados pelo SUS, 2399 foram a óbito resultando em uma TM de 4,14%. Já dos pacientes particulares/convênios, 100 casos dos internados foram a óbito, assim, com uma TM de 1,72%, essa diferença se mostrou estatisticamente significativa com um $p < 0,0001$. Portanto há um risco relativo de 2,41 de óbito para os pacientes do SUS em relação aos não SUS. Em um estudo que comparou a mortalidade de pacientes SUS e não SUS foi encontrada uma TM de 12,1% e 9,4% respectivamente, resultando em um risco relativo de 1,29 sendo estatisticamente significativa com um $p < 0,001$.⁵ Pode-se atribuir a tal fato uma série de fatores, como: tecnologias para diagnóstico e tratamento, a diferença do perfil de gravidade dos pacientes. A diferença apresentada por este e outros estudos traz a necessidade de outros estudos que possam examinar se o risco de morrer mais elevado entre os pacientes do SUS é efeito do nível social, impactando na maior gravidade do caso, ou se há desigualdade no cuidado em função de quem o financia.

Identificamos uma falha no banco de dados do HUEC em relação ao setor de internamento. Os pacien-

tes que internam no HUEC são internados para algum setor do hospital, como a pediatria, cardiologia, ortopedia, urologia, etc. Contudo há uma categoria de setor de internamento “particular/convênios”, que na verdade seria o tipo de internamento, caráter financeiro. Os pacientes particulares ou de convênios internam para algum setor do hospital como qualquer outro paciente, contudo os dados do hospital não especificam qual o setor internado, colocam esses pacientes em um “setor” denominado “particular/convênios”.

A evitabilidade dos óbitos é um importante dado que ajuda na avaliação da qualidade da assistência prestada pelos serviços hospitalares. As mortes evitáveis são aquelas em que há um risco inerente à condição mórbida do paciente, mas que alguma deficiência em algum nível do cuidado contribui para o agravamento do quadro.⁵ Em 2007 foi publicado um artigo sob coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil que apresentou uma lista brasileira de mortes evitáveis, segundo grupos etários, podendo o óbito ser classificado como evitável, mal-definido ou não claramente evitável. Esse estudo traz uma lista dos CIDs para menores de cinco anos e outra para faixas etárias de cinco a setenta e cinco anos. Estabeleceram a idade de 75 anos como limite superior para mortes evitáveis.⁷ O presente estudo se baseou nessas listas para classificar os óbitos ocorridos no HUEC no período de 2009 a 2010 quanto à sua evitabilidade. Ocorreram 188 óbitos na faixa etária menor de cinco anos, destes, 131 (69%) foram classificados como evitáveis. Já na faixa etária entre cinco e setenta e cinco anos ocorreram 1674 óbitos, sendo 616 (37%) considerados evitáveis. Ao analisarmos em conjunto os 1862 óbitos (foram excluídos desta análise 637 óbitos de pessoas com mais de 75 anos, conforme literatura de apoio), observamos que, no período que nosso estudo abrangeu, 747 óbitos do HUEC foram classificados como evitáveis, ou seja, 40,12% dos óbitos que entraram na classificação. Devemos atentar para o fato de que as mortes consideradas evitáveis são influenciadas não somente pelo serviço hospitalar, mas refletem também a saúde geral da população, uma vez que

muitas causas são reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, por imunoprevenção e por adequada atenção à mulher na gestação. Ou seja, ações competentes à administração pública e atenção primária à saúde. É difícil traçar comparações destes dados com outros estudos, uma vez que há poucos trabalhos que classificam as mortes intra-hospitalares quanto à evitabilidade. Além disso, as diferentes características dos hospitais como número de leitos, caráter econômico do atendimento, perfil da população assistida, gravidade dos casos dificultam comparações viáveis.

CONCLUSÃO

Ocorreram 2499 óbitos no HUEC no período estudado, com uma taxa de mortalidade 5,60% no sexo masculino e 2,86% no sexo feminino, $p < 0,0009$. A média de idade dos pacientes que morreram foi de 57 anos com uma média de 12,62 dias de internamento. A taxa de mortalidade dos pacientes SUS foi de 4,14% e dos não-SUS de 1,72%, e um risco relativo de 2,41. Foram classificados como evitáveis 747 óbitos (40,12%). O grupo “doenças do aparelho circulatório” foi responsável por 21,13% de todos os óbitos, seguido do grupo “lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”, “neoplasias” e “doenças do aparelho respiratório”, responsáveis por 15,05%, 13,81% e 12,65% dos óbitos, respectivamente. A maior parte dos óbitos, 27,37%, ocorreu no setor da UTI geral/cirúrgica.

A taxa de mortalidade geral do hospital no período estudado foi de 3,92%.

Os setores UTI geral/cirúrgica e UTI coronariana apresentaram as maiores taxas de mortalidade entre os setores de internamento.

O grupo “causas externas de morbidade e mortalidade” apresentou o maior índice de letalidade dos grupos de doenças, 19,21%. Seguido pelos grupos “doenças infecciosas e parasitárias”, “doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários” e “neoplasias”, com índices de letalidade de 15,46%, 9,76% e 8,40% respectivamente.

Alcala JMF, Pascolat G. Epidemiology of hospital mortality from 2009 to 2010 in a general hospital in Curitiba. *Rev. Méd. Paraná*, Curitiba, 2013;71(1):14-23.

ABSTRACT - To describe the profile of the deaths that took place in the hospital, to determine the hospital mortality rate (MR), to determine the mortality rate in each hospitalization sector and to determine the lethality rate per ICD-10 disease group. A descriptive, retrospective research was developed, through the analysis of the medical records of every hospitalization that occurred in the Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) in the period from January 2009 to December 2010. In this period, there were 64799 hospitalizations, of which 2499 died. Diseases of the circulatory system were responsible for the majority of deaths in the HUEC, 21,13% of the total. 40,12% of the deaths that occurred were considered avoidable. The hospital MR was 3,92%. The group of diseases that presented the highest mortality rate was the “external causes of morbidity and mortality”, with 19, 21%. Between the hospitalization sectors, the intensive care unities (ICU) were the ones that showed the highest MR.

KEYWORDS - Mortality Rate, Lethality Rate, Hospital Mortality.

REFERÊNCIAS

1. Khan KL, Brook RH, Draper D, Keeler EB, Rubenstein LV, Rogers WH, Koseoff J. Interpreting Hospital Mortality Data: How can we proceed? *JAMA*. 1988; 260(24), 3625-3628.
 2. Travassos C, Noronha JC, Martins M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Rev C S Col*.1999; 4(2), 367 – 381
 3. Torres RMC, Bloch KV, Alves CB, Cascão AM, Gomes RCV. Mortalidade Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro(2005-2007): uma avaliação da qualidade de informação. 2010; 18(3), 347-354.
 4. Berwick DM, Wald DL. Hospital Leader's Opinions of the HCFA Mortality Data. *JAMA*. 1990; 263(2), 247-249.
 5. Junior NI, Rocha JSY. Estudo da desigualdade na mortalidade hospitalar pelo índice de comorbidade de Charlson. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6), 780-786.
 6. Martins M, Blais R, Leite IC. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(supl.2), 268-282.
 7. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Moraes Neto OL, Moura L *et al*. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007;16(4):233-244.
 8. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10ª revisão. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português;1995.
 9. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc. Saúde Coletiva*.2005;10(1):35-46.
 10. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(4):995-1003.
 11. Ministério da Saúde. A saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000. Série G. Estatística e Informação para Saúde. 2002;22: 52p
 12. Passos VMA, Assis DT, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol.Serv. Saúde*. 2006;15(1):35-45.
 13. Bervian F, Maino MM, Schmidt MK, Silva VBG, Arnt R, Martins PDE. Estudo de mortalidade em pacientes tratados na unidade de queimados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. *Arq. Catarin. Med*. 2007;36(1): 173-174.
 14. Pedro AO. Causas básicas de óbito em homens e mulheres de 40 anos ou mais no complexo hospitalar da UNICAMP.[dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas;1995.
 15. Azevedo RP, Moura MS, Cunha S. Perfil e sobrevida dos pacientes de unidade de tratamento intensivo de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. *RBTI*. 2005; 17(2):85-88.
 16. y Moraes RS, Fonseca JML, di Leoni CBR. Mortalidade em UTI, fatores associados e avaliação do estado funcional após a alta hospitalar. *RBTI*. 2005;17(2):80-84.
 17. Araujo BF, Tanaka ANA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev.Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005;5(4): 463-469.
-

EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTO-JUVENIL: CRIANÇAS ÓRFÃS DE DIREITOS

SEXUAL EXPLORATION OF CHILDREN AND YOUNGSTERS

Alexandre Arthur de Souza COSTA¹, Gilberto PASCOLAT².

Rev.Méd.Paraná/1334

Costa AAS, Pascolat G. Exploração Sexual Infanto-juvenil: Crianças Órfãs de Direitos. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):24-8.

RESUMO - O presente estudo aborda os temas exploração sexual infanto-juvenil e prostituição infantil. O objetivo deste estudo foi o de identificar as causas predisponentes a prostituição; o envolvimento e o consumo de drogas; avaliar os conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis, contracepção e gravidez; além de avaliar as expectativas em relação ao futuro. Para que estes objetivos fossem atingidos, foi primeiramente realizado um levantamento bibliográfico a fim de direcionar a pesquisa sobre o tema proposto, conhecendo-se assim, a realidade no Brasil e no mundo. Em seguida foi realizada uma Pesquisa Social com dezessete meninas residentes na Instituição Casa das Meninas Madre Antônia mantida pela Prefeitura Municipal de Curitiba, onde são disponibilizados alojamento, alimentação, vestuário e educação. A pesquisa foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas que abordavam os temas propostos. Como resultados, encontrou-se que o uso de drogas foi o maior fator predisponente para a prostituição; que as drogas mais consumidas foram o crack e a maconha; que os conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis eram satisfatórios e apesar de todas as mazelas sofridas, as meninas mantinham a expectativa de continuar estudando e conseguir bons empregos, além de constituir uma família estável.

DESCRITORES - Prostituição Infantil, Exploração Sexual Infanto-juvenil.

INTRODUÇÃO

A exploração sexual infanto-juvenil constitui um dos mais terríveis crimes contra a criança. Sendo um ser em desenvolvimento, ainda sem os padrões morais e éticos bem definidos torna-se uma presa fácil nas mãos de indivíduos inescrupulosos. Quando se trata de exploração sexual ou prostituição infantil, obrigatoriamente a criança é vítima da ação de um adulto.

Decorrente do abuso sexual ou violência física, a criança tende a fugir do lar onde foi abusada. Muitas vêm de famílias que não mais as desejam ou até mesmo não reúnem condições de mantê-las. À mercê de sua própria sorte para prover a sua própria subsistência, a prostituição materializa a solução para conseguirem sobreviver.

O ambiente que passa a fazer parte de suas vidas é propício para o envolvimento com drogas, tráfico e roubo¹. Aquela que primariamente era vítima passa a ser delinqüente perante o sistema penal. Além disso, as estatísticas mundiais indicam que

aproximadamente cem milhões de crianças são exploradas sexualmente.

No Brasil são exploradas cerca de quinhentas mil crianças e adolescentes.²

Pesquisas da *National Center for Missing and Exploited Children* (Estados Unidos) indicam que a pobreza não é o fator mais importante e que grande parte dos jovens envolvidos na exploração sexual são originários de famílias de classe média e que o fazem para se sustentar após saírem de suas casas¹.

A denominação desta monografia citando crianças órfãs de direito, está baseada na declaração das Nações Unidas sobre os direitos da criança, adotada em Assembléia Geral em 20 de novembro de 1989.

O conceito de prostituição é difícil de ser estabelecido. Existe uma variedade de definições que classificam a mulher prostituta como de má vida, desregrada e profana³.

Prostituta é a pessoa que se entrega a relações sexuais com outra em troca de uma retribuição em

Trabalho realizado no Serviço de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

1 - Médico Residente de Pediatria

2 - Preceptor da Residência de Pediatria

dinheiro, constituindo assim uma atividade específica que pode ser encarada³.

A prostituição infanto-juvenil demonstra uma situação singular pois neste caso a criança não é capaz de definir aquilo que lhe convém ou não². O adulto em geral exerce um grande poder sobre a criança e a prostituição não existe sem que haja um adulto responsável. Do ponto de vista econômico este adulto vai se beneficiar economicamente ou através da exploração dos serviços sexuais desta criança, fazendo com que a prostituição seja um problema do adulto e não da criança.

Existe, no nosso país, uma rede de exploração sexual de meninas e adolescentes. A faixa etária mais visível é entre 12 e 16 anos de idade, mas isto não quer dizer que não encontremos meninas de quatro, cinco, seis e sete anos sendo usadas sexualmente das mais diversas formas. Vale a pena notar que este grupo populacional é vulnerabilizado pela discriminação e dominação de gênero na nossa cultura, pela impunidade e pelas condições sócio-econômicas, que tornam a criança e o adolescente mais passíveis de dominação e uso. A exploração, apesar de gerar lucros para a rede de prostituição, não modifica a baixa condição de vida das meninas e adolescentes².

O uso de drogas e álcool², é uma consequência da prostituição, como ficou demonstrado em um relato que dizia: "A melhor coisa desta vida é cheirar cola, porque faz esquecer a fome e a saudade de mãe".

Em países em desenvolvimento e em regiões extremamente pobres é freqüente a situação da família explorar sexualmente suas filhas. Isto não deve ser generalizado pois estaríamos diminuindo a dimensão deste problema. A pobreza em si não leva à prostituição.

É interessante notar que sobre o abuso incestuoso, contrariamente do que se pensa, o número de padrastos é bem menor do que o de pais biológicos no que concerne a se engajar em tal atividade. De certa forma os homens contam com a complacência da sociedade no sentido de que existe uma conspiração do silêncio no que se refere ao abuso sexual pelos pais, tios, avós, etc, e isso é altamente responsável pela prostituição infanto-juvenil pois a menina pode fugir de casa e roubar ou utilizar o corpo para conseguir sobreviver nas ruas, já que esta foi a maneira que ela aprendeu em casa, só que nas ruas ela passa a cobrar².

Existe uma diferença entre o tipo de abuso incestuoso realizado nas classes mais pobres e nas mais privilegiadas. Nas mais pobres, existe a ameaça concreta, onde o pai (ou outro familiar) ameaça que vai matar a criança(ou familiar) se ela contar para alguém. Esta ameaça é geralmente feita com o uso de faca, revolver, etc. Já nas classes privilegiadas o que há é um processo de sedução, o que é muito mais deletério para a saúde emocional da criança².

A criança não pode consentir o abuso incestuoso porque ela não tem a capacidade de discernir, então vai acontecendo um envolvimento emocional crescente

e de prazer também (muitas meninas relatam ter prazer desta relação). Num dado momento, a criança percebe que aquela relação está indo para um caminho que é proibido, mas já está tão envolvida que não se vê mais como vítima da situação, mas sim como co-partícipe daquela relação, gerando o sentimento de culpa.

Esta vitimização da criança dentro da família deve ser considerada com um fator importante no encaminhamento da criança e do adolescente para a prostituição. Deve-se levar em consideração que a mulher é raramente a agressora sexual, sendo o homem, em 97% dos casos segundo estimativas internacionais, o agressor sexual.

Esta monografia tem por finalidade desenvolver conhecimentos sobre o tema prostituição e exploração sexual infanto-juvenil, identificando as causas predisponentes, verificando a relação com o consumo de drogas, averiguando o nível de conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, contracepção e gravidez, além de avaliar a expectativa quanto ao futuro destas meninas que estiveram envolvidas com a prostituição.

MÉTODO

O contato inicial para realizar a pesquisa social foi feito com o SOS Criança de Curitiba que indicou uma Instituição que abriga meninas em situação de risco social.

Após a autorização da Secretaria Municipal da Criança, encaminhou-se à Casa das Meninas Madre Antônia para a realização de entrevistas, Instituição mantida pela Prefeitura Municipal de Curitiba desde 1997 e que recebe meninas entre sete e dezessete anos, encaminhadas pelo Conselho Tutelar, SOS Criança, Segunda Vara da Infância e pelo Resgate Social.

As meninas permanecem nesta casa por tempo indeterminado, de acordo com a necessidade de cada caso ou até que se cesse a situação de risco social. O objetivo desta Instituição é de promover o retorno familiar através do trabalho social ou de preparar as adolescentes para viverem em repúblicas subordinadas à Secretaria da Criança.

A Casa das Meninas Madre Antônia dispõe de trinta vagas, oferecendo alojamento, refeições, escola, e através do trabalho de voluntários disponibiliza diversas oficinas onde as meninas aprendem trabalhos manuais, esportes e inglês.

A pesquisa foi realizada com dezessete meninas que se encontravam em situação de risco social com idades variando entre doze e dezessete anos. Após esclarecer sobre o sigilo absoluto da pesquisa e obter autorização da Instituição e das próprias meninas, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, as quais foram gravadas e transcritas para posterior análises.

A abordagem inicial tinha o objetivo de deixar a entrevistada bastante à vontade para falar sobre a sua vida, para que em seguida pudessem ser abordados

os temas: prostituição, abuso sexual, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, relações com a família e expectativas quanto ao futuro.

As entrevistas foram realizadas nas próprias instalações da Casa das meninas Madre Antônia em horários que não interferissem com as atividades escolares das meninas.

Além das entrevistas, foi feito um levantamento bibliográfico acerca do tema em questão.

Resultados das Entrevistas

Com base nas entrevistas realizadas com dezessete meninas da Casa das Meninas Madre Antônia, pôde-se chegar aos seguintes resultados:

Em relação ao local de residência destas meninas antes de fugirem de casa, temos que: 6 moravam com os pais biológicos (mãe e pai); 4 moravam com a mãe e o padrasto; 1 com o pai e a madrasta; 3 com outros familiares; 1 morava apenas com a mãe e 2 com pais adotivos.

Dentre as meninas entrevistadas, todas apresentaram problemas no relacionamento com membros da família, sendo 6 relataram não se relacionar bem com o seu próprio pai; 3 com a sua mãe biológica; 3 tinham queixas relativas ao convívio com o padrasto; 2 em relação a convivência com a madrasta e 3 afirmaram que o seu relacionamento com os pais adotivos não era bom.

Do total de dezessete meninas, apenas uma não fugiu de casa, devido ao fato de ter sido encaminhada a Instituição por motivo de impossibilidade temporária por parte da mãe de sustentá-la. Obteve-se os seguintes resultados quando foi perguntado às outras dezesseis meninas sobre o motivo que as levou a fugir de casa: 4 saíram de casa para que pudessem utilizar drogas livremente; 5 ofereceram como motivo o abuso sexual; 2 fugiram de casa por serem vítimas de agressões e os 5 restantes alegaram uma convivência incompatível com os seus familiares.

No que se refere à idade com que saíram de casa, os resultados obtidos foram os seguintes: 2 saíram de casa com 8 anos de idade; 1 com 11 anos; 8 com doze anos; 2 com 13 anos; 1 com 14 anos; 2 com 15 anos e 1 com 16 anos.

Dentro da população estudada, cinco meninas sofreram abuso sexual praticado por membros de sua família. Duas delas foram abusadas pelo pai biológico; uma sofreu abuso por parte de pai e do irmão e duas foram vitimizadas pelo padrasto.

Ainda discorrendo sobre o mesmo tema, é importante ressaltar a idade em que estas crianças foram vítimas de abuso pela primeira vez. Duas foram vitimizadas aos sete anos de idade; uma com 6 anos; uma com 11 anos e uma com 8 anos de idade.

Dentre da população que foi vítima de abuso sexual, temos que duas das meninas se engajaram posteriormente em atividade de prostituição e três não se prostituíram.

Dentro do âmbito da rua, o ato de cometer delitos

também deve ser levado em consideração. Das dezessete meninas, 9 se engajaram em roubo; 4 em tráfico e as 4 restantes relataram não ter cometido delito algum.

Com a saída de suas residências, estas meninas foram morar em outros lugares. Dez foram para as ruas; 2 para casa de parentes; 2 para casa de amigos; 2 para Instituições públicas e 1 foi conviver com um companheiro do sexo oposto.

Outro aspecto importante dentro deste contexto é o consumo de drogas. Das dezessete meninas, 12 alegaram ter usado drogas e as 5 restantes negaram tal uso.

Ainda focando o aspecto do uso de drogas, foi observado que uma das doze meninas que fizeram uso destas substâncias começou a drogadição aos 8 anos de idade; 6 aos 12 anos; 4 aos 13 anos e uma aos 14 anos de idade.

Quando foram indagadas sobre qual drogas consumiam, informaram que as mais consumidas eram: crack, maconha, cola de sapateiro, álcool e cocaína.

No que se refere à prostituição infanto-juvenil, 7 das 17 entrevistadas afirmaram ter tido algum envolvimento com esta atividade enquanto que 10 das meninas negaram tal envolvimento.

Dentre as que relataram envolvimento com a prostituição, foi observado que a idade em que iniciaram esta atividade foi a seguinte: 3 informaram ter iniciado aos 12 anos; uma aos 13 anos e 3 aos 14 anos de idade.

Em relação ao período de tempo durante o qual estas meninas se prostituíram, temos que: 3 o fizeram durante três meses; 1 durante 4 meses; 1 por um ano; 1 por dois anos e 1 durante quatro anos.

Em relação aos motivos apresentados pelas meninas que se engajaram na atividade de prostituição, 5 afirmaram que a prostituição era o meio pelo qual obtinham dinheiro para a compra de drogas e 2 relataram que “gostava do que fazia”.

Quando foram indagadas sobre o que achavam da prostituição, 5 das meninas afirmaram ter “nojo” do que faziam. Uma considerava a prostituição como sendo sua profissão e uma relatou que a prostituição é uma forma de se obter sexo.

Em relação a possibilidade de voltarem a se prostituir por algum motivo ou situação; 5 afirmaram que isto não fazia parte de seus planos enquanto que 2 das meninas relataram que voltariam a prostituição caso isso fosse necessário.

No tocante ao aspecto de recebimento de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, todas as entrevistadas relataram conhecimentos satisfatórios a este respeito. A idade em que tiveram acesso a tais informações variou dentro do grupo, sendo que 10 tiveram conhecimento sobre o tema aos 13 anos; 4 aos 14 anos e 3 aos 11 anos de idade.

Dentre as entrevistadas 14 afirmaram nunca terem engravidado. Duas engravidaram e levaram suas gestações a termo e uma teve sua gestação interrompida devido a um aborto provocado.

A forma de encaminhamento para a Casa das Meninas Madre Antônia se deu da seguinte forma: 7 das meninas foram encaminhadas pelo Conselho Tutelar; 5 foram encaminhadas por familiares; 3 por iniciativa das próprias meninas e 2 foram encaminhadas pela Segunda Vara da Infância.

Ao ser perguntado às meninas quais eram as suas opiniões sobre a Casa, 13 informaram que gostavam deste ambiente, enquanto que 4 delas relataram que não gostavam.

Dentro deste aspecto, é interessante perceber se, dentro desta população, existe a ideiação por parte das meninas em fugir desta Instituição. Doze relataram não ter interesse em fugir enquanto que 5 afirmaram já ter pensado ou pensar em fugir. É válido ressaltar que, durante a fase de entrevistas para a execução do presente trabalho, duas meninas evadiram-se da Instituição.

Em relação ao que sentem perante seus pais e familiares, 6 das meninas afirmam que tem saudades de ambos os pais. Já 4 relatam que sentem saudades de suas mães; 4 afirmam ter mágoa com os membros de suas famílias; 2 relatam que não sentem saudades da família e uma afirma ter raiva da mãe.

Porém não podemos deixar de mencionar que estas meninas também possuem expectativas no que concerne o seus futuros. Dentro desta população pesquisada, 6 afirmaram esperar poder estudar e conseguir um bom emprego; 4 relataram que suas expectativas eram as de constituir família, ter filhos e conseguir um bom emprego; 2 almejam poder trabalhar; 3 esperam poder retornar para a casa dos pais; uma anseia em ter uma boa família com filhos e uma afirmou querer ser prostituta.

Análise das Entrevistas

A literatura americana descreve a prostituição infanto-juvenil como resultado do abuso sexual, sendo as vítimas em geral oriundas de famílias de classe média que fogem de suas casas e utilizam-se da prostituição para satisfazerem suas necessidades financeiras. No Brasil, nas regiões norte e nordeste, famílias miseráveis vendem suas filhas e com isso geram recursos para o sustento de outros filhos. Desta forma garantem também a sobrevivência destas meninas que irão ser exploradas em troca de moradia, alimentação e vestuário⁴.

Nesta situação específica como foi demonstrado por DIMENSTEIN (1992)⁵, em seu livro "Meninas da Noite", existe uma expectativa de ascensão e progressão social através da prostituição, processo pelo qual encontrariam um marido para constituir família e sustentá-las.

O que se observou nesta pesquisa foi que as crianças fogem de casa por incompatibilidade com os familiares, por causa do abuso sexual, para usarem drogas e por medo de agressão. Uma vez fora de casa, vão para as ruas, casas de amigos, parentes e até mesmo morar com um companheiro.

Este ambiente sem regras e limites é propício para

a introdução do consumo de drogas, surgindo assim a necessidade de gerar recursos para sustentar o vício. Isto pode ser observado no relato de L.S.M. (14anos): "Uma amiga me disse que sabia arrumar uma grana fácil. Fiquei com um cara... Achei um nojo, foi muito mais difícil do que eu podia pensar. Não quero fazer nunca mais. Fiz pelo dinheiro que eu precisava para comprar drogas."

Dentro da pesquisa, dentre as dezessete meninas entrevistadas, doze faziam o uso de drogas; sete prostituíram-se e dentro deste subgrupo que se prostituiu, cinco o fizeram somente para sustentar o vício das drogas. Duas outras meninas deste mesmo subgrupo revelaram que se prostituíram por gostar da situação, sendo que nenhuma destas tinha sido vítima de abuso sexual em suas famílias, contrariando o que se observa em países desenvolvidos⁶. Uma das meninas, G.R. de 14 anos de idade, relata: "Não ligo de me prostituir. Acho um trabalho normal. É a minha profissão".

Comparando as fontes de dados nacionais e americanas, observa-se uma situação diferente no que se refere a perspectiva quanto a prostituição^{2,6,7,8}. Dentro do universo pesquisado, cinco das sete meninas que se prostituíram, afirmaram que sentiam "nojo" ao se prostituírem e que jamais voltariam a se prostituir por qualquer motivo que fosse. Uma das meninas, M.K.C., de 17 anos, disse: "Achava aquilo um nojo... Quando descobri que roubar era mais fácil, parei de fazer programa."

Outro tópico que é descrito na literatura nacional é que as vítimas de abuso sexual teriam uma tendência a se prostituir, seja por sentimento de culpa ou apenas por continuar a ser vítima^{2,3,8,9}. Na presente pesquisa, duas meninas que foram vítimas de abuso chegaram a se prostituir, enquanto que outras três que também foram vitimizadas, não se engajaram na prostituição. Segundo VAIZ (in ANAIS DO SEMINÁRIO SOBRE EXPLORAÇÃO SEXUAL DE MENINAS E ADOLESCENTES NO BRASIL, 1995), a prostituição leva ao consumo de drogas e ao álcool, porém o que foi observado dentro do universo pesquisado é justamente o contrário, ou seja, o consumo de drogas levando à prostituição².

Quanto ao que se pode observar, existe um sentimento de revolta muito forte por parte das meninas que sofreram abuso em relação as suas famílias. Em especial por acharem que foram abandonadas e negligenciadas por suas mães, que não acreditaram em seus relatos de abuso, obrigando-as a fugir de casa para não mais serem violentadas. Pudemos encontrar estes aspectos exemplificados nos depoimentos de algumas meninas. A.P.B.S., de 16 anos, relata: "Um dia eu não quis fazer aquilo e ele me enforcou... Desmaiei, achei que estava no paraíso! Quando fui acordando aos poucos, vi que estava no inferno de volta". B.J.S., de 13 anos de idade, disse: "Não gosto daqui porque dizem que eu não amo a minha família. Ninguém acredita que o meu padrasto fazia aquilo comigo. Só eu sei o que eu já passei na vida". S.W.C., de 16 anos, rela-

ta: “Tinha medo de morrer, meu pai dizia que iria me matar se eu abrisse a boca. Queria que meu pai fosse diferente para gente poder ser feliz”.

Dentro do universo pesquisado todas as dezessete meninas possuem hoje em dia conhecimentos satisfatórios sobre as doenças sexualmente transmissíveis e gravidez, até mesmo pelo fato de receberem este tipo de orientação dentro da própria Instituição.

Em geral, durante a entrevista, era comum a queixa de que a “família não prestava”, mas a maioria das meninas acabava admitindo que sentia falta dos pais quando lhes era perguntado diretamente.

A expectativa quanto ao futuro foi surpreendente, pois a vontade de estudar e ter uma boa profissão, além de constituir uma família com filhos, foram os itens mais citados. Apenas uma entre todas as meninas, D.R.A., de 17 anos, citou a expectativa de se tornar uma prostituta quando sair da casa, com o seguinte depoimento: “Quando sair daqui eu acho que vou voltar para a prostituição, acho que fiquei meio tarada”.

CONCLUSÕES

De acordo com o que foi observado na pesquisa, encontrou-se como fator predisponente para a prostituição, a própria situação de risco social, seja pelo abuso, a agressão ou consumo de drogas. Uma vez nas ruas estas crianças estão sujeitas a uma série de situações que se somam e que tem como ponto culminante a drogadição. O vício tem que ser sustentado e então a

prostituição surge como solução para tal fim.

Em relação ao consumo de drogas, verificou-se que 71% das meninas entrevistadas faziam uso de algum tipo de substância ilícita. As drogas mais consumidas foram o crack, a maconha, a cola de sapateiro, o álcool e a cocaína.

O nível de conhecimento demonstrado pelas meninas sobre doenças sexualmente transmissíveis foi satisfatório e todas elas evidenciaram ter adquirido informações sobre este tema, assim como noções sobre contracepção e gravidez.

No que se refere às expectativas em relação ao futuro, estudar e ter um bom emprego foram as mais citadas, seguidas da intenção de ter família, filhos e um bom emprego. Trabalhar e morar com os pais também faz parte destas aspirações. Contudo, infelizmente, foi observado um caso em que umas das meninas almeja se tornar prostituta no futuro.

Onde a injustiça social faz parte do dia a dia e as crianças permanecem “órfãs de direitos”, finalizar esta pesquisa é uma tarefa quase que impossível. Resta apenas esperar que tudo o que foi exposto sirva para aumentar a preocupação com a exploração sexual infantil e que o pediatra participe na difusão de informações sobre a prostituição infantil, ajude a identificar crianças em situação de risco social para que as autoridades estabelecidas possam impedir e punir os exploradores e aliciadores, além de promover a assistência médica, e encaminhar para assistência psicológica e social necessária a estas crianças.

Costa AAS, Pascolat G. Sexual Exploration of Children and Youngsters. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):24-8.

ABSTRACT - The present study is an approach of the sexual exploitation of children and youngsters and child prostitution. The goal of this study was to identify the causes that lead to prostitution and the important role of drug consumption. It was also meant to assess the knowledge about sexual transmitted diseases, contraception and pregnancy; besides evaluating the expectations concerning the future. In order to achieve these goals, a bibliographic review was held to guide the research about the present subject, gathering information about the reality in Brazil and over the world. Subsequently, a social research took place within a group of seventeen girls living in an Institution called Casa das Meninas Madre Antônia, which is supported by the City Hall of Curitiba and where they have access to housing, food, clothing and education. The research was based on interviews that were related to the subject. The results of the findings were that the use of drugs was the major factor leading to prostitution; that the most consumed drugs were crack and marijuana; that the knowledge about sexually transmitted diseases was satisfactory and, in spite of all the problems these children have been through, they keep the expectation of continuing to study and getting a good job, besides building a stable family.

KEYWORDS - Child Prostitution, Sexual Exploration of Children and Youngsters.

REFERÊNCIAS

1. ESTER, R. J. The sexual exploitation of children: a working guide to the empirical literature. Pennsylvania: University Press, 2001.
2. SEMINÁRIO SOBRE EXPLORAÇÃO SEXUAL DE MENINAS E ADOLESCENTES NO BRASIL, 1995, Brasília. Anais...Brasília: UNB, 1995.
3. PEREIRA, A. A prostituição é necessária? São Paulo: Civilização Brasileira, 1966.
4. DIMENSTEIN, G. O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Editora Ática, 1999.
5. DIMENSTEIN, G. Meninas da noite: a prostituição de meninas escravas no Brasil. São Paulo: Editora Ática, 1992.
6. GREENE J. M.; ENNETT, S.T.; RINGWALT, C.L. Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. Am J Public Health; v.89, n.9, p.1406-9, setembro 1999.
7. SENG, M. J. Child sexual abuse and adolescent prostitution: a comparative analysis. Adolescence; v.24, n.95, p.665-75, outubro 1989.
8. SAFFIOTI, H.; LORENZI, M.; JUNQUEIRA, I.; DALLARI, D.; GUERRA, A.C.; AZEVEDO, M.A. Prostituição infantil. Disponível em: <http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online> Acesso em 9 jul. 2001.
9. CANHA, J. A criança mal tratada, o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. São Paulo: Editora Quinteto, 2000.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS COM PANCREATITE AGUDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ADMITTED WITH ACUTE PANCREATITIS IN UNIVERSITY HOSPITAL

Gustavo Bueno Rosetti **BERNABÉ**¹, Bruno Vicente Gomes de **CASTRO**¹, Carlos Roberto **NAUFEL** Jr.²

Rev.Méd.Paraná/1335

Bernabé GBR, Castro BVG, Naufel CR. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Internados com Pancreatite Aguda em um Hospital Universitário. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):29-33.

RESUMO - Analisar as características epidemiológicas, etiológicas, e comparar outros dados com o que é descrito na literatura, a fim de identificar o perfil dos pacientes. Durante o período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2012, analisaram-se 64 prontuários de pacientes diagnosticados com pancreatite aguda, internados em um Hospital Universitário de Curitiba. Avaliaram-se os seguintes dados nos prontuários: sexo, idade, etiologia, sintomas iniciais, tempo do início dos sintomas, uso da nutrição parenteral, dias de jejum, tipos de tratamento cirúrgico, antibióticos utilizados, tempo de antibioticoterapia e mortalidade. Encontrou-se uma prevalência de 68,8% casos de pancreatite aguda de origem biliar, sobre 17,2% casos de etiologia idiopática e 9,4% de etiologia alcoólica. A idade média encontrada foi 48 anos. Houve uma predominância de pacientes do sexo feminino. O sintoma inicial encontrada com maior frequência foi dor abdominal (90,6%). A média dos dias de internamento foi de 11,5 dias. A antibioticoterapia mais utilizada foi a associação ceftriaxona e metronidazol. Foi necessário o tratamento cirúrgico em 35% dos doentes e a cirurgia mais frequente foi a colecistectomia. A taxa de mortalidade correspondeu a 9,6%. O perfil dos pacientes foi estudado, bem como suas características.

DESCRITORES - Pancreatite, Epidemiologia, Etiologia.

INTRODUÇÃO

A pancreatite aguda (PA) é descrita na história como a responsável pela morte de Alexandre o Grande (323 a.C.), quando ele tinha 33 anos, em um quadro de PA necrotizante secundária a ingestão pesada de álcool e alimentos ricos em gordura. Em 1856 Claude Bernard induziu PA em um cão e demonstrou a capacidade das secreções pancreáticas em digerir carboidratos e gorduras. No final do século XIX, Chiari propôs que a autodigestão do pâncreas seria o principal mecanismo responsável por esta doença¹.

A PA é uma doença inflamatória aguda, onde 70 a 80% dos casos tem um curso benigno². Ela pode cursar com a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), com uma significativa morbidade e mortalidade em 20% dos pacientes¹. As condutas e manejos a serem tomados na PA são bem concretizados na literatura. Porém ainda hoje se discute muito a etiologia e a epidemiologia desta patologia,

que muda conforme a localização geográfica.

A incidência anual da PA varia entre 5,4 a 79,8 por 100.000 habitantes, essa variação depende da região e da população estudada². Na Holanda e no Reino Unido a incidência é de 10 a 24 casos por 100.000 habitantes, enquanto nos Estados Unidos a incidência varia de 35 a 73 casos por 100.000 habitantes. A etiologia também muda conforme a região estudada, na Inglaterra e em Hong Kong a PA com origem por doença biliar predomina, nos EUA e na Finlândia a PA com causa alcoólica é a mais prevalente^{3,4}, porém 10% das pancreatites continuam como causa idiopática¹.

A etiologia da PA inclui: cálculo nos ductos biliares; uso crônico do álcool; pós colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; trauma; induzida por drogas; infecções; hereditária; hipercalcemia; hipertrigliceridemia; malformações; tumores; pós-operatória; auto-imune¹.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) e Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba, PR, Brasil.

1 - Doutorandos do curso de medicina da Faculdade Evangélica do Paraná

2 - Cirurgião Geral - Membro do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

O diagnóstico radiológico para PA serve para elucidar a etiologia da doença, como pedras na vesícula e calcificação do pâncreas, sendo recomendado a realização de ultra sonografia em todos os pacientes com PA. Um exame que se pode lançar mão é a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica observando os ductos biliares e pancreáticos, podendo ser realizada papilotomia em casos de obstrução. Parte importante no tratamento é a ressuscitação com fluidos, jejum e analgesia^{5,7}.

Tendo em vista a importância da prevenção e identificação desta doença na população, este trabalho vem para ampliar dados sobre a PA e compará-lo com a literatura de outros países.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com a análise de prontuários de 64 indivíduos diagnosticados com PA, internados no período de fevereiro de 2011 a fevereiro de 2012 no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Avaliaram-se os seguintes dados: sexo, idade, etiologia, sintomas iniciais, tempo do início dos sintomas, uso da nutrição parenteral, dias de jejum, tipos de tratamento cirúrgico, antibióticos utilizados, tempo de antibioticoterapia e mortalidade.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba sob o número 11968/11.

Os dados obtidos foram coletados em planilhas sendo submetidos à análise através do programa Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS

A análise dos 64 prontuários de pacientes diagnosticados com PA permitiu a estratificação da etiologia mostrando a predominância da forma biliar (68,8%), seguida da forma idiopática e alcoólica (17,2 e 9,4% respectivamente). Houve ainda 1 caso de PA por ferimento traumático por arma de fogo e 2 casos por hipertrigliceridemia (Tabela 1).

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA PANCREATITE AGUDA CONFORME ETIOLOGIA.

Etiologia	Frequência	Percentual
Biliar	44	68,8
Idiopática	11	17,2
Alcoólica	6	9,4
Outras*	3	4,7
Total64	100,0	

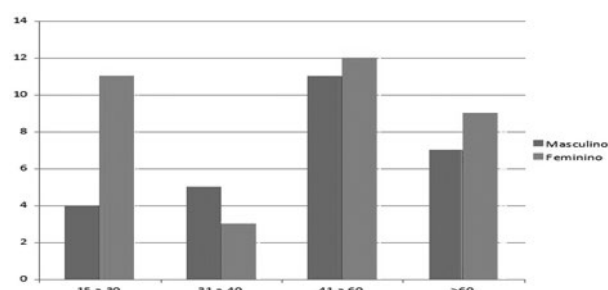
*Trauma-ferimento por arma de fogo (1); hipertrigliceridemia (2)

A média das idades foi de 48 anos e a mediana de 47,5. Sendo que a idade mínima foi de 17 anos ao passo que a máxima foi de 91 anos. Houve a predominância do sexo feminino, 57,8% (37 casos) contra

42,2% (27 casos) masculinos.

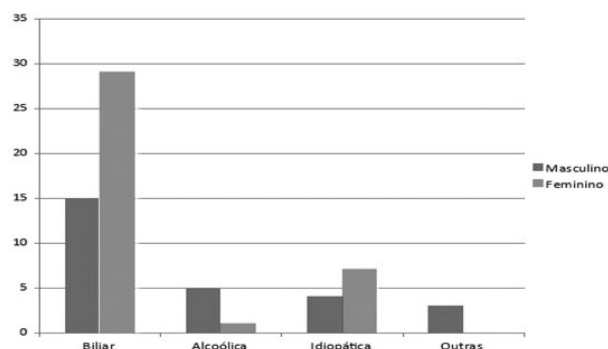
É possível perceber que a maior parte dos homens afetados possui entre 41 e 60 anos de idade. Já no sexo feminino a prevalência é bimodal nas idades de 15 a 30 anos e também entre 41 a 60 anos. Nos idosos acima de 60 anos, o sexo feminino se sobressaiu. O grupo de mulheres de 41 a 60 anos foi a maior população encontrada, correspondendo a 18,75% (Figura 1).

GRÁFICO 1 - IDADE VERSUS SEXO



É possível notar que na forma biliar, a prevalência foi feminina, alcançando 65,9% (29 pessoas), a forma alcoólica obteve predominância masculina (83,3%), havendo apenas 1 mulher afetada. Das pancreatites idiopáticas, 63,3% pertenceram ao sexo feminino, havendo apenas 4 homens afetados (Figura 2).

GRÁFICO 2 - ETIOLOGIA VERSUS SEXO



Outras variáveis avaliadas foram os dias de internamento e o tempo de início dos sintomas. Podemos observar que a média dos dias de internamento foi de 11,5 dias, sendo que o tempo máximo foi de 60 e o mínimo de 2 dias. Já em relação ao tempo de início dos sintomas, a média foi de 3,2 dias, sendo o máximo de 9 dias até a procura médica.

TABELA 2: DIAS DE INTERNAMENTO E TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS

Variável	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Dias de internamento	64	11,5	9,0	2,0	60,0	9,2
Tempo de início dos sintomas (dias)	48	3,2	3,0	0,2	9,0	2,2

A queixa principal mais frequente no momento do diagnóstico da doença foi a dor abdominal, presente em 90,6% dos casos, e como sintomas associados, náuseas e vômitos foram vistos em mais da metade dos pacientes. A icterícia apareceu em 20,3% dos doentes (Tabela 3).

TABELA 3: SINTOMAS

Sintomas	Frequência	Percentual*
Dor abdominal	58	90,6
Náuseas	35	54,7
Vômitos	32	50,0
Icterícia	13	20,3
Febre	3	4,7
Outros**	8	12,5

*Percentual calculado sobre o total de casos (n=64)

** Prurido, acolia, diarreia sem muco, Hematúria, fezes com sangue, colúria, calafrios, livedo reticular, cianose, má perfusão capilar, dispneia, astenia.

Todos os pacientes diagnosticados com PA foram submetidos ao jejum, de no mínimo 1 dia, e de no máximo 22. A Nutrição Parenteral (NPT) foi realizada em aproximadamente 11% dos pacientes, sendo 13,1 dias a média de permanência da mesma, e a máxima de 1 mês (Tabela 4).

TABELA 4: DIAS DE JEJUM E DIAS DE NPT

Variável	N	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Dias de jejum	64	4,5	3,0	1,0	22,0	4,8
Dias de NPT	7	13,1	12	1,0	30,0	10,82

Em relação ao tratamento cirúrgico, 39% (25 pacientes) foram submetidos a alguma intervenção cirúrgica. Foram elas 10 colecistectomias via laparoscópica, 11 colecistectomias via laparotomia, 1 laparotomia exploratória diagnóstica, 1 drenagem de cisto pancreático, 1 derivação bílio-digestiva tipo colédoco-duodenostomia, 8 lavagens de cavidade abdominal, 1 drenagem de abscesso e 2 necrosectomias. Sendo que 47,72% dos pacientes com PA de etiologia biliar foram submetidos a colecistectomia. Em 2 pacientes a cirurgia de colecistectomia foi contraindicada devido aos riscos cirúrgicos.

O tratamento medicamentoso foi instituído em 42,1% dos doentes, o qual se fundamentou basicamente em analgesia e antibioticoterapia. Dentre os antibióticos mais utilizados, podemos citar o Rocefin® (ceftriaxona), Flagyl® (metronidazol), Ciprofloxacino, Dalacin® (clindamicina), Tienam® (imipenem), Vancomicina, Meronem® (meropenem), Zoltec® (fluconazol), Tazocin® (piperacilina + tazobactam), Maxcef® (cefepima), Kefazol® (cefazolina) e Binotal® (ampicilina). Sendo que a combinação mais frequente (62,9%) foi a Rocefin® e Flagyl® como tratamento inicial, havendo cura em 15 destes e 2 óbitos. E o tempo de uso desta combinação variou de 1 a 23 dias, sendo 7

dias a moda. Entre outras combinações, encontramos o Ciprofloxacino e Flagyl® como a segunda mais frequente, seguido de Rocefin® e Dalacin®, Tienam® e Meronem® e entre outros.

DISCUSSÃO

A idade média encontrada em nosso estudo foi de 48 anos, sendo a idade mínima de 17 e a máxima de 91 anos. Este valor se aproxima da média da faixa etária de outros estudos pesquisados⁸, e também com a variedade das idades em outros estudos, confirmando que a PA pode ocorrer em qualquer idade, porém tem predileção pela faixa de 30 a 60 anos⁹.

O diagnóstico de PA se dá a partir de evidências clínicas compatíveis, e como sintomas iniciais, é comum citar a dor abdominal, náuseas e vômitos. Estima-se que em 40% a 70% dos pacientes é possível encontrar o padrão clássico de irradiação da dor para as costas¹⁰. Em nosso artigo, encontramos que a dor abdominal esteve presente como sintoma inicial em 90,6% dos casos, sendo ela localizada, disseminada ou irradiada para as costas. Dado muito próximo ao encontrado em outros estudos publicados no México, que atingiram 94%¹¹.

Náuseas e vômitos foram vistos em pouco mais da metade dos pacientes, icterícia em 20,3%, e febre em 4,7%. Números próximos ao da literatura, que também indicaram a icterícia e febre como sintomas atípicos mais raros¹¹. A dor geralmente atinge o seu pico durante 30-60 minutos e persiste por dias ou semanas¹⁰. Encontramos que o tempo mínimo de início dos sintomas foi de 2 horas, e o máximo foi de 9 dias antes da entrada no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba-PR, e a média encontrada foi de aproximadamente 3 dias.

Ao avaliar os dados referentes a etiologia da PA na literatura mundial, percebemos que a etiologia biliar e a alcoólica predominam em muitas partes do mundo^{1,3,12}, chegando, as duas, a serem responsáveis por 70 a 80% das pancreatites agudas^{13,14}. No Reino Unido a etiologia biliar é de 50% e a alcoólica é de 20 a 25%¹⁵, em países como a Alemanha, França e Hungria a etiologia alcoólica prevalece¹⁶. Em nosso estudo a soma das etiologias biliar e alcoólica correspondeu a 78,2% dos casos, aproximando-se com o que é descrito na literatura, sendo 68,8% de origem biliar, e 9,4% de origem alcoólica. Já em um estudo norueguês a frequência da origem alcoólica foi de 19%³, enquanto em estudo na Argentina a prevalência do álcool foi de 2%¹⁷, e outro estudo realizado no Chile a prevalência foi de 4,8%⁸. A terceira causa de PA seria de etiologia não conhecida, chamada de idiopática, presente entre 15 a 20% dos casos na literatura mundial^{12,13,15,18}, no nosso estudo correspondeu a 17,2% dos casos, sendo a segunda causa mais prevalente.

No subgrupo dos pacientes com PA de origem biliar em que se realizou US, 56,1% apresentaram colelitíase. Em contraste com a literatura que demonstrou 91,1%³.

A literatura descreve que a maior população com PA seriam mulheres por volta dos 60 anos de idade pela relação direta com a etiologia biliar¹, semelhante ao resultado do nosso trabalho em que a PA prevaleceu na população de mulheres de 41 a 60 anos. Nossos resultados demonstraram também que 65,9% dos casos de PA de causa biliar eram mulheres.

A média do tempo de jejum em nosso estudo foi de 4,5 dias, no estudo argentino a média foi de 3 dias¹⁷.

Nossos pacientes ficaram internados em média 11,5 dias, no estudo argentino houve uma média de 7 dias¹⁷, e em um estudo mexicano a média foi de 17 dias¹¹.

Em nosso trabalho 11% dos pacientes fizeram o uso de nutrição parenteral (NPT), semelhante ao estudo argentino onde 13% dos pacientes fizeram uso da NPT¹⁷. No estudo chileno em apenas 2% dos pacientes foi usada a NPT⁸.

A mortalidade da nossa casuística foi de 9,4% (6 casos). Semelhante ao estudo chileno onde houve 9% de mortalidade⁸. O estudo argentino apresentou mortalidade em 7,2% dos pacientes¹⁷. Já o estudo mexicano apresentou uma mortalidade de 21%, atribuída a um grande número de PA graves¹¹. O estudo norueguês apresentou mortalidade de 3%³. É relatado na literatura que a mortalidade da PA é entre 2,1% a 7,8%¹⁸.

O tratamento com antibiótico foi feito em 42,1% dos doentes diagnosticados com PA. Em um estudo retrospectivo realizado por Campos (2008), baseado em questionários enviados à alguns membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, obteve como resultado a utilização de antibióticos por 68,8% dos médicos entrevistados, sendo que a maior indicação para seu uso seria a presença de necrose pancreática e coleções líquidas. Dos entrevistados, 27,9% responderam usar antibiótico em todos os doentes com PA¹⁹. Isto mostra a grande preocupação do cirurgião frente esta doença, muitas vezes utilizando a antibioticoterapia profilática para evitar complicações e a mortalidade.

Outro estudo tentou provar que a utilização de antibioticoterapia profilática, diminuiria o número

de necrose pancreática infectada em até 20%, e o medicamento testado foi a associação ciprofloxacino e metronidazol. Porém, este mesmo estudo conclui que não houve benefício no uso de antibioticoprofilaxia comparado ao uso do placebo, em relação ao risco de desenvolvimento de necrose pancreática infectada²⁰.

No Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, o esquema antibiótico mais utilizado foi a associação de Ceftriaxona com Metronidazol (62,9%) seguido de Ciprofloxacino com Metronidazol. Outro estudo evidenciou o Imipenem (43,5%), a combinação de Ciprofloxacino/Metronidazol (16,9%) e a associação de Ceftriaxona/metronidazol (7,6%) como os mais preferidos pelos médicos¹⁸.

Com relação ao período de utilização dos antibióticos, 7% dos médicos preferem usa-los por um período de até sete dias, enquanto que 44,4% optam por 10 a 14 dias¹⁹. Nosso estudo mostra que o período mais utilizado foi o de uma semana (33,3%).

O tratamento cirúrgico foi realizado em 39% dos pacientes, número semelhante ao estudo mexicano que teve 35% dos pacientes submetidos a algum tipo de cirurgia. Em nossos resultados um paciente (1,5%) foi submetido a laparotomia exploratória, enquanto no estudo mexicano 3% foram submetidos a este procedimento. Em nosso estudo 17,2% dos pacientes realizaram cirurgia de colecistectomia, o trabalho mexicano apresentou número semelhante com 19% dos pacientes colecistectomizados¹¹.

CONCLUSÃO

O perfil estabelecido para o paciente com PA no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba foi mulheres, de 41 a 60 anos. Dor abdominal, náuseas e vômitos foram os sintomas mais encontrados na admissão.

No perfil etiológico prevaleceu a PA de origem biliar (68,8%). Seguido de etiologia idiopática (17,2%) e alcoólica (9,4%).

Bernabé GBR, Castro BVG, Naufel CR. Epidemiological Profile of Patients Admitted with Acute Pancreatitis in University Hospital. *Rev. Méd. Paraná*, Curitiba, 2013;71(1):29-33.

ABSTRACT - To analyze the epidemiological characteristics, etiology, and compare our results with what it's described in the literature, in order to identify the profile of the patients. During the period of February 2011 to February 2012, we analyzed the medical records of 64 patients diagnosed with acute pancreatitis, admitted to a University Hospital of Curitiba. We evaluated the following data in medical records: sex, age, etiology, initial symptoms, time from onset of symptoms, use of parenteral nutrition, days of fasting, surgical treatment, antibiotics used, duration of antibiotic therapy and mortality. We found a prevalence of 68.8% cases of biliary acute pancreatitis, over 17.2% cases of idiopathic etiology and 9.4% cases of alcoholic etiology. Mean age was 48 years. There was a predominance of female patients. The initial symptom more frequently found was abdominal pain (90.6%). The average days of hospitalization was 11.5 days. The antibiotic more used was the combination ceftriaxone and metronidazole. Surgical treatment was necessary in 35% of patients and the most frequent surgery was cholecystectomy. The mortality rate was 9.6%. The profile of patients was studied, as well as its features.

KEYWORDS - Pancreatitis, Epidemiology, Etiology.

REFERÊNCIAS

1. TONSI, A.F., *et al.*, Acute pancreatitis at the beginning of the 21st century: The state of the art. *World J Gastroenterol*, v.15, n. 24, p. 2945-2959, 2009.
 2. BEGER, H.G.; RAU, B.M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management. *World J Gastroenterol*, v.13, p. 5043-5051, out 2007.
 3. GISLASON, H. *et al.*, Acute Pancreatitis in Berg, Norway. A study on incidence, etiology and severity. *Scandinavian Journal of Surgery*, v.93, p. 29-33, 2004.
 4. CLEMENS, D.L.; MAHAN K.J. Alcoholic pancreatitis: Lessons from the liver. *World J Gastroenterol*, v. 16, n. 11, p. 1314-1320, 2010.
 5. CARROLL, J.K.; HERRICK B.; GIPSON T. Acute Pancreatitis: Diagnosis, Prognosis, and Treatment. *Am Fam Physician*, vol. 75, n. 10, p. 1513-1520, Mai 2007.
 6. PAVLIDIS, T.E., PAVLIDIS, E.T., SAKANTAMIS, A.K. Advances in prognostic factors in acute pancreatitis: a mini-review. *HepatobiliaryPancreat Dis Int*, v. 9, n. 5 out 2010.
 7. UHL, W. *et al.*, IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis. *Pancreatology*, v. 2, p. 565-573, 2002.
 8. LOSADA, H.M., *et al.*, Protocolo de tratamiento y resultados de pancreatitis aguda. Estudio de cohort. *Rev. Chilena de Cirugía*, v. 62, n. 6, p. 557-563, dez 2010.
 9. LACK, E.E. Pathology of the pâncreas, Gallbladder, Extrahepatic Biliary Tract, and Ampullary Region. 1 ed. Oxford University Press, 2003.
 10. FORSMARK, C.E.; BAILLIE, J. JAGA Institute Technical Review on Acute-Pancreatitis. *Gastroenterology*, v.132, n.5, p. 2022-2044, mai 2007.
 11. LOZADA, R.S., *et al.*, Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México. *Gac Méd Méx*, v. 141 n. 2 p.123-127, 2005.
 12. BANKS, P.A. Epidemiology, natural history, and predictors of disease outcome in acute and chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc*, Boston, vol. 56, n. 6, p. s226-s230, 2002.
 13. BENNET, G. Tratado de Medicina Interna. 21 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
 14. WANG, G.J., *et al.*, Acute pancreatitis: Etiology and common pathogenesis. *World J Gastroenterol*, v. 15, n. 12, p. 1427-1430, mar 2009.
 15. UK WORKING PARTY ON ACUTE PANCREATITIS. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut*, v. 54, 2005.
 16. GULLO, L. *et al.*, Acute pancreatitis in five European countries: Etiology and mortality. *Pancreas*, v. 24, p. 223-227, 2002.
 17. PELLEGRINI, D., *et al.*, Pancreatitis Aguda Analisis De 97 Pacientes. *Medicina*, Buenos Aires, v. 69, p. 239-245, 2009.
 18. SEKIMOTO, M., *et al.*, JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. *J HepatobiliaryPancreat Surg*, v.13, p. 10-24, 2006.
 19. DE CAMPOS, T., *et al.*, Pesquisa nacional sobre condutas na pancreatite aguda. *Rev. Col. Bras. Cir*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, out 2008.
 20. ISENMANN, R. *et al.*, German Antibiotics in Severe Acute Pancreatitis Study Group. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial. *Gastroenterology*, v. 126, p. 997-1004, 2004.
-

APENDICITE AGUDA: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉVIO PARA A EVOLUÇÃO DO QUADRO

ACUTE APPENDICITIS: THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS FOR EVOLUTION

Carlos Roberto **NAUFEL** Jr.¹, Felipe Ferreira **BERNARDI**³, Guilherme Andrade **COELHO**¹,
Jonathan Barbieri **HAUSCHILD**³, Roberta Molento **BOSCARDIN**², Rodrigo Ferreira **BERNARDI**³.

Rev.Méd.Paraná/1336

Naufel CR, Bernardi FF, Coelho GA, Hauschild JB, Boscardin RM, Bernardi RF. Apendicite Aguda: A Importância do Diagnóstico Prévio para a Evolução do Quadro. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):34-9.

RESUMO - Apendicite é a inflamação do apêndice intestinal, sendo a obstrução da sua luz possivelmente a maior causa de apendicite aguda. Uma taxa de complicação baixa é sempre desejável e requer um diagnóstico rápido para que não ocorra, sendo, ainda, um desafio o diagnóstico correto. Avaliar a relação entre a demora do diagnóstico (quantas consultas foram necessárias) com o grau de acometimento do apêndice. Avaliação prospectiva de pacientes com diagnóstico de apendicite aguda submetidos ao tratamento cirúrgico. Dos 64 pacientes estudados, a idade média ficou em 31 anos, sendo o sexo feminino o mais prevalente, com 34 casos (53,1%). O grau de apendicite mais encontrado foi o grau 1 (35,9%), seguidos dos graus 2 e 3 (28,1% cada) e o grau 4 (7,8%). A média de dias com dor antes da intervenção cirúrgica foi de 3,6 dias. Alguns sintomas além da dor abdominal estavam presentes, como o vômito (50% dos casos), diarreia (84,4%), febre (65,6%), inapetência (84,4%). Pelo menos uma consulta prévia foi necessária em quase 92% dos casos, sendo que a maioria das consultas anteriores foi em Pronto Atendimento 24 horas. Em cerca de 70% dos casos não foram realizados outros diagnósticos, a não ser o da apendicite. A média de dias de internação foi de 4,4 dias. A demora na intervenção da apendicite interfere substancialmente no grau de acometimento, sendo que, quanto maior a demora, maiores as chances de ocorrer ruptura, além de aumentar os custos para o hospital, já que o tempo de internamento também será maior. O sub diagnóstico ajuda para que tal demora ocorra.

DESCRITORES - Apendicite, Diagnóstico Precoce.

INTRODUÇÃO

Apendicite é a inflamação do apêndice intestinal, sendo a obstrução da sua luz possivelmente a maior causa de apendicite aguda. Essa oclusão pode ocorrer por fecalitos, hiperplasia linfóide, matéria vegetal, parasitas ou por neoplasia. A obstrução acarreta crescimento descomedido de bactérias, com secreção contínua de muco e distensão intraluminal com aumento da pressão da parede. Esta distensão luminal é que faz com que o paciente experimente a sensação de dor visceral¹.

A apendicectomia por uma inflamação do apêndice intestinal é uma cirurgia muito comum em nosso meio. Ela ocorre com mais prevalência na segunda e terceira década de vida, com média

nos 22 anos^{2,3}. Apendicite com suas complicações não são infrequentes e tem como forma de apresentações perfuração, gangrena ou abscesso e essas intercorrências podem ocorrer em todas as idades². Uma taxa de complicação baixa é sempre desejável e requer um diagnóstico rápido para que não ocorra, sendo ainda um desafio o diagnóstico correto^{3,4}. Para isso o exame clínico é a base maior para indicação de uma exploração cirúrgica, porém muitas vezes os sinais e sintomas não são tão óbvios e deixam o diagnóstico difícil e incorreto. O exame clínico completo com exames laboratoriais (não tão fiéis pela influência de outras enfermidades) são muito importantes para a identificação da

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba-PR, Brasil.

1 - Membros do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

2 - Especializanda do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

3 - Acadêmicos de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná

apendicite⁵. Outros recursos como ecografia e a tomografia computadorizada são cada vez mais utilizados em nosso meio, pelo acesso mais fácil atualmente e por serem ferramentas que ajudam em um diagnóstico mais preciso^{3,4}. O tratamento padrão, a apendicectomia, já é consolidado há mais de um século sendo que Charles McBurney afirmou, em 1889, a necessidade de cirurgia imediata e trabalhos desde essa época demonstram diversas técnicas cirúrgicas^{6,7}.

A partir disso, percebe-se que o tempo que decorre desde o início do quadro até o diagnóstico e o devido tratamento é fundamental para evitar complicações e o aumento da morbidade e mortalidade. Nesse contexto, serão avaliados quantos dias o paciente ficou com sintomas (e quais são esses sintomas) de apendicite antes de realizar a cirurgia, o grau de apendicite encontrado no ato operatório e se houve complicações durante a cirurgia, como a ruptura do apêndice. Serão também analisado quantos dias o paciente ficou internado após a apendicectomia e a relação entre a demora do diagnóstico (quantas consultas foram necessárias) com o grau de acometimento do apêndice.

MÉTODOS

Foram avaliados, prospectivamente, 64 pacientes que deram entrada no Pronto Socorro do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), entre agosto de 2012 até maio de 2013, com queixa e diagnóstico de apendicite confirmados, pela clínica e exames complementares.

Os dados coletados foram: idade do paciente, dados cirúrgicos (grau da apendicite), sinais subjetivos (quantos dias de dor, sintomas associados), número de consultas realizadas pelo mesmo motivo antes da cirurgia e se foi feito algum diagnóstico prévio, qual o local destas consultas, exames que realizou no pré-operatório e se foram receitados medicamentos. Nos pacientes que não foram recolhidos todos os dados, foi realizada uma ligação telefônica, para o término da coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram: diagnóstico clínico confirmado de apendicite, idade maior que 14 anos. Foram excluídos os pacientes cujo diagnóstico de apendicite não foi confirmado.

Os resultados de variáveis quantitativas foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões. Variáveis qualitativas foram descritas por frequências e percentuais. Para avaliação da associação entre variáveis qualitativas foi considerado o teste de qui-quadrado. A comparação entre os graus da apendicite em relação à idade foi feita considerando-se um modelo de análise da variância com um fator (ANOVA). Para as comparações múltiplas foi usado o teste LSD (least significant difference). Para

a comparação de grupos definidos pela faixa etária e pelo grau da apendicite em relação ao número de dias com dor e aos dias de internação, foi usado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Statistica v.8.0.

RESULTADOS

Foram avaliados 64 pacientes com diagnóstico de apendicite. Desses, a média de idade foi 31 anos, sendo a mínima de 14 e a máxima de 70 anos. Quanto ao gênero, 34 foram femininos e 30 masculinos; já ao grau de apendicite, a maioria (35,9%) foi grau 1, enquanto apenas em cinco pacientes (7,8%) foi encontrado grau 4.

A média de dias com dor foi de 3,6 dias, porém com um desvio padrão alto (4,4). Com relação aos sintomas associados à dor, presente em todos os pacientes, a inapetência foi a mais prevalente (84,4%), seguida do vômito (50%), febre (34,4%) e diarreia (15,6%).

Cerca de 55% dos pacientes tiveram uma consulta prévia a chegada ao HUEC pelas queixas de apendicite; 25% fizeram 2 consultas; 10,9% fizeram 3 consultas; e, 1 paciente (1,6%) fez 4 consultas. Os pacientes que constam como nenhuma consulta prévia (7,8%), significa que a primeira consulta foi realizada no HUEC.

Dos exames pré-operatórios, apenas 6 pacientes não realizaram nenhum tipo de exame, tanto laboratorial como de imagem, enquanto o restante (90,6%) realizou pelo menos um tipo de exame: tomografia computadorizada, ultrassonografia de abdome (USG), hemograma completo (HMG) ou exames de urina.

Alguns pacientes obtiveram alguns outros diagnósticos, dentre eles infecção do trato urinário (ITU), 10,9%; gastroenterocolite aguda (GECA), 9,4%. Porém, na grande maioria, (71,9%) nenhum outro diagnóstico foi feito.

Foi realizada a associação entre idade e grau da apendicite, sendo testada a hipótese nula de que a média de idade é igual nos 4 grupos de pacientes definidos pelo grau da apendicite, versus a hipótese alternativa de que pelo menos um dos grupos tem média de idade diferente dos demais. Na tabela 1 são apresentadas estatísticas descritivas de idade de acordo com o grau da apendicite e o valor de p do teste estatístico ($p < 0,05$). A média das idades das apendicites grau 1 foi de 27,2 anos; grau 2, de 25,8; grau 3, de 33,6; grau 4, de 57,6. Considerando-se que foi encontrada diferença significativa entre os graus de apendicite em relação à idade, estes foram comparados dois a dois. Foi verificado diferença significativa ($p < 0,001$) apenas quando envolveu o grau 4 com os demais graus de apendicite (tabela 2).

TABELA 1. RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE APENDICITE E A IDADE.

Grau	Idade (anos)						Valor de p*
	n	Média	Mediana	Mín.	Máx.	Desvio padrão	
1	23	27,2	23	14	59	12,7	
2	18	25,8	25	15	41	7,7	
3	18	33,6	31	16	58	14,9	
4	5	57,6	59	32	70	15,2	<0,001

TABELA 2. RELAÇÃO DE SIGNIFICÂNCIA ENTRE OS GRAUS DE APENDICITE, DOIS A DOIS.

Graus da apendicite comparados	Valor de p
1 x 2	0,714
1 x 3	0,110
1 x 4	<0,001
2 x 3	0,065
2 x 4	<0,001
3 x 4	<0,001

Realizada a associação entre idade e número de dias com dor, sendo que a faixa etária foi dividida pelos quartis de idade (<20, 20 a 25, 26 a 40, > 40 anos), testou-se a hipótese nula de que o número de dias com dor é igual para as 4 faixas etárias, versus a hipótese alternativa de que pelo menos uma faixa etária tem número de dias com dor diferente dos demais. Na tabela 3 são apresentadas estatísticas descritivas do número de dias com dor de acordo com as faixas etárias e o valor de p do teste estatístico ($p < 0,05$). Na faixa etária abaixo dos 20 anos, a média foi de 1,9 dias; dos 20 aos 25 anos, de 2,7 dias; dos 26 aos 40 anos, de 4,4 dias; acima de 40 anos, de 5,4 dias. Considerando-se que foi encontrada diferença significativa ($p < 0,009$) entre as faixas etárias, estas foram comparadas duas a duas (tabela 4). Notou-se assim que a única comparação que obteve valor significativo foi entre os quartis das idades menor de 20 anos em relação das idades superiores aos 40 anos.

TABELA 3. RELAÇÃO ENTRE A IDADE E O NÚMERO DE DIAS COM DOR.

Idade	Número de dias com dor						Valor de p*
	n	Média	Mediana	Mín.	Máx.	Desvio padrão	
< 20	16	1,9	1	1	5	1,3	
20 a 25	15	2,7	2	1	7	1,4	
26 a 40	17	4,4	2	1	30	6,9	
>40	16	5,4	5	1	15	4,3	0,009

TABELA 4. RELAÇÃO DE SIGNIFICÂNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS.

Faixas etárias comparadas	Valor de p
< 20 x 20 a 25	0,069
< 20 x 26 a 40	0,063
< 20 x > 40	0,001
20 a 25 x 26 a 40	0,985
20 a 25 x > 40	0,087
26 a 40 x > 40	0,075

Em relação à associação das idades com os sintomas, excetuando-se a dor, não teve significância estatística ($p > 0,05$). Para esta análise foram consideradas 4 faixas etárias definidas pelos quartis de idade (<20, 20 a 25, 26 a 40, > 40 anos). Para cada um dos sintomas (vômito, diarreia, febre, inapetência, outros sintomas), testou-se a hipótese nula de independência entre a faixa etária e a presença ou não do sintoma, versus a hipótese alternativa de dependência. Entretanto, nenhum p foi abaixo de 0,05.

Quanto à avaliação da associação entre idade e dias de internação, foi encontrada diferença significativa ($p = 0,036$). Para esta análise foram consideradas 4 faixas etárias definidas pelos quartis de idade (<20, 20 a 25, 26 a 40, > 40 anos). Testou-se a hipótese nula de que o número de dias de internação é igual para as 4 faixas etárias, versus a hipótese alternativa de que pelo menos uma faixa etária tem número de dias de internação diferente dos demais (tabela 5). Nos pacientes com menos de 20 anos, foi encontrada a média de 4,1 dias de internamento; entre 20 e 25 anos, a média de 2,9 dias; entre 26 e 40 anos, a média de 3,6 dias; acima de 40 anos, média de 6,8 dias. Considerando-se que foi encontrada diferença significativa entre as faixas etárias, estas foram comparadas duas a duas. Assim, notou-se que a faixa etária que mostrou significância foi a acima dos 40 anos em relação aos quartis abaixo dos 25 anos.

TABELA 5. RELAÇÃO ENTRE IDADE E NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO.

Idade	Número de dias de internação						Valor de p*
	n	Média	Mediana	Mín.	Máx.	Desvio padrão	
< 20	16	4,1	3	1	25	5,7	
20 a 25	15	2,9	3	1	7	1,4	
26 a 40	17	3,6	3	2	8	1,7	
>40	16	6,8	6	1	25	5,9	0,036

Também houve significância na associação entre grau da apendicite e o número de dias com dor ($p = 0,046$). Testou-se a hipótese nula de que o número de dias com dor é igual para os 4 graus da apendicite, versus a hipótese alternativa de que pelo menos um grau da apendicite tem número de dias com dor diferente dos demais (tabela 6). Considerando-se que foi encontrada diferença significativa entre os graus da apendicite, estes foram comparados dois a dois (tabela 7). Assim, notou-se que os indivíduos com grau de apendicite 3 teriam mais dias com dor abdominal em relação aos graus 1 e 2.

TABELA 6. RELAÇÃO ENTRE OS GRAUS DE APENDICITE E O NÚMERO DE DIAS COM DOR.

Grau	Número de dias com dor						Valor de p*
	n	Média	Mediana	Mín.	Máx.	Desvio padrão	
1	23	3,6	2	1	30	6,0	
2	18	2,2	2	1	5	1,2	
3	18	4,6	3	1	15	3,4	
4	5	5,4	2	1	15	5,9	0,046

TABELA 7. RELAÇÃO DE SIGNIFICÂNCIA ENTRE OS GRAUS DE APENDICITE.

Graus da apendicite comparados	Valor de p
1x2	0,795
1x3	0,016
1x4	0,358
2x3	0,012
2x4	0,291
3x4	0,522

Na avaliação entre o grau da apendicite e outros sintomas além da dor não foi encontrado significância ($p < 0,05$). (tabelas 8, 9, 10, 11,12).

TABELA 8. RELAÇÃO ENTRE O SINTOMA VÔMITO E GRAUS DE APENDICITE.

Vômito	Grau da apendicite			
	1	2	3	4
Não	13	9	7	3
	56,5%	50,0%	38,9%	60,0%
Sim	10	9	11	2
	43,5%	50,0%	61,1%	40,0%
Total	23	18,0	18	5

$p=0,687$

TABELA 9. RELAÇÃO ENTRE O SINTOMA DIARRÉIA E GRAUS DE APENDICITE.

Diarréia	Grau da apendicite			
	1	2	3	4
Não	16	17	16	5
	69,6%	94,4%	88,9%	100,0%
Sim	7	1	2	0
	30,4%	5,6%	11,1%	0,0%
Total	23	18,0	18	5

$p=---$ (teste não aplicável)

TABELA 10. RELAÇÃO ENTRE O SINTOMA FEBRE E GRAUS DE APENDICITE.

Febre	Grau da apendicite			
	1	2	3	4
Não	18	12	9	3
	78,3%	66,7%	50,0%	60,0%
Sim	5	6	9	2
	21,7%	33,3%	50,0%	40,0%
Total	23	18,0	18	5

$p=0,301$

TABELA 11. RELAÇÃO ENTRE O SINTOMA INAPETÊNCIA E GRAUS DE APENDICITE.

Inapetência	Grau da apendicite			
	1	2	3	4
Não	2	4	3	1
	8,7%	22,2%	16,7%	20,0%
Sim	21	14	15	4
	91,3%	77,8%	83,3%	80,0%
Total	23	18,0	18	5

$p=---$ (teste não aplicável)

TABELA 12. RELAÇÃO ENTRE OUTROS SINTOMAS E GRAUS DE APENDICITE.

Outros sintomas	Grau da apendicite			
	1	2	3	4
Não	21	14	16	5
	91,3%	77,8%	88,9%	100,0%
Sim	2	4	2	0
	8,7%	22,2%	11,1%	0,0%
Total	23	18,0	18	5

$p=---$ (teste não aplicável)

Com relação à associação entre grau de apendicite e dias de internação, Testou-se a hipótese nula de que o número de dias de internação é igual para os 4 graus da apendicite, versus a hipótese alternativa de que pelo menos um grau da apendicite tem número de dias de internação diferente dos demais (tabela 13). As apendicites grau 1 tiveram uma média de 2,5 dias de internação; as apendicites grau 2, média de 2,7 dias; as grau 3, média de 7 dias; as grau 4 tiveram média de 9,4 dias. Considerando-se que foi encontrada diferença significativa entre os graus da apendicite, estes foram comparados dois a dois (tabela 14). Verificou-se que os grau 3 e 4 foram relacionados com maior dias de internamento em relação aos grau 1 e 2.

TABELA 13. RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE APENDICITE E O NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO.

Grau	Número de dias de internação						Valor de p*
	n	Média	Mediana	Mín.	Máx.	Desvio padrão	
1	23	2,5	2	1	4	0,8	
2	18	2,7	3	1	4	0,8	
3	18	7,0	6	2	25	5,0	
4	5	9,4	6	1	25	9,7	<0,001

TABELA 14. RELAÇÃO DE SIGNIFICÂNCIA ENTRE OS GRAUS DE APENDICITE.

Graus da apendicite comparados	Valor de p
1 x 2	0,295
1 x 3	<0,001
1 x 4	0,003
3 x 2	<0,001
2 x 4	0,020
3 x 4	0,268

Quando se analisou o grau de apendicite com o sexo, verificou-se que dos 5 casos de grau 4 de apendicite, 4 eram do sexo feminino e apenas 1 do masculino.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra que a média dos dias de dor dos pacientes que antecederam a apendicectomia ficou em 3,6 dias, sendo o grau 1 o mais comum, seguidos dos graus 2 e 3, sendo a média de dias de internação pós-operatório de 4,4 dias. Segundo a grande maioria dos estudos, o atraso no diagnóstico e da intervenção do quadro pode aumentar a chances de perfuração do apêndice ou possuir um grau maior de comprometimento da inflamação. Segundo Golladay e Sarrett⁸, em um estudo realizado com 422 pacientes pediátricos, evidenciou-se que a maioria (81%) dos que tiveram perfuração do apêndice foi por atraso no diagnóstico. Bickell *et al*⁹, através de uma revisão de 219 casos, também acharam a associação entre o aumento do atraso com o sintomas e o tratamento. Pacientes com sintomas há mais de 36 horas tiveram um risco de perfuração maior que os pacientes que tiveram um curto tempo de sintomas. Ditillo *et al*¹⁰, também chegaram à mesma conclusão após avaliarem 1081 adultos entre 1998 e 2004, e perceberem que o atraso estava relacionado com pior grau de acometimento patológico do apêndice. Busch *et al*¹¹ avaliaram 1827 casos de adultos entre 2003 e 2006, e observaram um significativo aumento de perfuração quando a apendicectomia foi adiada por mais de 12 horas. Isso também foi verificado em nosso estudo, um aumento do grau do acometimento do apêndice com relação ao número de dias com dor.

Segundo o estudo de Dominic Papandria¹², em pacientes masculinos há mais chances de ocorrer

perfuração do que no sexo feminino, independentemente da idade. Em nosso estudo, entretanto, o sexo feminino teve mais casos de perfuração do apêndice (80% dos casos).

Outro dado interessante levantado nesse estudo foi com relação ao número de atendimentos prévios ao diagnóstico de apendicite. Apenas 62,5% tiveram o diagnóstico obtido de imediato, seja através da procura direta ao Pronto Socorro do Hospital, a Unidade Básica de Saúde ou através do encaminhamento do Pronto Atendimento (PA) 24 horas. Demonstrando assim, que 37,5% dos pacientes precisaram de pelo menos 2 consultas antes do diagnóstico, demorando mais tempo para a intervenção cirúrgica adequada. Isso demonstra a quantidade inadequada de subdiagnósticos de apendicites que ocorrem nos atendimentos médicos. Para ajudar a corroborar tal idéia, cerca de 30% dos casos foram dados outros diagnósticos ao invés do da apendicite. Esse percentual é considerado muito alto para uma doença relativamente fácil de ser diagnóstica e de alta letalidade caso não tratada.

CONCLUSÃO

A demora na intervenção da apendicite interfere substancialmente no grau de acometimento, sendo que quanto maior a demora, maiores as chances de ocorrer ruptura, aumentando a morbimortalidade e os custos hospitalares, já que o tempo de internamento também será maior.

Para ajudar no tempo de intervenção correto, o diagnóstico da apendicite precisa ser realizado no tempo adequado, e diminuir o número de casos subdiagnosticados, e quem pode fazer algo por isso são as próprias escolas de medicina, as quais muitas precisam melhorar sua qualidade de ensino.

Naufel CR, Bernardi FF, Coelho GA, Hauschild JB, Boscardin RM, Bernardi RF. Acute appendicitis: the importance of early diagnosis for evolution. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):34-9.

ABSTRACT - Appendicitis is the inflammation of the intestinal appendix, with obstruction of its lumen possibly the major cause of acute appendicitis. A low rate of complication is always desirable and requires a quick diagnosis to that does not occur, and still challenging the correct diagnosis. To assess the relationship between the delay of diagnosis (how many searches were necessary) with the degree of involvement of the appendix. Methods - Prospective evaluation of patients with acute appendicitis treated surgically. Of the 64 patients studied, the mean age was 31 years, the most prevalent female, with 34 cases (53.1 %). The degree of appendicitis was found more grade 1 (35.9 %), followed by grades 2 and 3 (28.1 % each) and grade 4 (7.8%). The average number of days in pain before surgery was 3.6 days. Some symptoms besides abdominal pain were present as vomiting (50 % of cases), diarrhea (84.4 %), fever (65.6 %), poor appetite (84.4 %). At least one prior consultation was necessary in almost 92% of cases, with the majority of previous consultations was 24 hours Ready Services. In about 70% of cases no other diagnosis unless the appendicitis were performed. The average length of hospital stay was 4.4 days. The delay in intervention of appendicitis interferes substantially in the degree of involvement, and the greater the delay, the more chance there is of rupture occurs, and increase costs for the hospital, since the hospital stay will also be higher. And underdiagnosis help for such delay occurs.

KEYWORDS - Appendicitis, Early Diagnosis.

REFERÊNCIAS

1. Maa j, Kirkwood KS. O Apêndice. In: Townsend CM, R. Fundamentos de cirurgia-Sabiston. Elsevier; 2010. p.1252-1259.
 2. Harbrecht BG, Franklin GA, Miller FB, Smith JW, Richardson JD. Acute appendicitis — not just for the young. *AJS*. 2011 ;202(3):286-290.
 3. Pickhardt PJ, Lawrence EM, Pooler BD; Bruce RJ. Diagnostic performance of multidetector computed tomography for suspected acute appendicitis. *Ann Intern Med*. 2011;154(12):789-96.
 4. Schuh S, C F, Man C, Cheng A, C F, Murphy A, et al. Predictors of Non-Diagnostic Ultrasound Scanning in Children with Suspected Appendicitis. *The Journal of Pediatrics*. 2011 ;158(1):112-18.
 5. Andersson REB. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *British Journal of Surgery*. 2004 ;28-37.
 6. Ochsner A, Murray S. Appendicitis. *The American Journal of Surgery*. 1939;46(3):566-84.
 7. MCBURNEY C. The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis with a description of a new method of operating. *Ann. Surg*. 1894;20-38.
 8. Golladay ES, Sarrett JR. Delayed diagnosis in pediatric appendicitis. *South Med J* 1988;81:38
 9. Bickell NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg* 2006;202:401
 10. Ditillo MF, Dziura JD, Rabinovici R. Is it safe to delay appendectomy in adults with acute appendicitis? *Ann Surg* 2006;244:656
 11. Busch M, Gutzwiller FS, Aelling S, et al. In-hospital delay increases the risk of perforation in adults with appendicitis. *World J Surg* 2011;35:1626
 12. Dominic Papandria, Seth D. Goldstein, Daniel Rhee, Jose H Salazar, Jamir Arlikar, Gezzes Ortega, Yiyi Zhang, Fizan Abdullah. Risk of perforation increases with delay in recognition and surgery for acute appendicitis. *Journal of surgical research* 184 (2013) 723-729.
-

**APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE
HEPATITE AUTOIMUNE**

**ATYPICAL PRESENTATION OF
AUTOIMMUNE HEPATITIS – CASE REPORT**

Sarah Cascaes **ALVES**¹, Gilberto **PASCOLAT**², Paula **RIGO**¹, Hevelliny **MARÇAL**¹.

Rev.Méd.Paraná/1337

Alves SC, Pascolat G, Rigo P, Marçal H. Apresentação Atípica de Hepatite Autoimune. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):40-3.

RESUMO - A hepatite autoimune (HAI) é uma hepatite crônica de caráter autoimune, geralmente apresentando autoanticorpos circulantes e alta concentração de globulina sérica. Na infância é considerada uma entidade rara, correspondendo a cerca de 10% dos pacientes com doença hepática crônica. Relatar um caso de hepatite autoimune tipo 1 em uma criança de sete anos do sexo masculino e discutir sua forma de apresentação atípica com uma revisão da literatura. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a responsável pelo paciente e revisão da literatura. O caso descrito neste artigo foi de difícil diagnóstico pela sua apresentação clínica atípica. O caso exigiu estudo de diversas patologias e mostrou como a abordagem ampla dos diagnósticos diferenciais é mandatória no manejo dos casos clínicos difíceis.

DESCRITORES - Hepatite Autoimune, Autoanticorpos, Doença Hepática Crônica.

INTRODUÇÃO

A hepatite autoimune (HAI) é uma hepatite crônica que ocorre em crianças e adultos de todas as idades. É uma doença de caráter autoimune, geralmente apresentando autoanticorpos circulantes e alta concentração de globulina sérica¹. É mais comum no sexo feminino na proporção de 3.6 para 1, com uma incidência em estudos europeus de 0.9 a 2 casos para cada 100.000 pessoas por ano²⁻⁵. Na infância é considerada uma entidade rara, correspondendo a cerca de 10% dos pacientes com doença hepática crônica⁶.

A classificação atual da HAI baseia-se em qual tipo de autoanticorpos circulantes é encontrado^{1,7}. Duas formas maiores têm sido descritas, HAI tipo 1 e HAI tipo 2. A primeira forma, também chamada de hepatite autoimune clássica, é caracterizada pela circulação de basicamente anticorpos antinucleares (FAN) e/ou antimúsculo liso (AAML), particularmente para anticorpo antiactina (AAA). A HAI tipo 2 é definida pela presença de anticorpo antimicrosomal fígado-rim-1 (AA-MFR1) e/ou anticorpos dirigidos contra o citosol (anti-LC1)^{8,9,10}. Ocasionalmente a HAI tipo 2 pode ser marcada exclusivamente pelo

anti-LC1. Embora esta classificação baseada em autoanticorpos tenha sido proposta ao longo do tempo, nunca foi provado ser uma classificação válida, clinicamente útil para prever a evolução da doença ou resposta a um tratamento. Em adicional, existem poucas evidências que suportam um papel destes autoanticorpos na patogênese da doença. Portanto seu principal papel é o de identificar os pacientes com HAI e, assim, apontar o caminho para a terapêutica adequada¹¹.

As manifestações clínicas da HAI são de natureza heterogênea e flutuante, com uma grande variabilidade de sintomas^{11,12}. Os pacientes podem ser assintomáticos, manifestar alguns sintomas inespecíficos ou podem apresentar uma falência hepática aguda. Além disso, longos períodos de doença subclínica podem ocorrer antes ou depois da apresentação. O exame físico varia de normal até a presença de hepatomegalia, esplenomegalia, estigmas de doença hepática crônica e icterícia¹³. O diagnóstico é baseado em características sorológicas, achados histológicos e na exclusão de outras formas de doença hepática crônica. Porém, muitas vezes, suspeita-se

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba-PR, Brasil.

1 - Médicos residentes de pediatria

2 - Coordenador da residência de pediatria

fortemente do diagnóstico com base em características clínicas e laboratoriais e, assim, a biópsia hepática pode não ser necessária em pacientes com achados típicos em exames não invasivos¹⁴.

Neste artigo será relatado um caso de hepatite autoimune e discutido sua forma de apresentação com uma revisão da literatura atual.

RELATO DE CASO

Escolar do sexo masculino, sete anos, foi atendido no pronto-socorro pediátrico do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) com queixa principal de dor abdominal. Mãe relatava que a criança havia iniciado com queixa de dor abdominal difusa três dias antes do atendimento, associada à icterícia com piora progressiva e aumento do volume abdominal. Apresentou também diarreia aquosa amarelada nesse mesmo período, de moderada quantidade. Negava perda ponderal, febre, náuseas ou vômitos, inapetência e alterações urinárias.

Quanto à história mórbida pregressa, a mãe referiu que a criança estava em investigação de comportamento agressivo que se manifestava desde a idade pré-escolar. Relatou episódio de derrame pleural aos quatro anos de idade associado à pneumonia com necessidade de internação hospitalar. Negou qualquer outra comorbidade, sinais ou sintomas prévios e cirurgias prévias. História perinatal sem particularidades. Negava doenças familiares, exceto irmão com toxoplasmose congênita.

O paciente residia com os pais e dois irmãos em casa de madeira sem saneamento básico na cidade de Itaperuçu-PR. Possuía um cão de estimação, o qual a criança mantinha contato direto. O pai e a mãe eram tabagistas. História social de mãe com atraso neurológico, baixo nível socioeconômico. O pai da criança se suicidou durante o internamento. O paciente tinha história de ser tabagista, porém não soube quantificar. Havia atraso escolar e seus outros irmãos estavam sob a guarda da avó materna por ordem do conselho tutelar.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, hidratado, hipocorado leve, icterico, eupneico, afebril, ativo e orientado. Ausência de flapping. Ausência de linfonodos palpáveis. Otoscopia sem alterações. Orosopia apresentava dentes em mau estado, hálito fétido, sem demais particularidades. Rinoscopia com presença de sangramento contido. Avaliação pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos em base esquerda, sem ruídos adventícios, sem esforço respiratório. Avaliação cardíaca com ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Abdome globoso e distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, tenso, doloroso à palpação difusa com maior intensidade em flanco e fossa ilíaca esquerda, onde havia massa palpável sugerindo uma esplenomegalia até fossa ilíaca esquerda. Fígado não palpável. A percussão abdominal presença de som maciço difusamente, e si-

nal de piparote presente. Genitais com edema de bola escrotal simétrico discreto. Membros inferiores com pulsos palpáveis bilateralmente e simétricos. Presença de edema com cacifo e equimoses.

A primeira hipótese diagnóstica que foi levantada foi de leishmaniose visceral tanto pela epidemiologia da região em que o paciente residia, como pelo contato com cão, hábitos de vida do paciente e a esplenomegalia importante. Esta hipótese foi afastada após uma biópsia de medula óssea normal, além da ecografia e tomografia abdominal com contraste que mostraram sinais de hepatopatia crônica, hipertensão portal, esplenomegalia acentuada (27,1 x 13,4 x 6,8cm) e ascite moderada. Radiografia de tórax solicitada pela diminuição do murmúrio vesicular a esquerda se apresentou normal. Os exames laboratoriais de entrada também sugeriam hepatopatia crônica; hemograma com anemia normocrômica e normocítica, desvio nuclear a esquerda com número de leucócitos normais e plaquetopenia de quarenta e um mil e quinhentos/mm³, tempo de protombina (TP) de 47,1 segundos, RNI 3,97, tempo de tromboplastina parcial (TTP) 59 segundos. Apresentava provas de função renal normais, parcial de urina com presença de urobilinogênio, metabólitos normais, exceto o potássio de 2,8mmol/L e cálcio de 7mg/dL. Transaminase oxalacética (TGO) de 72 U/L, transaminase pirúvica (TGP) de 92 U/L, gama glutamil transferase (GGT-GAMA) de 59 U/L, fosfatase alcalina 268 U/L, bilirrubinas totais 13,6mg/dL, indireta 3,7mg/dL e direta de 9,9mg/dL. Proteínas totais 5,8g/dL sendo albuminas 1,6g/dL e globulinas 4,2g/dL, com uma relação A/G de 0,38. Amônia de 86 ug/dL. Parasitológico de fezes com presença de *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura*. A partir dos laudos de imagem e dos exames laboratoriais foi iniciada investigação de causas de hepatopatia crônica.

Para pesquisa de doença de Wilson foi solicitado cobre sérico com o valor de 67,56 ug/dL, dentro do valor normal de referência, ceruloplasmina com o valor de 17 mg/dL que estava diminuída segundo valor de referência para a idade de 24 a 41mg/dL. Avaliação oftalmológica normal, ausência de sintomas neurológicos motores, ausência de anemia hemolítica. Com estes achados não se pôde descartar a doença de Wilson, portanto ela foi afastada apenas após biópsia hepática. As sorologias para hepatites virais foram negativas, exceto anti-HVA IgG. Pensando em hepatite autoimune, foi então solicitado fator anti-nuclear com resultado reagente de 1/640, anticorpo antímúsculo também reagente >1/80, e anti-citoplasma de neutrófilo com resultado não reagente. Solicitado também uma eletroforese de proteínas que mostrou hipoalbuminemia, aumento policlonal na região das gamaglobulinas, relação A/G de 0,42. Os exames laboratoriais eram muito sugestivos de hepatite autoimune, sendo solicitada a biópsia hepática para confirmação diagnóstica e exclusão de outros possíveis diagnósticos. O laudo anatomopatológico foi descrito como cirrose hepática macro e micronodular

com infiltrado inflamatório septal linfoplasmocitário e atividade de interface moderada a acentuada, colestase acentuada, quadro histológico sugestivo de hepatite autoimune.

O paciente permaneceu internado por vinte e dois dias até a elucidação diagnóstica. Durante este período, enquanto o caso era investigado, foi realizado manejo da ascite e hipertensão portal com espirolactona, propranolol e antibioticoprofilaxia com amoxicilina, evoluindo com diminuição da ascite e da colestase, melhora completa da dor abdominal e da icterícia. Realizada reposição de vitamina K em dias alternados com controle satisfatório do TP e do RNI. Houve progressão da plaquetopenia chegando a 23.500/mm³, não chegando a níveis seguros para realização de biópsia guiada por imagem mesmo após transfusão. Portanto a biópsia foi realizada por laparotomia com transfusão de plasma e plaquetas no pré e intra-operatório, sem intercorrências.

O paciente recebeu alta hospitalar com diagnóstico de hepatite autoimune, em tratamento com prednisona 1,5mg/kg/dia associada a medicações para controle da hipertensão portal. Solicitado retorno semanal ao hospital para reposição de vitamina K e encaminhamento ao ambulatório de gastropediatria. No ambulatório foi acrescentada ao tratamento a Azatioprina, com plano de transplante hepático após estabilização do quadro.

DISCUSSÃO

No Brasil, a HAI acomete cerca de 5 a 10% das doenças hepáticas em todas as idades nos principais centros de gastroenterologia do país^{15,16}. O fato de a criança relatada neste caso ser do sexo masculino discorda da literatura que mostra ser acima de três vezes mais prevalente no sexo feminino.

Em relação à classificação baseada na presença dos autoanticorpos, o paciente do presente relato de caso se classificou como portador de HAI tipo 1, com FAN e AAML reagentes. Como já citado, a criança apresentou um título de 1/640 de FAN, sendo que em crianças, títulos de 1/20 ou maiores são considerados positivos. Este é o anticorpo circulante mais comumente encontrado na HAI tipo 1 e raramente na HAI tipo 2¹¹. O AAML, que também teve resultado reagente >1/80 no paciente, é o segundo anticorpo mais utilizado para diagnóstico de HAI tipo 1, embora ele seja menos prevalente que o FAN, ele é mais específico principalmente em títulos iguais ou maiores que 1/80. Até o momento, não está disponível na maioria dos laboratórios a mensuração do AAA, porém títulos de AAML de 1/320 ou maiores geralmente refletem a presença de AAA¹¹. Em nosso serviço também não está disponível a pesquisa de AAA, portanto não foi realizado este exame no paciente deste relato de caso.

Os pacientes com HAI podem ser assintomáticos e descobrir a doença através de exames de rotina, os níveis elevados de aminotransferases podem ser a úni-

ca pista de que existe uma doença hepática. Outra forma de descobrir a doença em pacientes assintomáticos ocorre quando estes são submetidos a cirurgias abdominais por outros motivos e o cirurgião se depara com um fígado de aparência cirrótica¹³. No outro extremo, incomunmente, estão os pacientes que se manifestam agudamente, algumas vezes com falência hepática aguda, icterícia importante, TP aumentado e valores de aminotransferases acima de 1000U/L¹⁷. Muitos pacientes com apresentação aguda tem cirrose estabelecida quando biopsiados, portanto provavelmente eles apresentam doença subclínica por algum período de tempo. A duração deste curso anictérico geralmente é difícil de estabelecer, em alguns casos um curso flutuante prévio pode ser identificado, o qual tinha sido pensado ser manifestação de alguma outra doença¹³. Em adicional, outra forma de apresentação clínica de HAI é a manifestação de sintomas inespecíficos moderados a severos, como fadiga, letargia, mal-estar, anorexia, náusea, dor abdominal e artralgia em pequenas articulações¹³.

Dentre as formas de apresentação clínica descritas na literatura e citadas anteriormente, o paciente do presente relato de caso chegou para atendimento médico, sem se enquadrar completamente em nenhuma delas. Ele não era assintomático, também não apresentava predomínio de sintomas inespecíficos. Porém também não apresentava aminotransferases aumentadas para se pensar em apresentação aguda. Além disso, a esplenomegalia muito importante e a epidemiologia do caso se destacaram na primeira avaliação levando a se pensar na leishmaniose visceral como primeira hipótese diagnóstica. Após diagnóstico de cirrose hepática acentuada, provas de função hepática significativamente alteradas como RNI 3,97 e albumina de 1,6g/dL, foi iniciada investigação de causas de doença hepática crônica. Nas hepatites crônicas, em geral, o aumento das enzimas TGO e TGP é de 2 a 40 vezes o limite superior da normalidade, porém podem estar normais em pacientes com cirrose hepática, levando os especialistas a subestimar atividade necroinflamatória na hepatite autoimune¹⁸. A elevação das aminotransferases é mais notável na HAI do que a de bilirrubinas e fosfatase alcalina. Entretanto em alguns casos, como o presente, a HAI tem uma imagem colestática marcada por níveis elevados de bilirrubina conjugada e fosfatase alcalina. Obstrução extrahepática, formas colestáticas de hepatites virais, cirrose biliar primária, colangite esclerosante primária devem ser consideradas neste cenário¹³. Através da tomografia computadorizada contrastada de abdômen e da biópsia hepática, estes diagnósticos foram afastados neste caso relatado.

Um indício para o diagnóstico de HAI pode ser a coexistência de outras doenças autoimunes, as mais frequentemente encontradas são anemia hemolítica, trombocitopenia autoimune, diabetes melitus tipo 1, tireoidites, doença celíaca e colite ulcerativa¹³. A criança relatada neste artigo não apresentou até o momento nenhuma característica clínica ou laboratorial destas patologias.

Os Guidelines publicados pela associação americana de estudos de doenças do fígado em 2010 sugerem que o diagnóstico de HAI deve ser feito em pacientes com sinais clínicos, sintomas e anormalidades laboratoriais compatíveis⁷. As anormalidades laboratoriais e histológicas compatíveis incluem testes bioquímicos hepáticos anormais, aumento de imunoglobulina G (IgG) ou de níveis de gamaglobulinas, marcadores sorológicos e hepatite por interface. Outras condições que causam hepatite crônica devem ser excluídas. Em casos atípicos, um sistema de escore padronizado deve ser usado para avaliação. O escore mais aceito atualmente inclui; autoanticorpos, onde é assinado 1 ponto se o FAN ou AAML são 1/40, 2 pontos se maiores ou iguais a 1/80 ou se AA-MFR1 maior ou igual a 1/40 ou se anti-LC1 é positivo; IgG, onde é assinado 1 ponto se maior que o limite superior normal ou 2 pontos se maior que 1/10 vezes o limite; histologia, onde é assinado 1 ponto se as características são compatíveis com HAI ou 2 pontos se as características são típicas de HAI; ausência de

hepatites virais assina 2 pontos. O diagnóstico é provável se são somados 6 pontos, enquanto é definitivo se maior ou igual a 7 pontos¹⁹. O estudo que validou este escore envolveu 11 centros internacionais, e mostrou 88% de sensibilidade e 97% de especificidade quando o ponto de corte é maior ou igual a seis, e 81 % e 99%, respectivamente, quando o ponto de corte subiu para maior ou igual a sete¹⁹. No presente relato de caso o paciente apresentou escore seis, porém justifica-se por não ter sido mensurado o valor de IgG. Apesar disso, o valor de gamaglobulina do paciente foi duas vezes maior que o limite superior da normalidade, o que sugere fortemente HAI.

O caso descrito neste artigo foi de difícil diagnóstico pela sua apresentação clínica atípica. Neste paciente, os exames complementares foram essenciais para a elucidação diagnóstica. O caso exigiu estudo de diversas patologias e mostrou como a abordagem ampla dos diagnósticos diferenciais é mandatória no manejo dos casos clínicos difíceis.

Alves SC, Pascolat G, Rigo P, Marçal H. Atypical Presentation of Autoimmune Hepatitis – Case Report. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):40-3.

ABSTRACT - Autoimmune hepatitis (AIH) is a chronic autoimmune hepatitis character, usually presenting circulating autoantibodies and high concentration of serum globulin. In childhood is considered a rare disease, accounting for about 10 % of patients with chronic liver disease. Report a case of autoimmune hepatitis type 1 in a seven year old male and discuss their form of atypical presentation with a review of the literature. Data were obtained by review of medical records, interview with the responsibility for the patient and review of the literature. The case described in this article was difficult to diagnose by its atypical clinical presentation. The case required study of several pathologies and showed how the broad approach of the differential diagnosis is mandatory in the management of difficult clinical cases.

KEYWORDS - Appendicitis, Early Diagnosis.

REFERÊNCIAS

- Krawitt EL. Autoimmune hepatitis. *N Engl J Med* 2006; 354-54.
- Boberg KM, Aadland E, Jahnsen J, et al. incidence and prevalence of primary biliary cirrhosis, primary sclerosing cholangitis, and autoimmune hepatitis in a Norwegian population. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:99.
- Werner M, Prytz H, Ohlsson B, et al. Epidemiology and the initial presentation of autoimmune hepatitis in Sweden: a nationwide study. *Scand J Gastroenterol* 2008;43:1232.
- Ngu JH, Bechly K, Chapman BA, et al. Population-based epidemiology study of autoimmune hepatitis: a disease of older women? *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25:1681.
- Primo J, Maroto N, Martinez M, et al. Incidence of adult form of autoimmune hepatitis in Valencia (Spain). *Acta Gastroenterol Belg* 2009; 72:402.
- Mieli-Vergani G, Heller S, Jara P, Vergani D, Chang MU, Fujisawa T, et al. Autoimmune hepatitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(2): 158-64.
- Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2010; 51:2193.
- Homborg JC, Abuaf N, Bernard O, et al. Chronic active hepatitis associated with antiliver/kidney microsome antibody type 1: a second type of "autoimmune" hepatitis. *Hepatology* 1987; 7:1333.
- Lapierre P, Hajoui O, Homborg JC, Alvarez F. Formiminotransferase cyclodeaminase is an organ-specific autoantigen recognized by sera of patients with autoimmune hepatitis. *Gastroenterology* 1999; 116:643.
- Bridoux-Henno L, Maggiore G, Johanet C, et al. Features and outcome of autoimmune hepatitis type 2 presenting with isolated positivity for anti-liver cytosol antibody. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2:825.
- Uptodate. Marcadores sorológicos de hepatite autoimune. Agosto, 2013.
- Muratori P, Granito A, Quarneti C, et al. Autoimmune hepatitis in Italy: the Bologna experience. *J Hepatol* 2009; 50:1210.
- Uptodate. Manifestações clínicas e diagnóstico de hepatite autoimune. Agosto, 2013.
- Björnsson E, Talwalkar J, Treeprasertsuk S, et al. Patients with typical laboratory features of autoimmune hepatitis rarely need a liver biopsy for diagnosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011; 9:57.
- Cançado ELR, Farias AQ, Bittencourt PL. Hepatite auto-imune. In: Gayotto LCC, Alves VAF. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001.p.565-87.
- Cançado ELR, Porta G. Autoimmune hepatitis in South América. In: Manns MP, Paumgartner G, Leuschner U. Immunology and liver. Falk Foundation 114. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2000.p.82-92.
- Kessler WR, Cummings OW, Eckert G, et al. Fulminant hepatic failure as the initial presentation of acute autoimmune hepatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:625.
- Porta G. Avaliação laboratorial dos pacientes com doença hepática. In: Porta G, Koda YKL. Gastroenterologia e hepatologia. Manole, 2011.p. 16-29.
- Hennes EM, Zeniya M, Czaja AJ, et al. Simplified criteria for the diagnosis of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2008; 48:169.

**DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS
PULMONARES INFRADIAFRAGMÁTICA*****INFRADIAPHRAGMATIC TOTALLY ANOMALOUS
PULMONARY VENOUS CONNECTION – CASE REPORT***Sarah Cascaes **ALVES**¹, Gilberto **PASCOLAT**², Paula **RIGO**¹, Hevelliny **MARÇAL**¹, Marcelo **CREDÍDIO**³.

Rev.Méd.Paraná/1338

Alves SC, Pascolat G, Rigo P, Marçal H, Credídio M. Drenagem Anômala Total de Veias Pulmonares Infradiafrágmatca. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2013;71(1):44-7.

RESUMO - A drenagem anômala total de veias pulmonares (DATVP) é um defeito congênito cianótico em que todas as quatro veias pulmonares falham na sua conexão com o átrio esquerdo. Isto resulta na drenagem de todo o retorno venoso pulmonar para dentro da circulação venosa sistêmica. Relatar um caso de DATVP do subtipo infradiafragmática sem obstrução venosa pulmonar, diagnosticada em um recém-nascido (RN) que aos 21 dias de vida iniciou com cianose discreta, taquipnéia e cansaço as mamadas. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a responsável pelo paciente e revisão da literatura. O caso relatado e publicações citadas evidenciam a importância da reavaliação pediátrica criteriosa do RN no primeiro mês de vida para um diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas que podem se manifestar após a alta hospitalar do alojamento conjunto. A correção cirúrgica neste caso foi essencial para um melhor prognóstico do paciente.

DESCRITORES - Drenagem Anômala de Veias Pulmonares, Infradiafragmática, Cardiopatia Congênita Cianótica, Comunicação Interatrial.

INTRODUÇÃO

A drenagem anômala total de veias pulmonares (DATVP), também referida como conexão anômala total de veias pulmonares, é um defeito congênito cianótico em que todas as quatro veias pulmonares falham na sua conexão com o átrio esquerdo (AE). Isto resulta na drenagem de todo o retorno venoso pulmonar para dentro da circulação venosa sistêmica ¹.

No desenvolvimento embriológico normal, o leito pulmonar divide com o intestino primitivo o plexo esplâncnico, o qual inicialmente drena para o sistema venoso cardinal e umbilicovitelinico. Com a formação dos pulmões, com 27 a 29 dias de gestação, uma porção deste plexo se diferencia em leito vascular pulmonar e se liga a veia pulmonar comum originada do AE primitivo. Uma vez essa conexão é feita, o sistema venoso pulmonar primitivo separa-se das veias cardinais e umbilicovitelinicas. Quando ocorre uma falha da ligação do leito vascular pulmonar ao AE e persistência desta conexão com

os sistemas cardinal e umbilicovitelinico surge a DATVP. Suas variantes anatômicas dependem de quais conexões são mantidas. Neste relato de caso será descrito o subtipo infradiafragmático, que ocorre por persistência da conexão com o sistema umbilicovitelinico, mais precisamente neste relato com a veia porta². Epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento da DATVP serão abordados na discussão do caso.

RELATO DE CASO

Recém-nascido do sexo masculino, 21 dias de vida, residente de abrigo para menores negligenciados, foi atendido no pronto-socorro pediátrico do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC) com queixa principal de cianose. Cuidadora relatou que a pediatra da instituição observou que a criança estava apresentando cianose peri-oral, taquipnéia e episódios de sudorese. Havia percebi-

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba-PR, Brasil.

1 - Médicos residentes de pediatria

2 - Coordenador da residência de pediatria

3 - Cardiologista Pediátrico do HUEC

do estes sintomas nos últimos cinco dias e referiu que os mesmos se acentuavam durante as mamadas. Negou febre, vômitos ou alterações em fezes e urina.

A criança havia nascido no HUEC com 2.700g, estatura de 46 cm, perímetro cefálico 32cm, perímetro torácico 30cm, Capurro 36+4 semanas e Apgar de 8/10. Mãe de 24 anos, não realizou pré-natal, usuária de drogas. Recém-nascido estava institucionalizado desde a alta hospitalar alimentando-se com leite de fórmula 90 ml a cada duas horas, vacinas atualizadas e mantendo bom ganho ponderal. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, hidratado, hipocorado leve, com discreta cianose em mucosas, frequência respiratória variou durante avaliação de 60 a 70 irpm, frequência cardíaca de 132, temperatura axilar de 36°C. Saturação de oxigênio em ar ambiente 87% em membro superior direito e 83% em membros inferiores. Avaliação pulmonar com murmúrios vesiculares presentes bilaterais, sem ruídos adventícios. Tiragem subcostal leve. Avaliação cardíaca com ritmo regular em dois tempos, desdobramento fixo de segunda bulha, sem sopros. Abdome com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, indolor a palpação e não apresentava visceromegalias. Genitais sem alterações. Pulsos femorais e pediosos palpáveis bilateralmente e simétricos.

Foi então suspeitado de cardiopatia congênita cianótica e solicitado um ecocardiograma. O laudo do exame mostrou uma comunicação interatrial de 3 mm, aumento de ventrículo direito, drenagem das quatro veias pulmonares para uma grande veia vertical que se conectava com a veia porta, além de veia cava inferior dilatada, sugerindo uma drenagem anômala total de veias pulmonares infradiafragmática, sem estenose ou obstrução venosa pulmonar. Foi solicitada também uma radiografia de tórax que não apresentou nenhuma alteração da área cardíaca ou pulmonar.

A criança foi encaminhada para cirurgia cardíaca no Hospital Pequeno Príncipe, sendo realizada a correção da drenagem anômala total de veias pulmonares, o fechamento da comunicação interatrial e dupla ligadura do canal arterial. Apresentou boa evolução após correção cirúrgica recebendo alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A incidência e a prevalência da DATVP vêm se mantendo constantes nas últimas décadas, sendo que os últimos estudos mostram a incidência variando entre 0.6 a 1.2 para 10.000 nascidos vivos. Entre os pacientes nascidos com cardiopatia congênita, 0.7 a 1.5% são diagnosticados com DATVP, considerada a quinta mais comum cardiopatia congênita cianótica^{3,4}. Há relatos de que apenas o subtipo que drena para veia porta seja mais frequente no sexo masculino⁵, corroborando com o presente relato de caso.

Quanto à frequência das quatro variantes anatômicas, existem discordâncias na literatura. Segundo Ward

KE, 1998, o subtipo mais comum é o supra-cardíaco (55% dos casos de DATVP), seguido pelo tipo cardíaco (30%), infra-cardíaco (13%) e misto (2%)⁶. Porém, em um estudo realizado no Children's Hospital entre 1973 e 2002, foram avaliados 294 pacientes com diagnóstico de DATVP e a frequência do subtipo supra-cardíaco foi de 43%, seguida de 27% infra-cardíaco, 18% cardíaco e 12% misto⁷. Outro estudo multicêntrico, de coorte com 422 nascidos com DATVP entre 1998 e 2004 em 19 centros de cardiologia pediátrica no Reino Unido, Irlanda e Suécia, mostrou a seguinte distribuição de frequência; 49% dos casos supra-cardíaco, 26% infra-cardíaco, 16% cardíaco e 9% misto⁸.

As manifestações clínicas da DATVP variam de acordo com a presença e o grau de obstrução venosa pulmonar, além da presença ou não de uma comunicação interatrial (CIA) adequada e do grau do shunt esquerda-direita. Os pacientes sem estenose venosa pulmonar e com uma CIA adequada são, na grande maioria, assintomáticos ao nascimento; porém, por volta do primeiro mês de vida, começam a surgir sinais de descompensação com taquipneia, cansaço às mamadas, dificuldade para ganhar peso e infecção respiratória. A cianose pode ser discreta ou até imperceptível⁹. Em uma série com 74 pacientes com DATVP sem obstrução venosa pulmonar, 56% tinham sintomas no primeiro mês de vida e o restante no primeiro ano, sendo a taquipneia e o cansaço nas mamadas os sintomas iniciais¹⁰. Na ausculta cardíaca destes pacientes sem obstrução venosa pulmonar, pode-se encontrar desdobramento fixo de segunda bulha pela sobrecarga ventricular direita, sopro sistólico ejetivo em foco pulmonar por aumento do fluxo sanguíneo que passa por esta valva e sopro diastólico devido ao fluxo sanguíneo aumentado através da valva tricúspide¹.

Entretanto, na DATVP com obstrução venosa pulmonar ou CIA inadequada, os pacientes, em geral, apresentam-se como recém-nascidos criticamente doentes, com cianose, sintomas de insuficiência respiratória e choque. Eles apresentam aumento da pressão na artéria pulmonar, edema pulmonar resultando em distresse respiratório e taquipneia e redução do débito cardíaco sistêmico resultando em hipotensão. Estes sintomas costumam surgir por volta de 12 horas de vida e no geral, quanto mais severa a obstrução, mais precoce e severa a apresentação clínica¹¹.

No presente relato de caso, o paciente apresentou a forma não obstrutiva com consequente resistência vascular pulmonar relativamente baixa, permitindo um shunt esquerda-direita e hiperfluxo pulmonar. Além disso, o paciente apresentava uma CIA grande que permitia uma repercussão hemodinâmica menor. Os sintomas apresentados corroboram com os descritos na literatura, como taquipneia, cansaço nas mamadas e cianose discreta em torno do vigésimo dia de vida. Porém o que difere dos dados da literatura é o fato de que na DATVP infra-cardíaca, como é o caso, é muito comum a obstrução venosa pulmonar estar presente

tanto por constrição da veia vertical em nível de diafragma como em nível de parênquima hepático.

Para elucidar o diagnóstico de DATVP, diferenciando-a de outras cardiopatias congênicas cianóticas que cursam com hiperfluxo pulmonar, o exame de escolha é o ecocardiograma. A acurácia diagnóstica do ecocardiograma foi ilustrada em uma série que relatou 22 de 23 pacientes com DATVP diagnosticados corretamente com este exame, os sítios de conexão das veias pulmonares foram identificados também em 22 dos 23 pacientes¹². Embora o cateterismo cardíaco seja considerado o padrão ouro para o diagnóstico de DATVP, ele geralmente não é necessário para o diagnóstico devido à disponibilidade de outras modalidades, como o ecocardiograma, a tomografia computadorizada com contraste e a angio-ressonância magnética, que são exames menos invasivos, menos custosos e proporcionam uma adequada imagem diagnóstica. Portanto, o cateterismo cardíaco é atualmente reservado para os casos em que o ecocardiograma não elucidou completamente a anatomia do defeito cardíaco, quando são requeridas mais informações sobre a hemodinâmica do caso e quando é necessária a ampliação da CIA por uma atrioseptostomia por balão¹. O eletrocardiograma e a radiografia de tórax são exames complementares que mostram achados inespecíficos, que variam de acordo com a presen-

ça ou não de obstrução pulmonar severa e portanto não podem ser utilizados para confirmação diagnóstica¹. O ecocardiograma no presente relato de caso elucidou o diagnóstico, além de descrever corretamente a anatomia do defeito cardíaco, não sendo necessária a realização do cateterismo cardíaco. A radiografia de tórax não apresentou alterações, porém foi útil para a exclusão de alguns diagnósticos diferenciais.

O tratamento de todos os subtipos da DATVP é essencialmente cirúrgico. Em pacientes não tratados, o curso natural depende da presença ou não de obstrução e do tamanho da CIA. Em geral o desfecho é ruim com uma mortalidade de 50% nos primeiros três meses e de 80% até o primeiro ano de vida^{6,13,14}. Em doença não obstrutiva e com ampla CIA, como apresentava o paciente deste relato de caso, os pacientes podem manifestar apenas sintomas moderados ao exercício, porém a maioria desenvolve uma progressiva falência do coração direito e doença vascular pulmonar devido ao hiperfluxo¹. Michielon 2002 demonstrou uma mortalidade pós cirúrgica em pacientes com DATVP infracardiaca de 2,2%, sendo que a obstrução venosa foi considerada um fator de risco¹⁵. No presente relato de caso a correção cirúrgica foi realizada setenta e duas horas após o diagnóstico, apresentando um resultado satisfatório e uma boa evolução clínica.

Alves SC, Pascolat G, Rigo P, Marçal H, Credidio M. Infradiaphragmatic Totally Anomalous Pulmonary Venous Connection – Case Report. *Rev. Méd. Paraná*, Curitiba, 2013;71(1):44-7.

ABSTRACT - Total anomalous pulmonary venous connection (TAPVC) is a cyanotic congenital defect in which all four pulmonary veins fail in its connection with the left atrium. This results in the drainage of the entire pulmonary venous return into the systemic venous circulation. To report a case of TAPVC infradiaphragmatic subtype without pulmonary venous obstruction, diagnosed in a newborn (NB) that at 21 days of life began with mild cyanosis, tachypnea and fatigue feedings. Data were obtained by review of medical records, interview with the responsibility for the patient and review of the literature. The reported case and cited publications highlight the importance of careful reassessment of pediatric NB in the first month of life for early diagnosis of congenital heart disease that may manifest after discharge from the rooming-in. Surgical correction in this case was essential for a better prognosis.

KEYWORDS - Anomalous Pulmonary Venous Connection, Infradiaphragmatic, Cyanotic Congenital Heart Disease, Atrial Septal Defect.

REFERÊNCIAS

1. Uptodate, Total anomalous pulmonary venous connection. Ago 9, 2013.
 2. Neil CA. Development of the pulmonary veins; with reference to the embryology of anomalies of pulmonary venous return. *Pediatrics* 1956; 18:880.
 3. Reller MD, Strickland MJ, Riehle-Colarusso T, et al. prevalence of congenital heart defects in metropolitan Atlanta, 1998-2005. *J Pediatr* 2008; 153:807.
 4. Hoffman JI, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 1890.
 5. Lucas RV Jr, Adams P Jr, Anderson RC, Varco RL, Edwards JE, Lester RG. Total Anomalous pulmonary venous connection to the portal venous system: a cause of pulmonary venous obstruction. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1961; 86:561-575.
 6. Ward KE, Mullins CE. Anomalous pulmonary venous connections, pulmonary vein stenosis, and atresia of the common pulmonary vein. In: *The Science and Practice of Pediatric Cardiology*, Garson A Jr, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR (Eds), Williams and Wilkins, Baltimore 1998. p. 1431.
 7. Keane JF, Fyler DC. Total anomalous pulmonary venous return. In: *Nadas' Pediatric Cardiology*, 2nd, Keane JF, Lock JE, Fyler DC (Eds), Saunders Elsevier, Philadelphia 2006. P.773.
 8. Seale AN, Uemura H, Webber SA, et al. Total anomalous pulmonary venous connection: morphology and outcome from an international population-based study. *Circulation* 2010; 122:2718.
 9. *Tratado de Pediatria- Sociedade Brasileira de Peditria*. 2ª ed. Vol 1. Reconhecimento e conduta nas cardiopatias congênicas. p 643.
 10. Northern Great Plains Regional Cardiac Program: James H. Moller, principal investigator. Supported by Bureau of Maternal and Child Health. 1981-present.
 11. Geva T, van Praagh S. Anomalies of the pulmonary veins. In: Moss and Adams' heart disease in infants, children, and adolescents: including the fetus and young adult, 7th, Allen HD, Shaddy RE, Driscoll DJ, Feltes TF (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2008. p.761.
 12. Van der Velde ME, Parness IA, Colan SD, et al. Two-dimensional echocardiography in the pre and postoperative management of totally anomalous pulmonary venous connection. *J Am Cardiol* 1991; 18:1746.
-

13. LaBrosse CJ, Blackstone EH, Turner ME Jr, Kirklin JW. Unpublished study; 1978. In Kirklin JW, Barratt-Boyes BG (eds). Total anomalous pulmonary venous connection. Cardiac Surgery, second edition, Churchill Livingstone, New York 1993, Cap. 16: 645-73.
 14. Burroughs JT, Edwards JE. Total anomalous pulmonary venous connection. Am Heart J 1960; 59:913.
 15. Michielon G, Di Donato RM, Pasquini L, et al. Total anomalous pulmonary venous connection: long-term appraisal with evolving technical solutions. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 22:184-91.
-

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

History Museum of Medicine

DR. MILTON VIANNA BAPTISTA

*Ebrenfried Othmar Wittig**

O museu de história da Medicina recebeu uma bela doação de 200 exemplares de livros da biblioteca do Dr. Milton Baptista, através de sua esposa e filhas, o que engrandeceu o acervo. Por este belo gesto à associação Médica do Paraná, muito agradece, esperando que este gesto estimule outros médicos e familiares ou apreciadores do museu a colaborar com outras doações.

Foi nos Campos Gerais do Paraná, na cidade de Castro que nasceu o Dr. Milton Baptista, cresceu em Pirai do Sul. Aos 12 anos mudou-se para Curitiba, onde estudou no internato do Colégio Partenon Paranaense. Estudou no curso pré- médico do Ginásio Paranaense. Em 1941 matriculou-se na Universidade do Paraná, ainda como entidade particular paga formou-se em 17/12/1946. Inscreveu-se no conselho Regional de Medicina do Paraná sob nº872, em 196.

Médico idealista desejou sempre atuar em localidade do interior, ajudando os necessitados, para o que, se preocupou como acadêmico no melhor possível das cadeiras básicas. Como acadêmico de Medicina atuou no departamento Médico legal da Secretaria de Segurança Pública, em 1945/1946.

Fez estágio em Cirurgia Geral no Hospital Miguel Couto no Rio de Janeiro, em 1947 com o Dr. Motta Maia.

Casou-se em 1947, em Curitiba, com a Sra. Vera Maria Biscaia Vianna Baptista, cujo casamento durou até 2011, quando o Dr. Milton Faleceu.

Atendeu o Ambulatório Médico da Cia de Mineração em 1947/1948 em Lauro Muller e no Ambulatório do IAPETC em Criciúma, em Santa Catarina.

Em 1949 transferiu-se para Londrina, a qual tinha 15 anos de fundação e, posteriormente, à seu "Primeiro de Meio", local que sempre adorou, próximo ao Rio Tibagi. Apreciava o trabalho médico no campo, vendo doentes de pé, a cavalo, charrete, a qualquer hora do dia ou à noite, com ou sem remuneração dos pacientes.

De 1949/1952 atendeu o Ambulatório da Prefeitura de 1º de Maio. Em 1952, foi nomeado para secretaria até 1990 e posteriormente, médico da Prefeitura, atuando até 1997, e fez medicina por 40 anos. Em 1960 construiu seu próprio Hospital e Maternidade São José, sendo seu diretor por 32 anos. Sempre honrando os princípios éticos da Medicina.

Com ele trabalho o Dr. Caetano Giançante, CRM 2168, firmando uma amizade até seu falecimento.

Trabalhando por 32 anos, fechou seu hospital aos 76 anos de idade. Com grande pesar da população, faleceu em Primeiro de Maio, em 15/05/2001.

Dignidades: 1997- diploma de Mérito Ético Profissional, aos 50 anos de Medicina pelo CRM- PR ;2000- Titula de Cidadão Honorário de Primeiro de Maio.



Para doações e correspondências:

Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná

Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde - Curitiba/PR - CEP: 80.240-280

Fone (41) 3024-1415 / Fax (41) 3242-4593 - E-mail: secretaria@amp.org.br

Visite o museu em nosso site: www.amp.org.br

Sou Médico Referenciado.

Somente os médicos da Associação Médica do Paraná são referenciados para fazer parte do Sistema Nacional de Atendimento Médico – SINAM. Um sistema que já conta com mais de 600 mil usuários em todo o Paraná e que a cada dia incorpora mais e mais adeptos, numa demonstração clara de credibilidade e confiança que a instituição goza junto ao mercado.



Se você ainda não é, não perca mais tempo. Filie-se ainda hoje a AMP e descubra, além dessa, uma série de outras vantagens. Seja você também um médico

referenciado e descubra todas as vantagens de trabalhar para um sistema onde não existem intermediários entre você e o seu paciente.



Médico
Profissional
de valor

www.amp.org.br

Rua Candido Xavier, 575 - Curitiba - PR • Fone: (41) 3024-1415

Atendimento particular com valor reduzido?



Para quem não quer depender do SUS e não pode ou não quer pagar um plano de saúde, o SINAM é a solução.

Sem mensalidades, você pode escolher os médicos referenciados pela Associação Médica do Paraná para receber atendimento de consulta particular.



Rua Cândido Xavier, 561 - Água Verde - Curitiba - (41) 3019-8689



Médico
Profissional
de valor
