

G A Z E T A M É D I C A D A B A H I A

v. 72

Jan./Abr.

N.º 1

CORPO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Zilton A. Andrade – Editor

Air C. Barretto

Armenio Guimarães

Luiz Fernando Macedo Costa

Heonir Rocha

Tulio Miraglia

José F. M. Figueiredo – Redator

Secretária – Eurydice Pires de Sant'Anna

Diretora Comercial – Raymunda Pinheiro de Lemos

Publicação quadrimestral

Assinatura: Cr\$ 20,00 por ano

Subscription: US\$ 6.00 per year

Solicita-se permuta / Exchange desired

*Endereço / Address: Hospital Prof. Edgard Santos
BAHIA – BRASIL*

Correspondente no Rio

Dr. Durval da Silva Lima

Av. N. S. Copacabana 218 – Apt.º 801

GAZETA MÉDICA DA BAHIA

AOS COLABORADORES

Serão publicados os trabalhos dos componentes da Faculdade de Medicina da U.F.B. ou de autores nacionais e estrangeiros, que obedecerem às seguintes normas:

1. Devem conter fatos novos a serem divulgados exclusivamente pela Gazeta Médica da Bahia.
2. Devem ter sido apreciados pela Comissão de Redação.
3. Trabalhos de atualização somente serão aceitos quando solicitados pela Comissão de Redação.
4. Devem estar redigidas em português (obedecendo à ortografia oficial) ou língua estrangeira (com alfabeto latino) e datilografadas com espaço duplo, em papel ofício, com margem de 3 cms de cada lado, não excedendo 12 páginas e, em se tratando da apresentação de casos isolados, não ultrapassar quatro páginas. Todas as páginas devem ser numeradas.
5. Devem compreender sempre que possível os seguintes itens: a) título, nome dos autores; b) introdução; c) material e métodos; d) resultados; e) discussão; f) resumo em português e inglês, podendo, adicionalmente, vir em outra língua estrangeira; g) referências bibliográficas.
6. As ilustrações devem ser bem nitidas e referidas no texto e os gráficos desenhados a nanquim. Os desenhos, gráficos e fotografias devem ser citados como figuras. Tabelas, quadros, gráficos ou desenhos devem ter títulos suficientemente explicativos, mesmo sem a leitura do texto. As despesas dos clichês, cujo número for superior a quatro, correrão por conta dos autores.
7. As referências bibliográficas devem ser dispostas em ordem alfabética observando:
 - a) artigos: sobrenome do autor, seguido das iniciais do nome, título do trabalho, nome da revista por extenso ou abreviado, segundo indicações do World Medical Periodicals, volume, páginas inicial e final, ano; b) livros: sobrenome do autor, seguido das iniciais, título do livro, edição, local, editor, capítulo e páginas (se necessário), ano da publicação.
8. É recomendável consultar-se um exemplar recente da Gazeta antes de datilografar o manuscrito.
9. Os autores receberão 20 separatas gratuitas.
10. Permite-se a reprodução e tradução dos trabalhos publicados desde que nelas conste a fonte de origem.
11. Os originais dos trabalhos publicados não serão devolvidos.

ARTIGOS ORIGINAIS

TESTE DE AGLUTINAÇÃO DO LÁTEX PARA O DIAGNÓSTICO RÁPIDO DA DOENÇA DE CHAGAS

VANIZE MACEDO

ELZA CARVALHO

ALUIZIO PRATA

RESUMO

A reação de aglutinação do látex foi realizada no soro de 229 pessoas. A reação apresentou sensibilidade em torno de 95%. Cerca de um terço dos 31 doentes com malária ou dos 19 com lepra lepromatosa deram falsas reações positivas. Nos 50 médicos e estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia, em que a reação foi feita, os resultados foram negativos. Há necessidade de se verificar se há falsas reações positivas em outras doenças. Pela sua simplicidade, sensibilidade, facilidade e rapidez de execução o teste é de utilidade nos bancos de sangue. Sugere-se o seu valor como teste de seleção, principalmente em inquéritos epidemiológicos.

Várias tentativas têm sido feitas para adsorver antígenos de *Trypanosoma cruzi* às partículas de látex, com a finalidade de se conseguir um teste rápido para o diagnóstico da doença de Chagas.

Os dados expostos a seguir cuidam dos resultados obtidos com o Reagente Chagas-Latex da Behringwerke, Alemanha.

MATERIAL E MÉTODOS

O antígeno que usamos foi descrito pelos fabricantes como sendo "uma suspensão de partículas de poliestirol - látex - às quais ficam adsorvidos os antígenos do *Trypanosoma cruzi*, cepa Y. Tanto a preparação do antígeno como a polimerização do hidrocarboneto estírol e, enfim, a adsorção dos antígenos ao poliestirol, altamente polimerizado, são feitas por processos e em condições especiais, desenvolvidas na Behringwerke. Com esses processos especiais fica assegurado que as

estruturas ativas da molécula antigênica ficam livres para poder provocar uma aglutinação eficiente”.

A reação foi realizada em uma placa de vidro com fundo negro, fornecida pelo Laboratório Behring. Após a colheita de sangue, separou-se o soro e duas gotas foram colocadas sobre a placa de vidro. A suspensão do látex era agitada e uma gota colocada sobre o soro. A mistura do soro com o antígeno era facilitada por um bastão, formando uma área com cerca de 1,5cm de diâmetro. A placa de vidro era rodada ou agitada cuidadosamente durante alguns minutos. A leitura era feita macroscôpicamente até sete minutos. Os resultados eram expressos como negativos, se não havia nenhuma agregação das partículas do látex, ou como +, ++ ou +++, de acordo com o grau de agregação.

As reações foram realizadas em 229 pessoas. Destas, 50 tinham xenodiagnóstico positivo para doença de Chagas, sendo três com a forma aguda e 47 com a crônica. Outros 55 doentes tinham reação de Machado-Guerreiro positiva, sendo 25 com cardiopatia chagásica e 30 sem manifestações clínicas e, por isso, considerados como portadores de infecção chagásica assintomática. Em quatro indivíduos a reação de Machado-Guerreiro era duvidosa. Todos os 120 soros restantes tinham reação de Machado-Guerreiro negativa e foram considerados como não tendo doença de Chagas. Entre eles havia 31 com malária ativa (*19P. falciparum*, 11 *P. vivax* e um misto) e 30 com lepra (19 lepromatosa, um tuberculóide e 10 indeterminada), todos da região amazônica, onde a doença de Chagas não é endêmica. Quatro doentes eram portadores de cardiopatia de etiologia obscura. Cinco outros tinham os diagnósticos de leucemia, leishmaniose tegumentar, mononucleose infecciosa, febre tifóide prolongada e brucelose, e aparecem na Tabela 1 sob o rótulo de miscelânea. Cinquenta soros foram colhidos de médicos e estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e serviram como contrôles.

RESULTADOS

Dos 50 pacientes que tinham xenodiagnóstico positivo, 47 (94%) apresentaram a reação do látex positiva e três (6%), negativa. Esses três pacientes estavam em uso de droga experimental para o tratamento da doença de Chagas e suas reações de Machado-Guerreiro eram também negativas. Nos 55 soros de indivíduos com doença de Chagas, a reação foi

positiva nos 25 (100%) que apresentaram cardiopatia chagásica e em 24 (80%) dos 30 portadores de infecção assintomática (Tabela 1).

Considerando-se somente os 102 pacientes com doença de Chagas nos quais a reação de Machado-Guerreiro estava positiva, o teste do látex foi positivo em 96 (94,13%) e negativo em 6 (5,87%).

Tabela 1. Teste de aglutinação do latex, em pacientes com e sem doença de Chagas.

Proveniência dos Soros	Aglutinação do Latex				
	Positiva		Negativa		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º
1 — Xenodiagnósticos positivos	47	94,0	3	6	50
2 — Cardiopatia chagásica	25	100,0	0	0	25
3 — Infecção chagásica (Assintomática)	24	80,0	6	20,0	30
4 — Reações de Machado-Guerreiro duvidosas	4	100,0	0	0	4
5 — Malária	10	32,2	21	67,8	31
6 — Lepra	7	23,3	23	76,7	30
7 — Cardiopatia de etiologia obscura	0	0	4	100,0	4
8 — Contrôles negativos	0	0	50	100,0	50
9 — Miscelânea	1	20,0	4	80,0	5

Nos quatro soros com reação de Machado-Guerreiro duvidosa o teste foi positivo em todos.

Nos 120 casos sem doença de Chagas, o teste do látex foi positivo em 18 (15%) e negativo em 102 (85%). Dêstes soros, 31 provinham de pacientes com malária e em 10 dêles (32,2%) a aglutinação de látex foi positiva; a espécie de *Plasmodium* não parece ter importância, pois a proporção de reações positivas foi praticamente a mesma nas infecções pelo *P. falciparum* e pelo *P. vivax* (Tabela 2). Dos 30 soros de leproso o teste foi positivo em sete (23,3%), sendo todos êles portadores de lepra lepromatosa (Tabela 3); nos 10 casos com lepra indeterminada não houve falsas reações positivas. Nos cinco pacientes com cardiopatia de etiologia obscura a reação do látex foi negativa. Nos cinco pacientes com leucemia, leishmaniose, febre tifóide prolongada, brucelose e mononucleose infecciosa a reação somente foi positiva neste último. Também a reação foi negativa nos 50 soros usados como controle.

Quanto à intensidade, a reação foi classificada +++ nos três casos com forma aguda da doença de Chagas e ++ e

+++ nos pacientes com doença de Chagas evidente. As falsas reações na malária e na lepra deram resultados de + ou ++.

Verificou-se ainda que a reação foi instantânea nos três casos com forma aguda e geralmente estava positiva nos três minutos iniciais nos casos com doença de Chagas evidente.

Tabela 2. Teste de aglutinação do latex em pacientes com Malária.

Espécie de <i>Plasmodium</i>	Aglutinação do Latex				
	Positiva		Negativa		Total
	N.º	%	N.º	%	
<i>Falciparum</i>	6	31,2	13	68,8	19
<i>Vivax</i>	4	36,4	7	63,6	11
<i>Falciparum</i> + <i>Vivax</i>	0	0	1	100,0	1
Total	10	32,2	21	67,8	31

Tabela 3. Teste de aglutinação do latex em pacientes com Lepra.

Forma de Lepra	Aglutinação do Latex				
	Positiva		Negativa		Total
	N.º	%	N.º	%	
Lepromatosa	7	36,8	12	63,2	19
Tuberculóide	0	0	1	100,0	1
Indeterminada	0	0	10	100,0	10
Total	7	23,3	23	76,7	30

COMENTÁRIOS

A reação de aglutinação do látex, com o antígeno que usamos, é um método para o diagnóstico rápido da doença de Chagas, desde que se disponha de uma gota de soro do paciente. A elevada percentagem de falsas reações positivas na lepra e na malária indica a necessidade de se realizar maior número de testes em outras condições mórbidas, como, por exemplo, nas leishmanioses e na mononucleose infecciosa. para se avaliar a possibilidade de falsas reações positivas em outras doenças. Da mesma maneira que a reação de Machado-Guerreiro (1-3), e ainda com maiores razões, a reação do látex isoladamente não constitui prova definitiva do diagnóstico da doença de Chagas.

Pela sua simplicidade, facilidade e rapidez de execução e sua sensibilidade, a reação nos parece ser de grande utilidade nos bancos de sangue, onde uma reação positiva em um soro, seja verdadeira ou falsa (lepra, malária), deve ser suficiente para condenar o uso do respectivo sangue.

Provavelmente a reação terá valor como teste de seleção em inquéritos epidemiológicos e será útil um ensaio nesse sentido.

SUMMARY

Chagas' latex agglutination was performed with sera from 229 persons. The sensibility was around 95%. About one third of 31 patients with malaria or 19 with lepromatous leprosy showed false positive reactions. Among 50 physicians and medical students the results were negative. It is necessary to look for false positive response in other diseases. The test is simple, sensitive, easy and fast to perform, thus seeming to be very useful in blood banks and as screening test in epidemiological inquiries.

NOTA: Após este trabalho estar no prelo, recebemos e testamos algumas partidas do antígeno, que mostraram cerca de 10% de redução em sua sensibilidade. Assim, há necessidade de se assegurar a eficiência de diferentes partidas, principalmente com o antígeno comercializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ALMEIDA, J.O. e SIQUEIRA, A.F. — Estudo da Discrepância entre Pares de Reações Simultâneas de Fixação de Complemento no Sistema de Doença de Chagas — *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 2: 204-212, 1960.
- 2 — ALMEIDA, J.O., FREITAS, J.L.P. e SIQUEIRA, A.F. — Capacidade Reativa Específica do Antígeno com Anticorpos em Reações de Complemento para Doença de Chagas — *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo*, 1: 266-272, 1959.
- 3 — ALMEIDA, J.O., PRATA, A., ARJONE, A.C. e ORANTE, J.B. — Presença de inibidores específicos de Fixação de Complemento em antígenos preparados de "Trypanosoma cruzi", *Bol. Of. San. Pan Americana*, 61: 304-313. 1969.

Recebido para publicação em 3/9/71.

FORMAS GRAVES DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO PLANALTO OCIDENTAL DA BAHIA

ALUIZIO PRATA (1)

ANTÔNIO PAULO DE MENEZES (2)

RESUMO

São apresentados três casos com fibrose hepática do tipo Symmers, provenientes do Planalto Ocidental da Bahia. Estes pacientes constituem a prova de que existe esquistossomose grave no Planalto Ocidental da Bahia.

No importante inquérito coprológico realizado por Pellon e Teixeira (2), em 1950, foram examinados 763 de 1150 alunos, com idade entre 7 e 14 anos, existentes nas áreas urbanas de cinco localidades do Planalto Ocidental da Bahia, tendo sido encontrados 18 escolares eliminando ovos de *Schistosoma mansoni*. As percentagens de exames positivos para cada localidade foram as seguintes: Ibitetuba (ex Rio Prêto) 0,92, Barreiras 1,91, Santana 2,67, Santa Maria da Vitória 3,80 e Correntina 1,70. Pellon e Teixeira (2) admitiram que somente quando havia coeficiente superior a 4%, em seu inquérito, estaria caracterizada a existência de um foco de esquistossomose. Assim, podemos deduzir que não haveria focos de esquistossomose na margem esquerda do rio São Francisco, na Bahia.

Em um relatório apresentado à Fundação Gonçalo Moniz, Lopes e Leal Costa (1) informaram ter encontrado elevadas percentagens de exames de fezes positivos para *Schistosoma mansoni* em Catolândia, Cristópolis e São Desidério, referindo ainda a existência de casos com esplenomegalia e história de hematêmese.

Os médicos de Brasília e Goiânia informam que a maioria dos pacientes com esquistossomose atendidos em ambas as

Trabalho da Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho - Universidade de Brasília.

(1) Professor de Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Atualmente Professor Colaborador da Universidade de Brasília.

(2) Residente de Clínica Médica da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

idades provêm de Santa Maria da Vitória, Barreiras, Correntina, Angical e Cantinho.

Informações obtidas no Departamento Nacional de Endemias Rurais, em Salvador, mostram várias localidades do Planalto Ocidental da Bahia com elevados índices de exame de fezes positivos para *Schistosoma mansoni*.

Ao que sabemos nenhuma dessas últimas referências constam da literatura médica e a esquistossomose figura como não sendo problema médico de importância na região oeste do São Francisco, na Bahia. Conseqüentemente também não há registro de formas graves na referida região. Neste trabalho mostramos que a esquistossomose grave existe no Planalto Ocidental da Bahia.

REGISTROS DE CASOS

Caso n.º 1 — B.J.S., feminino, parda, 18 anos, natural e procedente de Santa Maria da Vitória. Esplenectomizada em 1961. Em 1970 apresentou sangramento de varizes esofagianas, quando foi feita desvascularização esôfago-gástrica e ligadura transesofagiana de varizes. Em julho de 1970 apresentou quadro de abdome agudo, sendo laparotomizada e apendicectomizada.

Fígado nodular, de consistência endurecida, palpável a três centímetros abaixo da reborda costal direita.

Histopatologia do fígado: Intensa proliferação conjuntiva dos espaços porta e infiltração difusa por mononucleares. As traves conjuntivas esboçam uma penetração interlobular. Os hepatócitos não exibem alterações regressivas (Fig. 1).

Histopatologia do apêndice: Acentuado espessamento da parede às custas de intensa neo-formação conjuntiva. Numerosos granulomas, constituídos por células epitelióides, gigantócitos tipo corpo estranho os quais contém ovos de *Schistosoma mansoni*.

Caso n.º 2 — J.M.S., masculino, pardo, 25 anos, natural e procedente de Barreira. Esplenectomizado em abril de 1970. Apresentava baço palpável a 4 cm da reborda costal esquerda. Fígado impalpável. Varizes de esôfago. Foi feita desvascularização esôfago-gástrica e ligadura transesofagiana de varizes.

Histopatologia do fígado: Acentuado alargamento dos espaços porta à custa de proliferação de tecido conjuntivo. Há preservação de integridade lobular.

Caso n.º 3 — J.R.S., masculino, branco, 17 anos, natural e procedente de Baianópolis. Apresentava acentuado hipoevolutismo, com baço palpável a 6 cm da reborda costal esquerda e fígado multinodular de consistência endurecida. Foi esplenectomizado em março de 1971, sendo retirados por filtração extracorpórea 1224 vermes adultos.

Apresentava formações granulomatosas no meso-cólon transverso, onde foram encontrados, histologicamente, ovos de *Schistosoma mansoni*. No baço, tumor neoplásico com o diagnóstico histopatológico de sarcoma esplênico.

Histopatologia do fígado: Estrutura lobular preservada, espaços porta alargados por fibrose e infiltrado mononuclear. Estruturas granulomatosas

contendo no seu interior ovos de *Schistosoma mansoni*. Células de Kuppfer hipertrofiadas, com pigmento acastanhado no seu interior.

COMENTÁRIOS

O Planalto Ocidental da Bahia deve ser considerado como zona endêmica de esquistossomose. Em muitas áreas do Brasil, onde existe esquistossomose endêmica, não têm sido encontradas formas graves da doença. Estas têm sido vistas nas zonas de elevada prevalência da parasitose. Os três casos acima mencionados tiveram a comprovação histopatológica, imprescindível quando se deseja afirmar, inequivocamente, a existência de fibrose de Symmers em um dado paciente.

Segundo Pellon e Teixeira (2) a marcha da esquistossomose na Bahia se estende de norte a leste na direção do sul e oeste, dando a entender que a doença ainda não teria atingido a zona do médio São Francisco. Ficaria então para ser decidido se os atuais focos de esquistossomose existentes no Planalto Ocidental da Bahia são recentes ou se porventura já existiam por ocasião do famoso inquérito da Divisão de Organização Sanitária.

Não há dúvida que a esquistossomose está avançando para oeste e os recentes focos em Goiás e no Distrito Federal constituem mais uma prova disso. É provável mesmo que a prevalência da doença esteja crescendo na margem esquerda do rio São Francisco. No entanto, temos a impressão que ela não seja de origem tão recente no Planalto Ocidental da Bahia. Se a esquistossomose tivesse surgido nesta região somente após 1950 seria pouco provável o aparecimento frequente de casos com hipertensão porta esquistossomótica, já em 1961 (Caso n.º 1). Em outras regiões do Brasil, invadidas recentemente pela doença, não são comuns as formas graves.

Pellon e Teixeira (2) examinaram somente crianças de procedência urbana na região do Planalto Ocidental, sendo provável que talvez isto os tenha induzido a subestimar a prevalência da esquistossomose nesta região.

SUMMARY

Three patients with liver Symmer's fibrosis from the region of the left side of São Francisco river in the State of Bahia are presented.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — LOPES, J.S. e COSTA, A.L. — Informação pessoal.
- 2 — PELLON, A.B. e TEIVEIRA, I. — Distribuição geográfica da esquistossomose mansônica no Brasil. Divisão da Organização Sanitária — Rio de Janeiro, 1950.

ACÇÃO DA ETOFAMIDA (*) NA AMEBÍASE INTESTINAL CRÔNICA E SUA INOCUIDADE SÔBRE O HEPATÓCITO

NEIDE BRITTO OTERO (1)
LUCIANA M. C. MARADEI PEREIRA (2)
NEUZA TEIXEIRA DA SILVA (3)
DANILO VIRGILIO MENDONÇA (4)
ZOÊNIO MOTTA GUEIROS (5)
ERNESTO GONDIM LEITÃO (6)

RESUMO

Os Autores empregaram o Kitnos, na dosagem diária de 1 grama durante um período de três dias, em 50 pacientes portadores de amebíase intestinal crônica. Efetuaram paralelamente ao tratamento, as provas de função hepática (T.G.P., T.G.O. e Prova do Lugol) antes e após o término da medicação. Foram incluídos na pesquisa apenas os pacientes que tinham as provas hepáticas normais antes do tratamento.

Obtiveram, com uma única série de medicação, 90% de curas parasitológicas e clínicas, ressaltando a inocuidade do produto sôbre o hepatócito, comprovada pelas provas funcionais hepáticas normais após o tratamento.

Os pacientes não referiram efeitos colaterais importantes.

Concluem pela extraordinária eficácia do Kitnos sôbre a *Entamoeba histolytica*, sua inocuidade sôbre o hepatócito e ausência de efeitos colaterais.

INTRODUÇÃO

O tratamento da amebíase intestinal crônica vem se constituindo, de certo modo, em um problema terapêutico,

(*) "KITNOS"

- (1) Professora Adjunta de Medicina Interna (Departamento de Medicina Integrada), Centro Bio-Médico da Universidade Federal do Pará e Adjunta de Clínica Médica Santa Casa de Misericórdia do Pará.
- (2) Docente-Bolsista de Medicina Interna (Departamento de Medicina Integrada), Centro Bio-Médico da Universidade Federal do Pará e Diretora do Banco de Sangue da Santa Casa de Misericórdia do Pará.
- (3) Docente-Bolsista de Medicina Interna (Departamento de Medicina Integrada), Centro Bio-Médico da Universidade Federal do Pará e Farmacêutica Bio-química.
- (4) Professor Adjunto da Cadeira de Fisiologia (Centro de Ciências Biológicas) da Universidade Federal do Pará e Diretor do Laboratório de Patologia Clínica.
- (5) Diretor do Departamento de Endemias Rurais (DNERU) no Estado do Pará.
- (6) Professor Adjunto de Medicina Interna (Departamento de Medicina Integrada), da Univ. Fed. do Pará; Livre-Docente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará; Chefe das Disciplinas de Gastro-Hematologia e Pneumologia do Departamento de Medicina Integrada da Universidade Federal do Pará; Coordenador do Ambulatório de Medicina Interna do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará; Chefe da 1.^a CLÍNICA MÉDICA de Homens, do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará e Médico do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

tendo em vista não terem sido coroadas de êxito as inúmeras tentativas para o encontro de um agente medicamentoso realmente eficaz, atuando em curto espaço de tempo, desprovido de toxicidade e sem efeitos colaterais que permitissem a continuidade de sua utilização.

Numerosos têm sido os agentes amebicidas introduzidos no vasto e variado arsenal terapêutico desta enfermidade, mas quase sempre carentes dessas importantes propriedades.

A Etofamida, sintetizada no Instituto Carlo Erba para Pesquisas Terapêuticas, de Milão, por De Carneri e cols. (3), é um nôvo amebicida pertencente ao grupo das dicloroacetamidas, com as seguintes características químicas: N-(Beta-etoxi-etil)-N[p-fenoxi-(4'-nitro)-benzil]-dicloroacetamida. A Etofamida foi considerada após o resultado de várias pesquisas, como o amebicida ideal, por preencher tôdas aquelas exigências.

Salles e cols. (9), tratando inicialmente 167 pacientes, obtiveram percentuais de curas de 82,5% em adultos e de 77,8% em crianças, usando posologias diárias de 600 mg para adultos e 400 mg para crianças; neste mesmo trabalho encontra-se assinalado que o aumento da posologia para 900 mg em adultos e 600 mg em crianças permitiu registrar curas parasitológicas de 100% para adultos e de 88,2% para crianças.

Aboim e cols. (1) tratando 50 pacientes com 450 mg ao dia, durante cinco dias, obtiveram 90% de cura. Huggins (6) evidenciou em um grupo de 21 pacientes tratados com 600 mg ao dia, durante cinco dias, índice de cura de 95,2%. Vasconcellos (10), tratando 20 pacientes com 600 mg diários durante cinco dias, registrou cura de 80% após a primeira série de tratamento e de 95% após a segunda série. Salles e Leitão (8) trataram 92 pacientes, metade com posologias diárias de 450 mg e a outra metade com posologias diárias de 600 mg, durante cinco dias, e assinalaram 86,9% de curas para a posologia menor e 93,4% para a posologia maior, com uma única série de tratamento.

Em outro trabalho do qual participamos (5) com um grupo de Doutorandos de Medicina, Estagiários do Ambulatório de Gastro-Hematologia do Departamento de Medicina Integrada (Medicina Interna) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, quando foram observados 105 pacientes portadores de *Entamoeba histolytica* e tratados pela Etofamida, evidenciou-se resultados de cura da ordem de 72,13% para os pacientes que receberam a dose de 450 mg diárias, durante cinco dias e 93,18% para um outro grupo

que recebeu 600 mg diárias, durante o mesmo espaço de tempo, permitindo considerar este produto como medicamento recomendável à terapêutica dessa doença, tanto em sua forma aguda como crônica.

Mais recentemente, Baranski e cols. (2) trataram 20 pacientes adultos, com posologias diárias de 1 grama de Etofamida, durante três dias. Obtiveram 90% de curas com uma única série de tratamento e 100% com duas séries de tratamento. Não registraram efeitos colaterais.

Daher (4), utilizando vários esquemas terapêuticos, tratou 92 pacientes, adultos e crianças, com amebíase intestinal. Obteve, em todos os esquemas utilizados, 100% de curas, não registrando efeitos colaterais dignos de nota. Huggins (7), em recente pesquisa com a Etofamida, empregou este medicamento em 51 pacientes, entre adultos e crianças, utilizando em todos os doentes posologias diárias de 1 grama, durante três dias. Obteve, como resultado final, um índice de cura de 92,16%, não registrando efeitos colaterais.

Certos estávamos da eficácia e tolerância deste produto, entretanto restava-nos empreender experimentações mais especializadas no sentido de verificar sua inocuidade em relação ao hepatócito e, na oportunidade, investigar mais uma vez seu valor como amebicida, fatores esses que vieram a constituir o principal objetivo deste nosso trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

No presente trabalho utilizamos pacientes registrados no Ambulatório de Gastro-Hematologia do Departamento de Medicina Integrada (Medicina Interna) e no Centro Bio-Médico da Universidade Federal do Pará.

Os referidos pacientes, relacionados na Tabela 1, eram portadores de amebíase intestinal crônica, comprovada pela positividade na parasitoscopia das fezes e apresentavam um quadro clínico variado, onde observavam-se epigastralgia, diarreia, constipação intestinal, fezes muco-sanguinolentas, puxos e tenesmos, compatíveis com a doença estudada.

A parasitoscopia das fezes foi feita em três oportunidades: a primeira antes do início do tratamento e as outras duas, com oito e 25 dias após a tomada do medicamento, utilizando-se o método de Faust, e realizadas pelo Laboratório do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) em Belém do Pará.

Tabela 1. Pacientes portadores de Amebíase intestinal crônica tratados pela Etofamida sob controle de provas funcionais hepáticas no Ambulatório de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

N.º	Nome	Antes do Tratamento				Após o Tratamento				
		Parasitológico Fezes (E.h.)	T.G.P.*	T.G.O.*	Prova do Lugol	Parasitológico de Fezes (E.h.)		T.G.P.*	T.G.O.*	Prova do Lugol
						8.º Dia	25.º Dia			
1	S.F.S.	Positivo	22	16	Negativo	Negativo	Negativo	20	14	Negativo
2	A.M.V.	Positivo	20	10	Negativo	Negativo	Negativo	15	13	Negativo
3	P.M.	Positivo	30	34	Negativo	Negativo	Negativo	22	20	Negativo
4	L.S.B.	Positivo	15	16	Negativo	Negativo	Negativo	30	22	Negativo
5	C.F.O.L.	Positivo	33	11	Negativo	Negativo	Negativo	25	9	Negativo
6	L.G.L.C.	Positivo	35	18	Negativo	Negativo	Negativo	30	34	Negativo
7	J.C.A.	Positivo	30	27	Negativo	Negativo	Negativo	28	25	Negativo
8	M.G.B.	Positivo	20	13	Negativo	Positivo	Positivo	18	12	Negativo
9	C.S.	Positivo	23	18	Negativo	Negativo	Negativo	12	6	Negativo
10	D.D.C.	Positivo	35	10	Negativo	Negativo	Negativo	30	11	Negativo
11	M.E.E.P.	Positivo	25	8	Negativo	Negativo	Negativo	10	22	Negativo
12	A.F.B.	Positivo	27	20	Negativo	Negativo	Negativo	4	20	Negativo
13	E.O.	Positivo	18	25	Negativo	Negativo	Negativo	20	20	Negativo
14	C.L.P.B.	Positivo	30	18	Negativo	Negativo	Negativo	25	20	Negativo
15	O.F.A.	Positivo	30	16	Negativo	Positivo	Positivo	28	15	Negativo
16	A.C.	Positivo	22	14	Negativo	Positivo	Positivo	20	10	Negativo
17	M.B.S.	Positivo	30	9	Negativo	Negativo	Negativo	10	7	Negativo
18	I.G.	Positivo	28	9	Negativo	Negativo	Negativo	7	10	Negativo
19	N.J.P.B.	Positivo	20	9	Negativo	Negativo	Negativo	25	27	Negativo
20	J.C.P.	Positivo	6	8	Negativo	Negativo	Negativo	10	9	Negativo
21	R.F.N.	Positivo	22	20	Negativo	Negativo	Negativo	20	17	Negativo
22	V.M.C.	Positivo	16	25	Negativo	Negativo	Negativo	12	27	Negativo
23	V.M.C.	Positivo	5	10	Negativo	Negativo	Negativo	10	9	Negativo
24	H.S.	Positivo	6	25	Negativo	Negativo	Negativo	7	20	Negativo
25	J.R.S.	Positivo	30	27	Negativo	Negativo	Negativo	28	26	Negativo

Antes do Tratamento						Após o Tratamento				
N.º	Nome	Parasitológico Fezes (E.h.)	T.G.P.*	T.G.O.*	Prova do Lugol	Parasitológico de Fezes (E.h.)		T.G.P.*	T.G.O.*	Prova do Lugol
						8.º Dia	25.º Dia			
26	G.R.S.	Positivo	6	12	Negativo	Negativo	Negativo	10	13	Negativo
27	N.F.S.	Positivo	20	15	Negativo	Negativo	Negativo	14	16	Negativo
28	E.D.C.	Positivo	10	16	Negativo	Negativo	Negativo	15	14	Negativo
29	L.D.C.	Positivo	16	9	Negativo	Negativo	Negativo	14	8	Negativo
30	J.B.	Positivo	13	19	Negativo	Negativo	Negativo	14	20	Negativo
31	C.L.	Positivo	8	16	Negativo	Negativo	Negativo	10	14	Negativo
32	M.N.O.S.	Positivo	7	10	Negativo	Positivo	Positivo	15	16	Negativo
33	C.M.C.	Positivo	19	27	Negativo	Negativo	Negativo	21	30	Negativo
34	M.N.A.	Positivo	7	12	Negativo	Negativo	Negativo	10	9	Negativo
35	J.L.S.	Positivo	6	14	Negativo	Negativo	Negativo	7	16	Negativo
36	A.M.	Positivo	11	7	Negativo	Negativo	Negativo	10	9	Negativo
37	O.M.S.	Positivo	18	14	Negativo	Negativo	Negativo	18	16	Negativo
38	J.R.P.	Positivo	20	15	Negativo	Negativo	Negativo	21	13	Negativo
39	I.A.	Positivo	18	14	Negativo	Negativo	Negativo	17	14	Negativo
40	L.P.	Positivo	25	20	Negativo	Positivo	Positivo	24	19	Negativo
41	A.S.M.	Positivo	10	10	Negativo	Negativo	Negativo	11	8	Negativo
42	I.S.M.	Positivo	21	15	Negativo	Negativo	Negativo	18	20	Negativo
43	G.M.B.	Positivo	30	22	Negativo	Negativo	Negativo	25	20	Negativo
44	M.A.G.G.	Positivo	17	13	Negativo	Negativo	Negativo	15	10	Negativo
45	M.A.C.	Positivo	23	16	Negativo	Negativo	Negativo	21	13	Negativo
46	V.M.C.	Positivo	19	16	Negativo	Negativo	Negativo	18	14	Negativo
47	R.B.D.	Positivo	20	13	Negativo	Negativo	Negativo	22	15	Negativo
48	M.G.M.O.	Positivo	16	14	Negativo	Negativo	Negativo	16	13	Negativo
49	N.S.R.	Positivo	12	10	Negativo	Negativo	Negativo	9	10	Negativo
50	N.R.	Positivo	18	11	Negativo	Negativo	Negativo	16	9	Negativo

* Método de Reitman-Frankel.

Os pacientes multiparasitados não recebiam tratamento específico para as demais parasitoses, a fim de não falsear as conclusões.

Com a positividade na primeira parasitoscopia e antes de iniciar o tratamento, estes pacientes foram submetidos à verificação das condições estruturais e funcionais do hepatócito, através das provas por nós selecionadas: Transaminase Glutâmico-Pirúvica, Transaminase Glutâmico-Oxalacética e Prova de Flocculação do Lugol; as duas primeiras denotando o perfil estrutural do hepatócito e a última demonstrando as condições funcionais da célula hepática.

A condição principal para que os nossos pacientes recebessem o tratamento com a Etofamida estava subordinada, única e exclusivamente, ao fato destas provas funcionais hepáticas demonstrarem normalidade do hepatócito, além da positividade na parasitoscopia das fezes, afastando do presente trabalho todo e qualquer paciente que não preenchesse este requisito.

Desse forma, conseguimos selecionar 50 pacientes, referidos na Tabela 1 e submetê-los a tratamento, recebendo cada doente um (1) grama diário do produto durante três dias. Após 20 dias do início do tratamento, os pacientes foram novamente submetidos às provas funcionais hepáticas, constantes nas Tabelas 1 e 2.

As provas funcionais hepáticas foram realizadas no Laboratório de Patologia Clínica, pelo Dr. Danilo Virgílio Mendonça, Professor Adjunto da Cadeira de Fisiologia do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará.

Tabela 2. A Etofamida no tratamento da Amebíase.

N.º de Casos	Curados		Não Curados		Provas Funcionais Hepáticas		Reações Colaterais	
	N.º	%	N.º	%	Antes Tratamento	Após Tratamento	Sintomas	N.º de Casos
					Tgp/Tgo/ Lugol	Tgp/Tgo/ Lugol		
50	45	90	5	10	Normal	Normal	Náuseas	5
							Vômitos	—
							Tonturas	8
							Cólicas	3
							Meteorismo	2
							Prurido	—
							Cefaléia	6
							Gosto amargo	—
							Nada sentiram	42

O critério de cura foi avaliado em duas parasitoscopias das fezes, realizadas oito e 25 dias após o término do tratamento.

A comprovação da inocuidade deste medicamento em relação ao hepatócito foi evidenciada pela repetição das provas funcionais hepáticas, já referidas, 20 dias após a realização do tratamento.

RESULTADOS

Analisando-se os resultados constantes nas Tabelas 1 e 2 evidenciamos o seguinte:

- 1 - 50 pacientes participaram do nosso plano de pesquisa, utilizando 1 g diário de Etofamida durante três dias.
- 2 - 45 destes pacientes evidenciaram-se parasitológicamente curados após os exames de controle realizados oito e 25 dias após o término do tratamento, dando um percentual de cura de 90%. A sintomatologia clínica diminuiu ou desapareceu completamente na maioria desses pacientes.
- 3 - O pequeno insucesso ao uso deste medicamento foi evidenciado apenas em cinco pacientes, correspondendo a um percentual de 10%.
- 4 - As provas funcionais, realizadas antes do início do tratamento, cujos resultados apresentavam-se normais, mantiveram-se normais depois da tomada do medicamento.
- 5 - As reações secundárias presentes em alguns casos, podem ser consideradas como clinicamente insignificantes, de vez que não impediram de modo algum, em nenhum caso, a continuidade do tratamento (Tabela 2).

CONCLUSÕES

A Etofamida (KITNOS), que é um derivado da amida do ácido dicloroacético, foi experimentada em 50 pacientes portadores de amebíase intestinal crônica, na dosagem diária de 1 grama, durante um período de três dias.

A positividade desta protozoose (*Entamoeba histolytica*) na parasitoscopia das fezes e a normalidade das provas funcionais hepáticas relativas à estrutura e função do hepatócito, por nós selecionadas (TGP, TGO e Prova de Floculação do Lugol), foram os dois elementos principais que permitiram a inclusão destes pacientes em nosso Plano de Trabalho.

SUMMARY

Kitnos was used by the Authors in 50 patients affected with chronic intestinal amebiasis, in a dose of 1 g per day for three consecutive days. The patients were followed up (parallel to the treatment) by liver function tests (G.P.T.; G.O.P. and Lugol flocculation) before and after treatment. All the patients showed normal hepatic examinations before the beginning of the treatment.

The clinical and parasitological cure obtained with one single series was 90%. They stress the excellent tolerance of the drug on the hepatocyte comprovod by the functional hepatic examination after the treatment.

The patients did not complain any important side-effect.

On the basis of the results obtained, the Authors conclude that Kitnos is very effective on the *Entamoeba histolytica*, innocuous on the hepatocyte and absent of side-effects.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ABOIM E., IORIO A. e RAMOS J.L.S. — Do tratamento da Amebíase Intestinal. *O Hospital*, 76, 205, 1969.
- 2 — BARANSKI M.C. — Tratamento da Amebíase Intestinal Crônica pela Etofamida. *Tribuna Médica*, 14, 35, 1971.
- 3 — De CARNERI I., MEINARDI G., TRANE F., GIRALDI P.N., LOGEMANN W., NANNINI G., BARBIERA P., BELTRAME D. e CANTONE A — Un nuovo antiamebico: il Kitnos, Etofamide. *Gior. Malat. Infet e Parassitarie*, n.º 4: 281, 1969.
- 4 — DAHER H.R. — A ETOFAMIDA no Tratamento da Amebíase Intestinal. "*Tribuna Médica*", 14 34, 1971.
- 5 — ELGRABY M., CARDOSO N.C. e LEITÃO E.G. — "A ETOFAMIDA no Tratamento da Amebíase Intestinal. Verificação do índice de cura. Trabalho de Estágio de Término do Curso Médico — Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará — Belém — Pará — Brasil — 1970.
- 6 — HUGGINS D. — Tratamento da Amebíase Intestinal Crônica com a Etofamida. *O Hospital*, 75, 2011, 1969.
- 7 — HUGGINS D. — Ensaio Clínico com a Etofamida no Tratamento da Amebíase Intestinal Crônica. *Tribuna Médica*, 14, 42, 1971.
- 8 — SALLES J.M., GONDIM E.L. — Tratamento da Amebíase Intestinal com a Etofamida. Estudo comparativo. *O Hospital*, 77, 2073, 1970.
- 9 — SALLES J.M., VIANA M.T.M. e COSTA C.A. — Avaliação da Atividade da Etofamida na Amebíase Intestinal. *O Hospital*, 75, 2189, 1969.
- 10 — VASCONCELOS D. — Experiência com o novo Amebicida Etofamida. *O Hospital*, 76, 1.333, 1969.

APRESENTAÇÃO DE CASO

ARTERITE POR SENSIBILIZAÇÃO PÓS-ESTREPTOCÓCICA

LIANA LAURIA (1)

RESUMO

A Autora apresenta um caso de arterite por sensibilização pós-estrep-tocócica, levando a um processo de coagulação intravascular disseminada. A paciente foi tratada com heparina, corticosteroides e anti-espasmógeno.

INTRODUÇÃO

Em várias condições patológicas, estão intimamente rela-cionadas trombose generalizada e tendência a hemorragia, condições estas há algum tempo consideradas como diametral-mente opostas (8). A patogênese dessas síndromes tornou-se parcialmente entendida quando se demonstrou que, na for-mação de um coágulo, ocorre consumo de fatores de coagu-lação, principalmente do fibrinogênio, protrombina, fatores V e VIII e das plaquetas (5). Assim, devido a uma série de estímulos, é ativado o processo de coagulação, com deposição de fibrina no território arteríolo-capilar e consumo intra-vascular (no coágulo) dos fatores plasmáticos da coagulação, disto resultando isquemia tecidual em grau variável até necrose e fenômenos hemorrágicos (4). São impróprios os termos *afibrinogenemia*, *hipofibrinogenemia*, *púrpura fulmi-nante* e outros, pois não indicam a verdadeira natureza do fenômeno; mais apropriado é a denominação de "coagulopatia de consumo", pois pode se referir a um grupo de doenças com fisiopatologia similar, sem especificar o mecanismo básico (8).

Pretendemos nesta publicação, relatar um caso de arterite por sensibilização pós-estrep-tocócica, por nós observado.

(1) Estagiária na Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias, F.M.U.F.Ba.

CASO CLÍNICO

G.M.E.A., 24 anos, feminina, branca, boliviana, procedente de S. Paulo. Admitida na Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas em 08-07-1970, com queixa de dor súbita e manchas arroxeadas nos membros. Oito dias antes apresentara um quadro infeccioso caracterizado por febre elevada (39°C), coriza, "dor de garganta". Exame físico: intranquila, revelando sinais de enfermidade aguda; temperatura axilar 37°C, FP=FC=120 batimentos/minuto, rítmico. TA=120x70. Mucosas coradas. Enantema. Amígdalas hipertrofiadas e hipertrofiadas. Pele-lesões equimóticas atingindo homogênea e simetricamente as extremidades inferiores, até o terço superior, deixando livre tronco e face (Figs. 1 e 2), dolorosas à palpação. Nódulos linfáticos cervicais, supraclaviculares à esquerda, aumentados, móveis, elásticos, indolores. Aparelho cardíaco-respiratório normal. Fígado e baço impalpáveis. Discreto edema dos membros inferiores; pulsos arteriais periféricos normo-palpáveis. Sensibilidade conservada. Não havia sinais de irritação meníngea.

Exames complementares: Hb-10,6 gr%, Ht-32%, Hemossedimentação-20mm na 1.^a hora. Leucograma: Leucócitos-17.800/mm³; neutrófilos: 93% (bastões 17%, segmentados 76%); eosinófilos 0; linfócitos 3%, monócitos 4%; granulócitos tóxicos em 80% dos neutrófilos; Plaquetas (avaliação) — níveis normais; Tempo de coagulação — 7 minutos; tempo de sangramento — 5 minutos; prova do laço-negativa; tempo de protrombina — 100% (Quick)*; Tromboplastina parcial — 60 segundos*; hemoculturas negativas; bilirrubinas: Total — 0,5 mg% (indireta); Anti-estreptolisina O-2.500 U Todd; Sumário de urina — proteinúria (+), 15 hemácias por campo. Cultura de orofaringe *Streptococcus viridans*, estafilococos, bastonetes Gram-negativos.

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO — No dia imediato ao internamento a paciente apresentou distúrbio do sensorio, evacuou fezes semilíquidas escuras, positiva a pesquisa de sangue oculto. Apareceram novas lesões equimóticas nos membros, cianose no 3.^o pododactilo à esquerda e 5.^o à direita com diminuição da temperatura e sensibilidade, embora as artérias periféricas (pulsos) fossem palpáveis. Baço palpável à inspiração profunda.

Com a suspeita clínica de coagulação intra-vascular disseminada devido a arterite por sensibilização a *Streptococcus*, foi instituída terapêutica antibiótica (Cefalotina), heparinização, anti-espasmógeno (derivado da piperazina - Cinerizina) e corticosteroides (Hidrocortisona, depois Prednisona). A heparinização foi feita inicialmente com 400 mg/dia, diminuindo progressivamente a dose a partir do 8.^o dia, suspendendo-se ao 13.^o dia. O tempo de coagulação, controlado antes da administração de cada dose de heparina, variou entre 5-15 minutos. A avaliação de plaquetas, tempo de protrombina e tromboplastina parcial, realizados sete dias após o início da heparinização, estavam dentro da normalidade. Após a heparinização, não houve aparecimento de novas lesões equimóticas, modificando assim o curso da doença. A evolução clínica da paciente foi lenta. As lesões cutâneas evoluíram para bolhas e necrose. A lesão isquêmica do 3.^o pododactilo esquerdo regrediu lentamente e a do 5.^o pododactilo teve aspecto de grangena. (Fig. 1). A paciente permaneceu hospitalizada durante dois meses. Fez resseção das lesões necróticas das panturrilhas (Fig. 3), que eram extensas e profundas, com perda de tecido muscular, sendo encaminhada a cirurgia especializada (enxerto).

(*) exames realizados no 7.^o dia de tratamento.

COMENTÁRIOS

O caso acima descrito pareceu-nos enquadrar-se num processo de arterite, que ocorre por sensibilização a vários processos viróticos, bacterianos, parasitários e condições patológicas outras não infecciosas (1-7, 9-11). Admitimos o processo de arterite por sensibilização pós-estreptocócica, desde que a paciente tivera anteriormente infecção de vias aéreas superiores e, no curso da doença, apresentou elevado título de anti-estreptolisina 0.

As lesões dos membros, da aspecto trombótico, seriam explicados pela arterite por sensibilização ao *Streptococcus*, levando a um mecanismo de coagulação intravascular com deposição de fibrina no território arteríolo-capilar, sequestrando na periferia os fatores de coagulação. A melena ocorrida na evolução da paciente seria decorrente de consumo dos fatores de coagulação na periferia, que, por êsse motivo, estariam deficientes no sangue circulante. Rodriguez - Erdmann, denominou de "coagulopatias de consumo" às hemorragias decorrentes dêste processo de coagulação intravascular (8). Ackroyd sugeriu um mecanismo imunológico para explicar a complicação vascular pós-infecciosa (1).

Embora não tenhamos estudado com detalhes todos os fatores de coagulação que estariam comprometidos neste mecanismo, a hipótese de arterite por sensibilização, levando a coagulação intravascular disseminada, foi confirmada pela evolução do quadro clínico e pronta resposta terapêutica à heparina. Embora a heparinização não acelerasse a remissão das lesões necrohemorrágicas, impediu sua progressão e fêz cessar a hemorragia (10).

SUMMARY

The Author reports a case of arteritis due to sensibilization to *Streptococcus*, with a process of intravascular disseminated coagulation. The patient had a good evolution with anticoagulant treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ACKROYD, J.F. — Three cases of thrombocytopenic purpura occurring after rubella, with a review of purpura associated with infection. *Quart. J. Med.*, 18: 299-318, 1949.
- 2 — ALLEN, D.M. — Heparin therapy of purpura fulminans. *Pediatrics*, 38: 211-214, 1966.
- 3 — JOHN, D. and BOUHASIN, M.D. — Purpura Fulminans. *Pediatrics*, 34: 264-269, 1964.

- 4 — LANGER, B. e WOLOSKER, M. — Coagulação e fibrinólise na prática clínica. *Rev. Clínica Geral*, 12: 18-31, 1970.
- 5 — LANGER, B., WOLOSKER, M., BARROS, R.T., NASCIMENTO, L.O.T. e D'AGOSTINHO, M.L.B. — Alterações da coagulação sanguínea na malária falciparum. Apresentação de um caso tratado com anticoagulante. *Rev. Ass. Med. Bras.*, 16: 79-83, 1970.
- 6 — LITTLE, J.R. — Purpura Fulminans treated successfully with anticoagulation. Report of a case. *J. Amer. Med. Ass.*, 69: 36-40, 1959.
- 7 — PERLMAN, E.C. — Purpura and cerebral manifestations following measles. *Arch. Pediat.*, 51: 596-604, 1934.
- 8 — RODRIGUEZ ERDMANN, F. — Bleeding due to increased intravascular blood coagulation. *New Engl. Jour. Med.*, 273: 1370-1378 1965.
- 9 — TAYLOR, K.B. and WRIGHT, F.W. — Purpura Gangrenosa. *Lancet*, 2: 284-286, 1956.
- 10 — WOLOSKER, M., LANGER, B., LEÃO, P.L.E. e BUENO, N.J. — Arterite generalizada por sensibilização pós-infecciosa. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 25: 15-21, 1970.
- 11 — WATSON, T.M. — Massive skin gangrene complicating chickenpox. *J. Amer. Med. Ass.*, 102: 2179-2180, 1934.

Recebido para publicação em 30/7/71.

ARTIGO DE REVISÃO

ANTIBIÓTICOS – SEUS SECUNDARISMOS EM PEDIATRIA

NELSON BARROS (1)

ORLANDO SALES (2)

DEA M. CARDOSO (3)

INTRODUÇÃO

Em Pediatria, os antibióticos talvez sejam as drogas mais utilizadas, bem verdade que, às vezes, de modo apressado, numa tentativa de corrigir um processo febril não definido, e que, em grande número de casos, tem como agente etiológico um agente filtrável, insensível à ação destes produtos. Como exemplo em Pediatria bastaria citar que as anginas, de etiologias variadas, são muitas vezes tratadas com cloranfenicol, atitude sem qualquer lógica terapêutica. Ora, excluindo as faringites e amigdalites produzidas por vírus, as mais comuns, as faringites bacterianas melhor seriam tratadas simplesmente com uma das penicilinas, especialmente a benzil-penicilina. É muitas vezes numa situação de erro de indicação terapêutica que surgem reações colaterais indesejáveis aos antibióticos, às vezes fatais. As crianças apresentam aspectos peculiares de tolerância a estes produtos, exibindo reações de toxicidade não vistas em adultos e que merecem destaque.

Resolvemos, portanto, fazer uma revisão objetiva e prática dos para-efeitos da antibioticoterapia em Pediatria, visando alertar acerca dos perigos a serem evitados ou tratados eficientemente.

- (1) Auxiliar de Ensino do Departamento II (Pediatria, Puericultura e Neuropediatria) — Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
- (2) Auxiliar de Ensino do Departamento II (Pediatria, Puericultura e Neuropediatria) — Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
- (3) Estagiária do Departamento II (Pediatria, Puericultura e Neuropediatria) — Faculdade de Medicina da Univ. Federal da Bahia.

PENICILINAS

A benzil-penicilina e seus derivados principais, incluindo os produtos semi-sintéticos, estão situados entre os antibióticos de menor expressividade, no particular da toxicidade. Isto ocorre, porque, na sua forma íntegra, estas penicilinas são peptidas aciladas, sendo excretadas sem modificações ou degradadas a formas mais simples, desprovidas de toxicidade.

Em determinados casos, o efeito tóxico é do electrólito que se acha ligado à penicilina. Assim sendo, a forma potássica pode induzir certas alterações neurológicas e cardiovasculares que decorrem do cationte potássio. Sabe-se que 16.000.000 U.I. correspondem a 10g de benzilpenicilina, que, por seu turno, contém 25mEq de potássio, cifra capaz de justificar a ação tóxica para as funções cardíacas, ainda que temporariamente.

Quanto à penicilina sódica, se aplicada por via intravenosa em altas doses, pode se responsabilizar pelo aparecimento de neuropatia e a quota de sódio pode ser excessiva para o doente com insuficiência cardíaca, mas não tem o efeito depressivo sobre o miocárdio como acontece com o cationte potássio.

Com as formas orais, a absorção dos cationtes mencionados é regulada pela absorção alimentar, deste modo, praticamente não há efeitos colaterais ligados ao sódio e ao potássio. Entretanto, problemas de super-infecções podem surgir com a via oral, devido à eliminação da flora competitiva (faringeana e intestinal) e a proliferação de micro-organismos resistentes como Gram-negativos, estafilococos, candida, criptococos ou aspergilos.

Síndromes secundárias, tais como estomatite, esofagite e enterocolite costumam ocorrer, contudo, desaparecem com a suspensão do produto. A hipersensibilidade à penicilina é uma das formas mais comuns de alergia. A prevalência dessa manifestação é de 1 a 15%, em diferentes clínicas, todavia, para a maioria dos investigadores, a prevalência estimada não ultrapassa 3% em pacientes quer de ambulatórios quer hospitalizados. Ao que se sabe, o teste cutâneo com penicilina G ou com peniciloil-polilisina (hapteno) dá resultados positivos entre 5% e 10%, porém, destes, apenas 50% ou menos reagem com doses terapêuticas. Uma menor proporção, isto é, menos que 1% de todos os reatores, são capazes de desencadear reações anafilactoides ameaçadoras para a vida e a mortalidade nestes casos oscila entre 9 e 13%.

Esta última reação não depende da via de administração da droga. As penicilinas dão reações cruzadas, isto é, um doente sabido hipersensível à penicilina-G reagirá com outra forma de penicilina, conquanto a reação não exiba a mesma intensidade. Reações anafilactoides são encontradas, exceto talvez com preparados fermentados de penicilina-G ou V.

Tudo sugere que a presença de traços de um componente proteiforme, que persiste como produto final, ainda quando purificado, seja o responsável por tais reações. Este constituinte é sabido possuir poderosíssima capacidade antigênica e basta 1 mcg para que seus efeitos se manifestem em um indivíduo sensível.

Um produto similar está presente no ácido 6-amino-penicilânico quando preparado por deacilação, porém ainda não foi detectado nos preparados semi-sintéticos. Este fato, certamente, explica porque as reações anafilactoides ocorrem mais frequentemente com a penicilina natural do que com os preparados semi-sintéticos, embora estes produzam reações retardadas.

A hipersensibilidade sempre acontece com o uso terapêutico ou inadequado do antibiótico, entretanto as reações alérgicas ou anafilactoides têm sido registradas em indivíduos que jamais fizeram uso da penicilina. Talvez, a explicação resulte da exposição a dermatófitos e devido a ingestão de leite ou outros alimentos (môfo).

Nêstes pacientes, o uso da penicilina só se justifica quando o perigo da alergia tenha menor valor que a gravidade da doença.

CEFALOSPORINAS

Podem produzir "rash", urticária, eosinofilia e raros casos de neutropenia.

A existência de reação cruzada com a penicilina permanece assunto controvertido, sua incidência está abaixo de 3%.

São acapazes de alterar a reação da urina dando côr castanho-escuro quando aplicado o cliniteste.

Alguns pacientes com Coombs direto negativo se tornam positivos durante o uso terapêutico, porém não há qualquer conclusão de estado hemolítico.

A cefaloridina tem possibilidade de atingir os rins, quando utilizadas em altas doses, todavia esta ocorrência sugere

doença renal pré-existente. Os doentes nefropatas, especialmente quando urêmicos, devem recebê-la com bastante cautela.

TETRACICLINAS

Entre os principais para-efeitos podemos registrar: náuseas, vômitos e diarreia, esta última às vezes de caráter grave quando determinada por super-infecção estafilocócica. Tais reações são infrequentes com doses adequadas.

As tetraciclina formam quelatos com o cálcio e se fixam no osso. Esta é a razão porque os dentes se coram após uso de sal de tetraciclina, tomando um aspecto amarelado. Tal fenômeno pode atingir os dentes temporários, quando as tetraciclina são usadas na gestante, porque elas cruzam a barreira placentária. Parece que a maior ou menos impregnação dos dentes guarda uma relação direta com o número de tratamentos realizados com sais de tetraciclina. Sabe-se que quando uma criança recebe cinco ou mais tratamentos maior será o risco da impregnação dentária. Por outro lado, este é um fato ligado ao tipo de sal utilizado. A oxitetraciclina e seu derivado semi-sintético, a doxiciclina, são os sais que menos determinam esse secundarismo.

Por esta razão, em Pediatria, nos dias atuais, as tetraciclina são reservadas para doentes acima de sete anos.

Quando usávamos as tetraciclina, tivemos a oportunidade de ver três casos de pseudo-tumor cerebral, em lactentes, resultante do tratamento com tetraciclina. Notamos nestes casos: irritabilidade, bombeamento de fontanela, vômitos e meningismo. Esta ocorrência desapareceu com a suspensão do medicamento.

Outra situação de singular importância, atingindo crianças e adultos e já com vários relatos, é o envolvimento renal, simulando uma síndrome de Fanconi, pelo uso de tetraciclina fora da validade do produto.

Esta é uma decorrência da oxidação da tetraciclina.

CLOXANFENICOL

Devemos mencionar os seguintes secundarismos: náuseas, vômitos, diarreia e prurido anal.

Dentre as manifestações alérgicas: febre, "rash" e reação de Herxheimer. Como efeitos decorrentes do excesso de dose: síndrome cinza e anemia reversível. Pode também produzir super-infecção.

Entre as reações idiopáticas: anemia aplástica, trombocitopenia, neurite óptica e parestesia.

A síndrome cinza caracteriza-se por: anorexia, regurgitação, distensão abdominal, hipotonia, hipotermia, respiração difícil e cianose acinzentada que dá nome à síndrome. Trata-se de síndrome que ocorre especificamente em recém-nascidos prematuros, contudo atinge raramente os recém-nascidos de termo, e se instala geralmente dentro das primeiras 48 horas de vida. Tem-se sugerido que o fenômeno decorre da inibição da síntese proteica resultando em elevação de aminoácidos plasmáticos (principalmente alanina e lisina).

Este aumento de aminoácidos plasmático pode explicar o quadro clínico. Esta hipótese é reforçada pelo achado em ratos e cães, utilizando inibidores da síntese proteica.

A anemia aplástica parece se explicar na possibilidade de interferência de um fator genético, que estaria envolvido na deflagração do processo. Leucopenia, neutropenia e trombocitopenia raramente se exteriorizam isoladamente, porém cursam com anemia. As neurites retrobulbar e periférica são raras e o mecanismo é desconhecido.

GRUPO DAS DEOXIESTREPTAMINAS: ESTREPTOMICINA, KANAMICINA, NEOMICINA E PAROMOMICINA

Streptomycina – Parece não haver dúvidas quanto aos danos para os nervos auditivo e vestibular, que podem ser permanentes. Os pacientes jovens toleram-na melhor que os de idade avançada.

Entre outros efeitos conhecemos vertigens e parestesias, que desaparecem com a descontinuidade da droga. Síndrome semelhante à miastenia também pode se desenvolver e cede ao uso de neostigmine ou à retirada da droga.

Quando usada por via intra-tecal pode determinar: encefalite, cegueira e aracnoidite por aderência.

Raros são os casos de miocardite, necrose hepática e anemia hemolítica. Febre, eosinofilia, "rash" variado, náuseas, vômitos e depressão medular são secundarismos que raramente se exibem.

Coma, depressão respiratória prolongada e convulsões são descritas com doses elevadas.

Neomicina – É capaz de produzir diarreia, má absorção e às vezes síndrome semelhante ao sprue, que cessa com a retirada da droga.

A diarreia e a má absorção parecem ligadas ao tempo de uso, bem como à dose.

Determina também nefro e ototoxicidade. A nefrotoxicidade se caracteriza por: proteinúria, hematúria, cilindrúria e elevação do nitrogênio não proteico, havendo, contudo, reversibilidade após a cessação do antibiótico. Deve ser manuseada com cautela em doentes desidratados e com insuficiência renal.

A ototoxicidade também está ligada à dose; a tolerância individual à neomicina e à kanamicina varia muitíssimo. Pacientes idosos são mais suscetíveis que lactentes e pré-escolares.

A surdez é permanente. Os efeitos tóxicos sobre os nervos auditivo e vestibular são mais rápidos e mais severos quando causados pela neomicina e kanamicina do que pela estreptomomicina.

Parada respiratória tem sido relatada com o uso intraperitoneal de neomicina e de kanamicina em casos de cirurgia. Todavia, é uma situação verificada em doentes que receberam curare ou anestésicos inalantes.

Reação cutânea à neomicina tem sido mencionada, contudo inexistente quando associada aos corticoesteróides.

Polimixinas B e E – São apresentadas nas formas de sulfato e colimestato, esta com menor poder bactericida e também menos tóxica quando comparada com a forma sulfato.

Dentre os paraefeitos devemos citar dor intensa no local da injeção, motivo porque, preferencialmente, se usa a via venosa.

Quando seus níveis atingem 10 a 20mcg/ml no sangue podem determinar parada respiratória.

Febre e "rash" são acontecimentos raros e hipersensibilidade é excepcional.

Produzem nefro e neurotoxicidade, entretanto as crianças toleram melhor que os adultos. A proteinúria, a hematúria e a cilindrúria são reversíveis.

Face avermelhada, calor, surdez, ataxia e parestesia perioral desaparecem com a eliminação da droga. As sequelas permanentes são raras. Quando utilizada por via intratecal (sulfato) ocasiona às vezes irritação meníngea, cefaleia, rigidez de nuca e elevação no número de células e de proteína no liquor.

Bacitracina – Tem lugar apenas para uso tópico, pois, por via parenteral, é extremamente nefrotóxica.

Vancomicina – É irritante para os tecidos, daí não se usar por via intramuscular. Quando introduzida por via venosa determina tromboflebite.

Raros são os casos de nefro e ototoxicidade.

Eritromicina – Os seus efeitos colaterais são mínimos e raros, entretanto decorrente do seu uso surpreendemos: náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia em 2% dos doentes que a usam.

Erupção cutânea semelhante à urticária é excepcional.

A hepatite colestática é uma ocorrência reversível e é determinada pela forma “estolato” e quando mantida por 10 a 14 dias.

Lincomicina – Diarreia pode comparecer em 25 a 50% dos indivíduos que a usam por via oral. O quadro é semelhante ao da colite ulcerativa (febre, cólicas abdominais, distensão abdominal, leucocitose e fezes com muco, sangue ou pús).

Sensação de calor é manifestação comum quando administrada por via venosa.

Dôres vagas e prurido são acontecimentos raríssimos.

ANTIBIÓTICOS COM AÇÃO ANTIFÚNGICA

Entre os antibióticos com ação antifúngica, encontramos no arsenal terapêutico, com uso corrente, o Anfotericin B, o Griseofulvin e Nistatina.

Anfotericin B – Tem sido usado por via oral até 16g para adultos sem se observar efeitos colaterais.

A administração intravenosa às vezes se notam efeitos adversos de severa toxicidade, razão pela qual se recomenda seu manuseio em pacientes hospitalizados. Os secundarismos mais comuns são: febre, anorexia, náuseas, vômitos e dores abdominais.

Quando utilizado acima das doses recomendadas a parada cardíaca poderá se manifestar.

A nefrotoxicidade é o efeito mais limitante ao uso do Anfotericin B e se acha ligada a doses excessivas ou ao total utilizado, 5g. Entre 5 a 10g a lesão renal geralmente é parcial, porém, com doses superiores a 10g haverá lesão renal severa. Simultaneamente à nefrotoxicidade associam-se: anemia, devido a depressão medular e alterações eletrolíticas no sangue.

Perturbações hepáticas são achados não muito frequentes.

Griseofulvin – Doses orais até 5g diárias não estão associadas com parâmetros de grande monta, ainda que seu uso seja prolongado.

Sabe-se, que o antibiótico em pauta interfere na coagulação sanguínea, levando a um retardamento da mesma.

Tem sido relatado também elevação dos índices de porfirina sanguínea e urinária.

Dentre efeitos mínimos que têm sido relatados, podemos citar: lesões da pele, como fotossensibilidade e urticária, alterações gastro-intestinais e fadiga.

Nistatina – Talvez o de maior emprêgo em Pediatria, embora que limitado à lesões localizadas na pele e nas mucosas, pois não tem ação sistêmica.

É sabido que o seu uso por via oral, ainda quando em doses elevadas, não mostra efeitos adversos para o ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — GELLIS e KAGAN. — "Current Pediatric Therapy". Saunders, 1966-1967.
- 2 — GLUCK, L., WOOD, A.F., FOUSEK, M.D. — Septicemia of the newborn. *The Pediatrics Clinic of North America*, 4: 1131-1146, 1966.
- 3 — GROSSMAN, E.R. e cols — Tetracyclines and color of permanent teeth. *Pediatrics*, 47: 567-570, 1971.
- 4 — NELSON, J.D. — Duration of therapy for *E. coli* diarrheas. *Pediatrics*, 48: 248-258, 1971.
- 5 — ROCHA, H. — Complicações da antibioticoterapia. In "Uso Clínico de Antibióticos", 126-137, 1970.
- 6 — SUTHERLAND, J.M. — Hazards of antimicrobial therapy in newborn infants. *Postgraduate Medicine*, 32: 127-134, 1962.

Recebido para publicação em 08/11/71.

ATUALIDADES

O ENSINO DA PEDIATRIA, FACE À REALIDADE BRASILEIRA

CARLOS CORRÊA DE MENEZES SANT'ANA

RESUMO

O ensino da Pediatria, como vem sendo feito em grande parte das Universidades Brasileiras, destina-se à formação de um profissional voltado principalmente para as atividades clínicas e curativas, de acordo com modelos e filosofia de ensino incompatíveis com a nossa problemática.

De fato, a considerável população de jovens de 0 a 14 anos, os elevados índices de morbidade e mortalidade em todas as idades desta faixa, entre outros fatos, demonstram a necessidade de se modificarem os objetivos do ensino de Pediatria, dando, junto com a Pediatria Clínica, uma ênfase importante à Pediatria Social, às atividades preventivas.

A atual Reforma do Ensino Médico, oriunda do Parecer 506 e seu adendo, do Conselho Federal de Educação, criou a oportunidade desta modificação. Apesar da aparente complexidade, a análise cuidadosa que faz o autor aponta como fazer e quais as maiores dificuldades.

O autor estuda e analisa os três tópicos fundamentais da questão:

1. A realidade sanitária;
2. o ensino da Pediatria entre nós;
3. a reforma do ensino médico em vigor.

Na análise desta última enquadra o ensino da Pediatria, discutindo as questões relativas às possíveis disciplinas do currículo mínimo, disciplinas complementares obrigatórias e não obrigatórias, o crédito aula, o crédito trabalho, as cargas horárias, o cronograma, o plano de curso, a formação dos Departamentos de Pediatria etc.

No exame das principais dificuldades a enfrentar aponta os convênios com as Secretarias de Saúde estaduais ou municipais; a criação de unidades da própria Universidade, o entendimento entre os setores de Pediatria e Medicina Preventiva, etc.

Salienta, finalmente, a necessidade de estabelecimento de objetivos básicos gerais para o ensino da Pediatria em todo o Brasil.

INTRODUÇÃO

A realidade:

Apesar da insuficiência e incorreção dos dados estatísticos sobre a mortalidade infantil e na infância no Brasil, as taxas

disponíveis, ainda que esparsas, revelam sempre uma elevada mortalidade infantil, oscilando de 70/mil, nos centros urbanos mais adiantados, a 250/mil, em áreas do interior do país (9).

As causas são, fundamentalmente, as mesmas, nas diferentes regiões que se estudem. Dominam, constituindo a mortalidade neo-natal, a prematuridade, as infecções dos recém-nascidos, o tétano neo-natorum, etc.

Como causas importantes de mortalidade infantil ainda estão as gastro-enterites, compreendendo as diarréias e as desidratações condicionadas, as infecções do aparelho respiratório, as doenças transmissíveis.

Todavia, como "pano de fundo" de todo este cortejo está a desnutrição, muitas vezes a causa básica, ainda que dissimulada ou não declarada, do óbito infantil.

Se sobrevivem, ou enquanto sobrevivem, sofrem as nossas crianças inúmeras vicissitudes: alimentação inadequada e insuficiente, más condições higiênicas: dos alimentos, do corpo, da habitação, do meio ambiente, falta de proteção orgânica contra doenças já controláveis através de imunizações, por parasitas intestinais, repetidos episódios de doenças infecciosas, sobretudo dos aparelhos digestivo e respiratório, etc. Ademais, repercutem sobre elas as condições econômico-sociais da família.

"É muito conhecida, sem dúvida, a importância da relação de certos fatores econômicos e a insuficiência ponderal do recém-nascido. O estado de desnutrição, a baixa estatura das gestantes, aliados às más condições da habitação e pouca instrução, são todos fatores sócio-econômicos, vinculados sempre a elevada mortalidade materna e perinatal" (10).

Contribui, ainda, decisivamente para estes índices a má ou nenhuma assistência obstétrica e ao recém-nascido, em várias regiões do Brasil.

Más, não é só. Participando desta conjuntura estão os altos valores de nossos coeficientes de natalidade (10). Por exemplo, no Estado da Bahia, enquanto que para a Capital seu valor é estimado em 37/mil, para todo o Estado é ele avaliado em 40,9/mil, de tal sorte que podemos calcular que anualmente se incorporam à população de nosso Estado 310.000 crianças, acréscimo que, gradualmente, também se eleva com o crescimento vegetativo da população.

É considerável, pois, a população de jovens de 0 a 14 anos, constituindo talvez de 40 a 50% de toda a população do Brasil e são, conseqüentemente, redobradas as responsabilidades dos diversos setores governamentais a fim de protegê-la.

De fato, "é sabido que nos países latino-americanos a população pediátrica constitui mais de 50% de toda a população; a mortalidade infantil ultrapassa 50% de mortalidade geral" (7).

De 0 a 5 anos avultam os problemas de saúde; a partir de 5 anos, ainda que em menor escala estes persistam, adquirem agora um relêvo nítido os problemas educacionais.

A preocupação pela saúde e vida da criança deve começar mesmo na fase gestacional, o que importa dizer: cuidando da mãe estamos cuidando, também, dos filhos a nascer.

E, após os 5 anos, ainda que passado o período mais crítico, persistem as preocupações pela saúde e sobrevivência da criança, em idade escolar, para que ela se transforme em elemento útil e produtivo à sociedade a que se incorpora.

Todo este quadro que resumidamente vamos descrevendo não é, porém, pálido consólo, apanágio do nosso País, mas um retrato do subdesenvolvimento econômico em que nos debatemos, comum a todas as nações do mundo em idênticas circunstâncias.

Na situação econômica que atravessamos, apesar da extraordinária recuperação dos últimos próximos anos, ainda são escassos os recursos orçamentários disponíveis para os setores saúde pública e assistência social.

É diminuta, então, às vêzes nula, a capacidade instalada assistencial disponível, em extensas regiões rurais.

Fatores múltiplos, incluindo a própria filosofia do ensino médico dominante entre nós, dificultam a fixação do médico e mesmo da equipe de saúde, representada por pessoal treinado do nível primário ou médio, em numerosas regiões e municípios.

Na Bahia, atualmente, há 107 municípios sem médicos e não há esperança, a curto prazo, que esta situação se modifique.

Eis, em sinopse, a *realidade*, para trabalhar na qual preparam-se, diplomam-se os médicos, no Brasil. É indiscutível a falta de harmonia entre o que se precisa e o que se prepara.

O ENSINO DA PEDIATRIA

O Ensino da Pediatria, como vem sendo feito em grande parte das Universidades Brasileiras, destina-se à formação de

um profissional voltado principalmente para as atividades clínicas e curativas. Reflete-se, assim, a tendência geral de todo o ensino médico brasileiro, calcado, até recentemente, em padrões tradicionais, preparados para uma realidade estranha e diferente da nossa.

Compelido pelas necessidades que terá de enfrentar depois de diplomado, vinha o estudante procurando, em passado recente, adaptar-se pela iniciação precoce na especialidade, que futuramente abraçaria (2).

Já há alguns anos surgiu a reação a esta especialização prematura, procurando algumas universidades adotar sistemas mais rígidos, evitando ou diminuindo o estudo livresco e teórico, exigindo estágios nas diversas clínicas, etc., com o intuito de tornar mais genéricos os conhecimentos porventura adquiridos, ao longo do ensino médico.

A realidade descrita preliminarmente, permite-nos entender a importância da orientação que se pretende impor, atualmente, ao ensino médico brasileiro. De fato, é do médico generalista que dependemos, para atendimento de nossas necessidades assistenciais.

No Brasil, parece-nos flagrante a duplicidade de filosofia educacional: enquanto que no ensino médio a política educacional é eminentemente quantitativa, no ensino superior o é qualitativa. O grande confronto das duas políticas, anualmente, ocorre no exame vestibular.

No tocante ao ensino médico duas correntes parecem as mais importantes:

1. A elaboração de planos de estudos atendendo aos objetivos, às necessidades e aos recursos do país, o que levaria à formação predominante de médicos generalistas, desde cedo orientados para o estudo da medicina preventiva e destinados, imediatamente, a atender as necessidades médicas da comunidade em que vivem;

2. A segunda corrente, ainda que sendo sensível a estas necessidades sociais urgentes, é favorável, porém, à elaboração de planos de estudos mais requintados, de modo a não prejudicar a qualidade científica do médico que se forma.

Esta última parece-nos ser a política que vem sendo adotada pelas Universidades Brasileiras, no instante em que se preparam para a implantação da atual Reforma do Ensino Médico.

OBJETIVOS GERAIS

Como situar, então, dentro desta premissa o ensino da Pediatria?

A Pediatria não pode nem deve jamais ser considerada uma especialidade, no dizer de R. Debré "é a medicina global do homem em desenvolvimento". Assim pensando, o ensino da Pediatria no Brasil deve atender a dois objetivos gerais primordiais:

1. Fornecer, a todo médico que se diploma, conhecimentos suficientes de Clínica Pediátrica, Puericultura e Pediatria Social, capazes de lhe permitir atender, com segurança, à grande demanda de consultas pediátricas da comunidade em que viverá;

2. Permitir que, em cada turma, um número limitado de estudantes inicie aprendizado mais profundo daquelas disciplinas, ou de outras afins, o que lhes permitirá, posteriormente, dedicarem-se exclusivamente à medicina da criança.

Assim, pois, o ensino da Pediatria ajusta-se perfeitamente ao espírito da atual Reforma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Além dos objetivos específicos tradicionais, concernentes ao estudo da Clínica Pediátrica, devem, ainda, ser preenchidos os seguintes, conforme recomendação da Organização Panamericana da Saúde (7):

1. Estudar os fenômenos ecológicos, sociais, econômicos e culturais que afetam a saúde da criança, do adolescente e das pessoas encarregadas do seu cuidado;

2. permitir ao médico adquirir habilidade e destreza para exercer uma ação educativa a nível da família e da comunidade, especialmente naquêles problemas determinados por padrões culturais que afetem desfavoravelmente a saúde, assim como os sérios problemas, que, com frequência, surgem na delicada etapa de transição da adolescência;

3. tomar uma atitude apropriada que facilite a relação médico-paciente, e que tenha em conta as necessárias relações que o médico há de estabelecer com os pais e outros membros da família do paciente;

4. conhecer tanto os programas de saúde materno-infantil como as instituições encarregadas disso, a fim de que,

em seu trabalho profissional, o médico possa prestar-lhes sua colaboração e chegar a utilizá-los em benefício de seus pacientes.

MATÉRIA E DISCIPLINA

O Consêlho Federal de Educação, tendo em vista o Parecer 506/69 e seu adendo, incluiu a Pediatria como uma das matérias profissionais do curso de graduação em Medicina (2).

Dest'arte, os Colegiados de Curso de Graduação em Medicina, ao discriminarem as disciplinas do Currículo Mínimo do curso de graduação, deverão constituir a Pediatria em pelo menos uma das disciplinas do Currículo Mínimo. Entretanto, a critério do Colegiado, aquela matéria poderá ser desdobrada, formando duas ou mesmo mais disciplinas no currículo mínimo.

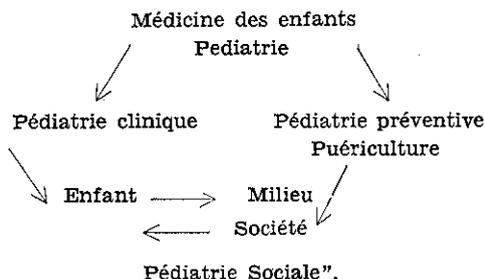
Parece-nos recomendável o desdobramento em duas disciplinas: Pediatria Clínica e Puericultura ou Pediatria e Pediatria Social.

No dizer de Nathalie Masse (5) "on peut schématiquement distinguer deux aspects de la médecine des enfants, très intimement et profondément liés:

- la pédiatrie clinique que comprend la description des maladies, de leur pathogénie, de leur symptômes et de leur traitement.

- la pédiatrie préventive ou puériculture que se préoccupe de la prévention de ces maladies et de la conservation de la santé.

Tout ce qui en pédiatrie clinique, comme en puériculture, concerne l'influence du milieu et de la société sur l'enfant ou la place de celui-ci dans le milieu ou la société, est du domaine de la pédiatrie sociale.



Talvez, o melhor, portanto, seja distribuir a matéria Pediatria em duas disciplinas: Pediatria Clínica e Puericultura, já que, segundo N. Masse (5), a Pediatria Social é menos uma disciplina individualizada que uma atitude ou, no dizer de R. Debré, menos um programa de estudos que um espírito.

Havendo dificuldades, seja de interpretação dos textos em vigor, seja da distribuição curricular, a Puericultura poderá ser incluída, não no Currículo Mínimo, mas no Currículo Pleno como disciplina complementar obrigatória, o que didaticamente preenche os mesmos objetivos anteriores.

Quer como disciplinas do currículo mínimo, quer como complementares obrigatórias, ambas as disciplinas deverão fazer parte do Currículo de todos os estudantes.

Outras disciplinas, ligadas à Pediatria, poderão ser incluídas nos Currículos Plenos como complementares optativas: tais como Cirurgia Infantil, Neuro-pediatria, Cardiologia Infantil, etc.

A inclusão de tais disciplinas deverá ser muito cuidadosa. Inicialmente, devem ser estruturados os respectivos serviços e postos a funcionar com pessoal docente capacitado. Tais disciplinas são de escolha do aluno, dentro da carga horária que lhe é destinada para as complementares optativas. Representam, assim, já o esboço da especialização, que se definirá, mais tarde, através de cursos de post-graduação.

DEPARTAMENTO

Sempre que possível, as disciplinas do elenco discriminado deverão grupar-se em um único Departamento. O ideal é que seja um Departamento de Pediatria, exclusivo, que fará a integração nos aspectos clínicos e cirúrgicos, que normalizará o funcionamento dos serviços subordinados, elaborará os planos de cursos e os programas (1), etc.

Se a tradição local ou outras circunstâncias não o permitirem, o Departamento poderá ser formado quer com as disciplinas do grupo da Medicina Preventiva, quer com Obstetrícia e Ginecologia.

As razões, inicialmente, apresentadas justificam sobejamente a constituição do Departamento exclusivo de Pediatria e, sem dúvida, é esta a solução, que nos parece ideal.

INDICAÇÕES PARA O PLANO DE CURSO

No plano de estudos global de Curso Médico deve a Pediatria ser uma das principais matérias. Entretanto, atual-

mente, estão previstas 5.400 horas mínimas de ensino, sendo 900 horas de internato, nos dois últimos semestres letivos. Restam 4.500 horas que devem conter todos os aspectos informativo e os de caráter formativo da graduação em Medicina.

Torna-se, portanto, entre nós, difícil dedicar uma carga horária, desprezando-se o internato, substancial, como a de 600 horas por aluno, diante do número elevado de disciplinas, que, de praxe, são estabelecidas.

Consideramos como um mínimo razoável entre 250 a 300 horas, correspondendo, aproximadamente, a seis semanas. Esta carga horária deverá ser distribuída entre aulas teóricas, práticas e estágio.

As aulas teóricas e demonstrações devem ser reduzidas a um mínimo de 1 ou 2 créditos (15 a 30 horas) e devem conter sempre informação atualizada, exposta de maneira clara, simples e objetiva e de preferência pelos docentes mais habilitados a tal tipo de ensino. Recomenda-se a utilização de recursos áudio-visuais disponíveis e a motivação para que o aluno participe ativamente da classe, seja no transcurso da aula, seja pelo estudo mais profundo das questões propostas.

É desejável, também, que estas aulas transcorram com a maior integração possível dos aspectos clínicos, cirúrgicos, radiológicos, anátomo-patológicos, etc.

Dada a pequena participação dos alunos neste tipo de classe, a matéria a ser lecionada poderá ser também apresentada sob forma de seminário, mesa redonda, painel, etc.

Na aula prática deve o aluno trabalhar, em pequenos grupos de 3 a 4, com supervisão direta efetiva. Talvez, o melhor local para tanto seja o ambulatório. Não deve, no entanto, ser o estudante mero espectador, mas participar ativamente do exame do doente e ir adquirindo, progressivamente, responsabilidades. O Professor estará sempre presente e pronto a intervir e esclarecer, quando necessário. Cada caso clínico, será, no final, analisado em conjunto.

No estágio, a supervisão já não se pode fazer tão efetiva, daí porque a relação entre horas e crédito ser bem maior. Os locais ideais serão as enfermarias hospitalares, os centros de saúde, as unidades sanitárias, etc.

É muito importante que o estudante seja preparado, não só para trabalhar nos recintos fechados dos hospitais, mas também nas comunidades abertas (6), nas unidades sanitárias e postos médicos da própria rede assistencial do Estado.

PRÉ-REQUISITOS

Sendo disciplinas do ciclo profissional, tanto para Clínica Pediátrica quanto para Puericultura, podem ser exigidas, como pré-requisitos, apenas, as matérias: Iniciação ao exame clínico e Bases da técnica cirúrgica e da anestesia. Na dependência da inclinação de cada Universidade, a Puericultura poderá, ou não, ser pré-requisito para Clínica Pediátrica.

PEDIATRIA SOCIAL

Os aspectos sociais da Pediatria devem ser enfatizados ao longo de todo o curso. Torna-se, pois, recomendável um estreito entrosamento com o Departamento de Medicina Preventiva e com a Obstetrícia, cujos aspectos sociais (3) confundem-se, frequentemente, com os da Pediatria.

O paralelismo e a duplicidade de atividades se programas devem ser firmemente combatidos. Quando já existentes devem ser contornados, com determinação, mas sem conflitos, se possível.

Inúmeras dificuldades surgem para o desdobramento de tais atividades. As Faculdades de Medicina, em geral, entre nós dispõem de hospital-escola, onde todo o ensino é exercido. Quando, então, se pretende implantar uma nova atividade em unidade periférica, por exemplo, da estrutura assistencial da comunidade, o estudante sente verdadeiro impacto:

1. Pela qualidade de assistência que vê;
2. pela falta de recursos laboratoriais e de equipamentos;
3. pela falta de interesse e de condições docentes do pessoal que lá trabalha.

A evolução seguinte é a própria Faculdade estruturar, na periferia, um serviço próprio, tipo Centro de Saúde ou Unidade Sanitária, onde o estudante passará várias de suas horas de estágio. O perigo é a distorção, a implantação de um serviço, em condições ideais, muito longe da realidade dos serviços, nos quais depois eles irão trabalhar.

O equilíbrio deverá sempre ser procurado. Através de convênios amplos e gerais entre a Universidade ou a Faculdade de Medicina e as Secretarias de Saúde Pública Estaduais, que permitam a utilização de quaisquer unidades sanitárias no ensino médico, com definição de deveres e responsabilidades múltiplas poderá talvez ser a solução.

INTERNATO

O período de internato deve corresponder a 900 horas, num total de 20 créditos e deve transcorrer nos dois últimos semestres letivos do curso médico. É a época ideal para o que poderíamos chamar início da especialização.

Entre as múltiplas opções oferecidas ao estudante algumas devem conter, essencialmente, Pediatria.

Nos anexos, estão contidas algumas das opções que, atualmente, são oferecidas na Faculdade de Medicina da Bahia.

É conveniente que, dentro do Programa de Internato traçado, possa o aluno passar 100 a 200 dessas 900 horas, em unidades do interior do Estado, podendo participar ativamente e contactar com a medicina, tal como ela é feita nos municípios e, ao mesmo tempo, sentir, de logo, os grandes problemas assistenciais, de recursos médicos e humanos, que nossas populações enfrentam.

É claro que os locais a serem usados devem ser previamente estabelecidos e é indispensável uma infra-estrutura de apóio aos estudantes, neste período.

Os antigos residentes de Pediatria, trabalhando no interior, deverão ser utilizados, após uma preliminar e rápida preparação e contato com os objetivos do que se pretende e os mecanismos de avaliação.

É o internato um período sobretudo de formação, mais que de informação. Esta não pode, entretanto, ser relegada ao esquecimento e o Departamento precisa estabelecer um esquema para que seus internos aprofundem os conhecimentos já obtido e adquiram a motivação necessária ao estudo individualizado.

Ademais, não devem ficar restritas suas atividades ao âmbito cerrado da enfermaria do hospital, mas participar do ambulatório, das atividades do Departamento nos Centros de Saúde, etc., para que possam assimilar a formação global necessária da Pediatria, não apenas nos seus aspectos clínicos e individualistas, mas, também, preventivos e sociais.

É desejável que, além disto, se apercebam da relevante colaboração que a comunidade está capacitada a oferecer, em vários setores da promoção da saúde da população, em geral, e da criança, em particular. É útil então que o interno se inicie no adestramento das técnicas de motivação da comunidade, do reconhecimento e utilização dos líderes locais, da educação sanitária. Toda ação será traçada com objetivos

indefinidos e definidos (higiene pré-natal, alimentação da gestante e da criança, etc.), enfim para que constate que sendo o médico um líder da comunidade em que vive e trabalha, pode ele utilizar-se dela sob sua orientação, para a correção de alguns fatores ambientais, sociais e culturais que põem em risco a saúde de todos.

DISTRIBUIÇÃO DA PEDIATRIA POR SEMESTRES LETIVOS

Com a atual supressão das séries do curso médico e com a matrícula por disciplina de acôrdo com os pré-requisitos estabelecidos (1), a única saída para possibilitar o estudo condensado e ordenado das diversas matérias é oferecer ao estudante modêlos de semestres letivos, que êle deverá gradualmente cumprir.

Nos anexos incluímos alguns dêstes que são, atualmente, usados por nós.

Nêstes modêlos a Pediatria é, concomitantemente, estudada com outras disciplinas, de acôrdo com cargas horárias, créditos e cronograma definidos pelos Colegiados de Curso, aprovados pelos Consêlhos de Coordenação (1).

Outra modalidade poderá ser a disposição por blocos, nos quais o ensino das matérias constantes de cada bloco é feito de forma densa, concentrada, utilizando integralmente a carga horária diária disponível. Assim sendo, após o estudo da Clínica Médica e da Cirurgia, viria o bloco da Pediatria, onde, por exemplo, durante seis semanas, manhãs e tardes, concentrada e especificamente far-se-ia todo o ensino da matéria.

De uma forma ou de outra, as cargas horárias, os créditos, pré-requisitos, os conteúdos programáticos e as atividades devem ser os mesmos.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Apesar das dificuldades na elaboração do conteúdo de programas mínimos, no particular podem ser seguidas as recomendações da comissão de peritos OPAS/OMS, contidas no anexo 04.

Entretanto, trata-se de mera sugestão que pode ser aceita em parte, modificada, etc. A análise cuidadosa do documento mostrará que algumas das matérias propostas, no Brasil, são estudadas em outras disciplinas e, portanto, não precisam ser repetidas pela Pediatria.

A definição de programas mínimos nacionais ainda não se concretizou (8), sendo o bom senso, a competência do pessoal docente, a experiência didática e os interesses sanitários, nacionais e locais, os fatores importantes na elaboração dos programas de cada Universidade.

A flexibilidade dos currículos permite, anual e normalmente, uma revisão, o que assegura um aprimoramento gradativo e atualização.

A preocupação pela proteção materno-infantil, como um todo, deve estar sempre presente. É comum, entre nós, que a Obstetrícia não fique no Departamento de Pediatria. Não obsta, no entanto. O atual sistema Departamental permite a completa integração curricular.

O importante é "abrir os horizontes" da obstetrícia clínica para a obstetrícia social e sua integração na proteção materno-infantil.

No anexo 05, incluímos uma sugestão do Prof. E. Marcondes com o objetivo acima expresso (4).

AVALIAÇÃO

Como os critérios, no momento, estabelecidos são praticamente os mesmos nas Universidades Federais e decorrentes de normas em vigor (1), não há necessidade de maiores comentários sobre este tópico. É assunto, entretanto, importante e que pode adquirir implicações muito técnicas (3).

RESIDÊNCIA

O tópico é, apenas, para lembrar que a residência, em Pediatria, incorpora-se ao ensino da mesma e é atividade do seu Departamento.

Neste trabalho, o que se propõe, porém, é apenas o enfoque do ensino do curso de graduação em medicina.

O ensino em post-graduação envolve circunstâncias e problemática que escapam dos objetivos e alcance do presente estudo.

ANEXO 01

Disciplinas	Tipo	Pré-Requisitos	Aulas (Tipo n.º)				Créditos
			T	P	S	ST	
<u>5.º Semestre</u>							
Iniciação ao exame clínico I	CM	A-H-F-Bq-Pt-PgP	30	90	—	120	05
Bases da técnica cirúrgica e anestesia	CM	A-H-F-Fg-Mc-PgP	15	30	45	90	03
Medicina Psicossomática e Psicologia Médica	CO	B-F	50	30	60	120	04
Radiologia Clínica	CO	A-Bf	15	30	45	90	03
Eletiva	E		45	—	—	45	03
						465	18
<u>6.º Semestre</u>							
Iniciação ao exame clínico II	CM	A-H-F-Bq-Pt-PgP	15	60	—	75	03
Doenças infecciosas e parasitárias	CO	F-Mc-Im-Pt-IEC	15	30	90	135	04
Neurologia	CM	IEC-BTCA	15	30	45	90	03
Anatomia Patológica especial	CO	F-B-Im-Mc-PgP	15	30	90	135	04
						435	14

Abreviaturas:

A — Anatomia	H — Histologia
B — Biologia	IEC — Iniciação ao exame clínico
Bf — Biofísica	Im — Imunologia
Bq — Bioquímica	Mc — Microbiologia
CM — Currículo mínimo	PgP — Processos gerais de Patologia
CNO — Complementar optativa	Pt — Parasitologia
CO — Complementar obrigatória	
E — Eletiva	
F — Fisiologia	
Fg — Farmacologia	

ANEXO 02

<i>Disciplinas</i>	<i>Tipo</i>	<i>Pré-Requisitos</i>	<i>Aulas — Tipos</i>				<i>Créditos</i>
			<i>T</i>	<i>P</i>	<i>E</i>	<i>ST</i>	
<u>7.º Semestre</u>							
Cardio-Angiologia	CM	IEC-BTCA	30	30	60	120	04
Pneumologia	CM	IEC-BTCA	15	30	45	90	03
Nefrologia	CM	IEC-BTCA	15	30	45	90	03
Urologia	CM	IEC-BTCA	15	30	45	90	03
Dermatologia	CM	IEC-BTCA	15	30	45	90	03
						480	16
<u>8.º Semestre</u>							
Obstetrícia	CM	IEC-BTCA	30	30	75	135	04
Pediatria	CM	IEC-BTCA	30	30	45	105	04
Ginecologia	CM	IEC-BTCA	15	30	45	90	03
Medidas profiláticas	CM	Mc-Pt-DIP					
		PgP	15	—	90	105	03
Puericultura	CM	IEC	30	30	—	60	03
Neuro-pediatria ou Genética Médica	CNO	B-Mc-Im-PgP	15	40	45	90	03
						585	20

Abreviaturas: BTCA — Bases da técnica cirúrgica e da anestesia
DIP — Doenças infecciosas e parasitárias

ANEXO 03

DIRETRIZES GERAIS PARA O INTERNATO

11.º e 12.º Semestres — 900 horas — 2 semestres = 20 créditos

1. Com opções nas diversas disciplinas, perfazendo um total de 2 semestres em 900 horas.
2. *Créditos* — para o cálculo de crédito utilizou-se a relação 3/1, o que corresponde a 10 créditos por semestre de 450 horas.
3. Os créditos serão concedidos globalmente nas opções, sendo que o conceito final resultará da média dos conceitos obtidos nas diversas disciplinas, componentes das opções.
 - I. Obstetria — Ginecologia — Pediatria — Medidas de Profilaxia.
 - II. Urologia — Nefrologia — Cardio-angiologia — Endocrinologia e Doenças metabólicas.
 - III. Gastroenterologia — Endocrinologia e Doenças Metabólicas — Hematologia — Medicina Psicossomática e Psicologia Médica.
 - IV. Pneumologia — Cardio-angiologia — Nefrologia.
 - V. Pediatria — Puericultura — Doenças Infecciosas e Parasitárias.
 - VI. Psiquiatria — Neurologia — Medicina Psicossomática — Psicologia e Medicina Legal.
 - VII. Doenças Infecciosas — Dermatologia — Epidemiologia — Medidas de Profilaxia.
 - VIII. Ortopedia e Traumatologia do Aparelho Locomotor — Medicina e Cirurgia de Urgência — Radiologia Clínica — Neurologia.
 - IX. Organização e Administração Sanitária — Epidemiologia — Medidas de Profilaxia — Doenças Infecciosas e Parasitárias.
 - X. Oftalmologia — Oto-rino-laringologia — Neurologia — Neuropediatria.
 - XI. Anestesia — Pneumologia — Cardio-angiologia.
 - XII. Gastroenterologia — Medicina e Cirurgia de Urgência — Ortopedia e Traumatologia do Aparelho Locomotor — Anestesia.
 - XIII. Puericultura — Psiquiatria — Medidas de Profilaxia — Pediatria.

ANEXO 04

Programa mínimo de Pediatria (7), proposto pela Comissão de Peritos da OPAS/OMS, para as Faculdades de Medicina da América Latina:

- I. Crescimento e desenvolvimento, incluindo a etapa pré-natal e a adolescência; bases gerais de embriologia; fundamentos de genética; anomalias congênitas; crescimento e desenvolvimento físico; desenvolvimento psíquico, mental e da conduta; nutrição da mãe e da criança; higiene mental da mãe e da criança, e transtornos do crescimento e desenvolvimento;
- II. História clínica, exame físico e procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento em Pediatria e normas de comportamento frente à criança, pais e outras pessoas relacionado com ela;
- III. Vigilância e cuidado da criança sadia, promoção da saúde e prevenção das enfermidades, com ênfase nas infecciosas, parasitárias, nutricionais e psíquicas;
- IV. Problemas próprios da adolescência;

- V. Diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças, especialmente aquelas de maior prevalência no país;
- VI. Ecologia dos riscos de saúde; morbidade e mortalidade; emergências, acidentes e violências;
- VII. Conceitos básicos de demografia;
- VIII. Problemas do feto, do recém-nascido e do recém-nascido de baixo peso;
- IX. Aspectos básicos do diagnóstico e cuidado do paciente cirúrgico em Pediatria;
- X. Iatrogenia em Pediatria;
- XI. O médico como educador e agente de desenvolvimento da comunidade.

ANEXO 05

Programa mínimo para a Proteção Materno-Infantil, sugerido pelo Professor E. Marcondes (4).

- I. Gravidez
 - Higiene pré-natal
 - Patologia gestacional mais habitual
 - Infecções maternas
 - Toxemia gravídica
 - Doenças sistêmicas na gravidez
(Cardiopatas, pneumopatas, nefropatas, etc.).
- II. Parto
 - Parto distóxico
 - Parto eutóxico
- III. Recém-nascido
 - Cuidados ao recém-nascido normal
 - Patologia neonatal mais habitual
 - Prematuridade
 - Recém-nascido de baixo peso
 - Iso-imunização materno-fetal
 - Distúrbios respiratórios
 - Infecções neonatais
- IV. Crianças de 2 a 12 meses de idade
 - Higiene infantil:*
 - Alimentar
 - Anti-infecciosa
 - Patologia mais habitual no primeiro ano de vida:*
 - Desnutrição
 - Distúrbios hidro-eletrolíticos
 - Infecções
 - Infestações

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAHIA, UNIVERSIDADE FEDERAL. Regimento geral. *Bol. Inform. Univ. Fed. Bahia*, 12: 35-72, 1969.
2. BRASIL MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO. Conselho Federal de Educação, em 11 de julho de 1969. Currículo mínimo dos cursos superiores. (33):85-87, 1968/69. Parecer 506/69, Comissão Especial.

3. CHARVAT, J.; McGUIRE, C. & PARSONS, V. Características y aplicaciones de los exámenes en la enseñanza de la medicina. *Cuadernos de Salud Pública Or. Mund. Salud.* n.º 36:7-66. 1969.
4. MARCONDES, E. "Objetivos docentes e conteúdo básico dos programas de ensino em função das necessidades prioritárias". *Apres. Seminário da Assoc. Bras. de Escolas Médicas*, Salvador, 1970.
5. MASSE, N. P. La pédiatrie sociale séances premières. Lisboa. Congrès international de pédiatrie, 10 éme. 1962, p. 173.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. Requisitos mínimos internacionalmente admisibles para la enseñanza de la medicina. Informe de um grupo de estudio. *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Tecn.* n.º 239:5-63, 1962.
7. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Enseñanza de la pediatría em las escuelas de medicina de la América Latina. Primer informe, serie desarrollo de recursos humanos A, *Educación Médica*, 5, 1969.
8. RELATÓRIO FINAL de Seminário da Assoc. Bras. de Escolas Médicas, Salvador, Nov. 1970.
9. RIO DE JANEIRO, FUNDAÇÃO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Bol. Bioestatística. Epidem.* n.º 15:122-135, 1967.
10. SANT'ANA, C.C.M. & SANT'ANA, E.F. "A proteção materna na Bahia", Salvador, 1971.

RESENHA BIBLIOGRÁFICA

(Book Review)

- 1 — "Planificación y administración de hospitales" — R. Llwyn-Davies & H.M.C. Macaulay. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Série de Monografias n.º 54, 218 pp., 1970. Preço: £ 1 4s. Edições, também, em francês, inglês e russo.

Sem pretender proporcionar toda a informação necessária a que os países possam planejar e organizar com todo o detalhe seus hospitais, a presente monografia dedica-se ao planejamento em escala nacional e regional, tratando dos aspectos legislativos, financeiros, estatísticos e de planejamento geral, orientação sobre o planejamento de um hospital geral e à análise das necessidades dos principais departamentos de um hospital geral.

- 2 — "Internacional Agency for Research on Cancer. Annual Report, 1970" Lyon, 1971. Preço: US\$ 1.00.

O terceiro relatório anual da Agencia Internacional para Pesquisas em Câncer refere-se ao trabalho iniciado em 1969, no qual a maior ênfase é dada à identificação de fatores ambientais no câncer humano.

- 3 — "Liver Cancer: Proceedings of a Working Conference held at the Shester Beatty Research Institute, London, 30 June — 3 July, 1969" — *IARC Publications* n.º 1, Lyon, 1971, 176 pp. Preço: US\$ 10.00.

Esta publicação contém os trabalhos apresentados em uma conferência sobre Cancer do Fígado, realizado em Londres em 1969, sob a Presidência da Profa. Sheila Sherlock.

- 4 — "Fundamentals of Exercise Testing" — Vários autores. Geneva, World Health Organization, 1971, 115 pp. Preço: US\$ 3.00.

Esse livro descreve os exercícios mais largamente usados na avaliação da função cardio-vascular — os chamados testes "submáximos" — que podem ser empregados na prática clínica e em inquéritos rotineiros de populações e grupos ocupacionais.

NOTICÁRIO

(News)

XI CURSO DE MEDICINA TROPICAL

Com palestra do Prof. Aluizio Prata e entrega de certificados aos participantes, encerrou-se no dia 18 de Dezembro do ano findo o XI Curso de Medicina Tropical, organizado pela Disciplina de Doença Infecciosas e Parasitárias da F.M.U.F.Ba. e Fundação Gonçalo Moniz, patrocinado pela CAPES. Iniciado em 16 de novembro, o curso consistiu de conferências e mesas-redondas, visitas a Hospitais especializados, centros de pesquisas e áreas de estudo de campo.

Participaram dese Curso os Drs. Flavio Queiroz e Flora Guanciale (Brasilia, DF), Pedro Luiz Tauil (Porto Nacional, GO), Carlos Alberto Corneli e Mirta Noemi Roses (Cordoba, Argentina), Olindo Luiz Martino (Buenos Aires, Argentina) e Ogvalda Souza Torres (Salvador, BA).

Inscrições para o XII Curso, a realizar-se no período de 13 de Novembro a 16 de Dezembro de 1972 com Dr. José F. M. Figueiredo, C.P. 1310 — Salvador, BA.

MACEDO, V., CARVALHO, E. & PRATA, A. — Teste de aglutinação do látex para diagnóstico rápido da doença de Chagas. *Gaz. méd. Bahia* 72(1):1-5, Jan./abr., 1972.

A reação de aglutinação do látex foi realizada no soro de 229 pessoas. A reação apresentou sensibilidade em torno de 95%. Cerca de um terço dos 31 doentes com malária ou dos 19 com lepra lepromatosa deram falsas reações positivas. Nos 50 médicos e estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia, em que a reação foi feita, os resultados foram negativos. Há necessidade de se verificar se há falsas reações positivas em outras doenças. Pela sua simplicidade, sensibilidade, facilidade e rapidez de execução o teste é de utilidade nos bancos de sangue. Sugere-se o seu valor como teste de seleção, principalmente em inquéritos epidemiológicos.

Doença de Chagas — Diagnóstico

LAURIA, L. — Arterite por sensibilização pós-estreptocócica. *Gaz. méd. Bahia* 72(1):17-19, jan./abr., 1972.

A Autora apresenta um caso de arterite por sensibilização pós-estreptocócica, levando a um processo de coagulação intravascular disseminada. A paciente foi tratada com heparina, corticosteroides e anti-espasmógeno.

Coagulação intravascular — Estreptococcia

MACEDO, V., CARVALHO, E. & PRATA, A. — Latex agglutination test for the diagnosis of Chagas' disease. *Gaz. méd. Bahia* 72(1) : 1-5, Jan./Abr., 1972.

Chagas' latex agglutination was performed with sera from 229 persons. The sensibility was around 95%. About one third of 31 patients with malaria or 19 with lepromatous leprosy showed false positive reactions. Among 50 physicians and medical students the results were negative. It is necessary to look for false positive response in other diseases. The test is simple, sensitive, easy and fast to perform, thus seeming to be very useful in blood banks and as screening test in epidemiological inquires.

Chagas' disease — Diagnosis

LAURIA, L. — Arteritis due to post-streptococcal sensitization. *Gaz. méd. Bahia* 72(1) :17-19, Jan./Apr., 1972.

The Author reports a case of arteritis due to sensibilization to *Streptococcus*, with a process of intravascular disseminated coagulation. The patient had a good evolution with anticoagulant treatment.

Intravascular coagulation — Streptococcal infection

OTERO, N.B., PEREIRA, L.M.C.M., SILVA, N.T. da, MENDONÇA D.V., GUEIROS, Z.M. & LEITÃO, E.G. — Ação da etofamida na amebíase intestinal crônica e sua inocuidade sobre o hepatócito. *Gaz. méd. Bahia* 72(1):9-16, jan./abr., 1972.

Os Autores empregaram o Kitnos, na dosagem diária de 1 grama durante um período de três dias, em 50 pacientes portadores de amebíase intestinal crônica. Efetuaram paralelamente ao tratamento, as provas de função hepática (T.G.P., T.G.O. e Prova do Lugol) antes e após o término da medicação. Foram incluídos na pesquisa apenas os pacientes que tinham as provas hepáticas normais antes do tratamento.

Obtiveram, com uma única série de medicação, 90% de curas parasitológicas e clínicas, ressaltando a inocuidade do produto sobre o hepatócito, comprovada pelas provas funcionais hepáticas normais após o tratamento.

Os pacientes não referiram efeitos colaterais importantes.

Concluem pela extraordinária eficácia do Kitnos sobre a *Entamoeba histolytica*, sua inocuidade sobre o hepatócito e ausência de efeitos colaterais.

Amebíase-Tratamento — Etofamida

OTERO, N.B., PEREIRA, L.M.C.M., SILVA, N.T. da, MENDONÇA D.V., GUEIROS, Z.M. & LEITÃO, E.G. — Etofamide in chronic intestinal amebiasis. *Gaz. méd. Bahia* 72(1):9-16, Jan./Apr., 1972.

Kitnos was used by the Authors in 50 patients affected with chronic intestinal amebiasis, in a dose of 1 g per day for three consecutive days. The patients were followed up (parallel to the treatment) by liver function tests (G.P.T.; G.O.P. and Lugol flocculation) before and after treatment. All the patients showed normal hepatic examinations before the beginning of the treatment.

The clinical and aparasitological cure obtained with one single series was 90%. They stress the excellent tolerance of the drug on the hepatocyte comproved by the functional hepatic examination after the treatment.

The patients did not complain any important side-effect.

On the basis of the results obtained, the Authors conclude that Kitnos is very effective on the *Entamoeba histolytica*, innocuous on the hepatocyte and absent of side-effects.

Amebiasis-Therapy — Etofamide

SANT'ANA, C.C.M. — O ensino da pediatria face F realidade brasileira. *Gaz. méd. Bahia* 72(1):29- , jan./abr., 1972.

O ensino da Pediatria, como vem sendo feito em grande parte das Universidade Brasileiras, destina-se à formação de um profissional voltado principalmente para as atividades clínicas e curativas, de acordo com modelos e filosofia de ensino incompatíveis com a nossa problemática.

De fato, a considerável população de jovens de 0 a 14 anos, os elevados índices de morbidade e mortalidade em todas as idades desta faixa, entre outros fatos, demonstram da necessidade de se modificarem os objetivos do ensino de Pediatria, donda, junto com a Pediatria Clínica, uma ênfase importante à Pediatria Social, às atividades preventivas.

A atual Reforma do Ensino Médico, oriunda do Parecer 506 e seu adendo, do Conselho Federal de Educação criou a oportunidade desta modificação. Apesar da aparente complexidade, a análise cuidadosa que faz o autor aponta como fazer e quais as maiores dificuldades.

O autor estuda e analisa os três tópicos fundamentais da questão:

1. A realidade sanitária;
2. o ensino da Pediatria entre nós;
3. a reforma do ensino médico em vigor.

Na análise desta última enquadra o ensino da Pediatria, discutindo as questões relativas às possíveis disciplinas do currículo mínimo, disciplinas complementares obrigatórias e não obrigatórias, o crédito aula, o crédito trabalho, as cargas horárias o cronograma, o plano de curso, a formação dos Departamentos de Pediatria etc.

No exame das principais dificuldades a enfrentar aponta os convênios com as Secretarias de Saúde estaduais ou municipais; a criação de unidades da própria Universidade, o entendimento entre os setores de Pediatria e Medicina Preventiva, etc.

Salienta, finalmente, a necessidade de estabelecimento de objetivos básicos gerais para o ensino da Pediatria em todo o Brasil.

Pediatria — Ensino

PRATA, A. & MENEZES, A. P. de — Formas graves da esquistossomose mansoni no planalto ocidental da Bahia. *Gaz. méd. Bahia* 72(1): 6-8, jan./abr., 1972.

São apresentados três casos com fibrose hepática do tipo *Symmers*, provenientes do Planalto Ocidental da Bahia. Estes pacientes constituem a prova de que existe esquistossomose grave no Planalto Ocidental da Bahia.

Esquistossomose mansoni — Formas graves

PRATA, A. & MENEZES, A.P. de — Severe forms of schistosomiasis mansoni in the Western plateau of Bahia. *Gaz. méd. Bahia* 72(1): 6-8, jan./abr., 1972.

Three patients with liver Symmer's fibrosis from the region of the left side of São Francisco river in the State of Bahia are presented.

Schistosomiasis mansoni — Severe forms