

## **Clinica Médica**

### **COMO AVALIAR DE FORMA BREVE E OBJETIVA O ESTADO MENTAL DE UM PACIENTE?**

Pacientes com alterações do estado mental, agudas ou crônicas, são casos comuns na prática clínica, devendo tornar-se ainda mais frequentes à medida que aumenta a expectativa de vida da população brasileira. O pronto reconhecimento de tais alterações é fundamental para dar prosseguimento à investigação diagnóstica, embora seja muitas vezes fonte de dúvidas para o clínico. O diagnóstico de condições como delirium ou demência deve ser realizado através de avaliação objetiva do estado mental.

Inúmeros testes têm sido propostos com esta finalidade, embora o desafio esteja em dispor-se de um teste breve, de simples aplicação e de alta confiabilidade entre examinadores. Sem dúvida, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais empregado, apresentando todas as características descritas acima, sendo aplicado em cerca de cinco a sete minutos. O MEEM tem pontuação máxima de 30, sendo que na publicação original o escore de 24 pontos era considerado como sendo a nota de corte mais adequada. Entretanto, sabe-se que o desempenho depende muito da escolaridade do indivíduo e, para minimizar este efeito, recomenda-se a utilização de pontos de corte distintos conforme o nível educacional.

No Brasil, Bertolucci *et al.* foram os primeiros a investigar o valor diagnóstico deste teste em uma população geral, observando o grande efeito da escolaridade sobre o desempenho. Com base nos dados de estudo epidemiológico recente, realizado por nosso grupo, na identificação de pacientes com suspeita de demência, temos empregado as notas de corte de 18 (analfabetos), 21 (1-3 anos de escolaridade), 24 (4-7 anos) e 26 (> 7 anos). É importante ressaltar que o MEEM é um teste de rastreamento, além de não permitir o diagnóstico diferencial entre delirium e demência e de não detectar casos de declínio cognitivo leve. Nestes casos, avaliação neuropsicológica complementar é fundamental.

#### **MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM**

<b>ORIENTAÇÃO</b>	<b>PONTOS</b>
- Dia da semana	1
- Dia do mês	1
- Mês	1
- Ano	1
- Hora aproximada	1
- Local específico (apartamento ou setor)	1
- Instituição (hospital, residência, clínica)	1
- Bairro ou rua próxima	1
- Cidade	1
- estado	1
<b>MEMÓRIA IMEDIATA</b>	
- Vaso, carro, tijolo	3
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b>	
- 100 - 7 sucessivos (cinco subtrações sucessivas)	7
<b>EVOCAÇÃO</b>	
- Recordar as 3 palavras	3
<b>LINGUAGEM</b>	
- Nomear um relógio e uma canela	2
- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"	1
- Comando: "Pegue este papel com sua mão direita, dobre ao meio e coloque no chão"	3
- Ler e obedecer: "Feche os olhos"	1
- Escrever uma frase	1
- Copiar um desenho (2 pentágonos interseccionados)	1
<b>ESCORE 30</b>	<b>30</b>

PAULO CARAMELLI  
RICARDO NITRINI

## **Referência**

- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-98.

## **Ginecologia**

### **QUAL É A TÉCNICA IDEAL DE MIOMECTOMIA EM INFERTILIDADE?**

A técnica ideal para realização de miomectomia relacionada à infertilidade deve ser a menos agressiva possível, com bons resultados e baixo índice de seqüelas. Neste sentido, deve-se avaliar o uso de análogos de GnRH e a posterior abordagem cirúrgica videolaparoscópica que preencha os requisitos anteriores.

#### **Caso Clínico**

HSF, 32 anos, nulípara, nuligesta, com queixa de infertilidade há quatro anos, sem antecedentes pessoais, cirúrgicos e familiares de relevância.

Ao exame ginecológico detectou-se aumento do volume uterino para 13 semanas, consistência aumentada e superfície irregular. Como rotina básica solicitou-se dosagem de prolactina e progesterona na segunda fase do ciclo. A avaliação inicial se limitou a estes parâmetros hormonais pelo fato da paciente ser eumenorreica. Dois espermogramas do parceiro com 10 dias de intervalo entre eles, que se mostraram normais. A ecografia detectou a presença de quatro miomas intramurais variando de 1,5 cm até 6 cm de diâmetro o maior deles, que tinha localização fúndica, com componente subseroso e distando 1,0cm da linha

endometrial. Não foi solicitado a histerossalpingografia inicialmente pela possibilidade de realização de procedimento endoscópico para resolução dos miomas. Toda avaliação foi normal e a única causa para explicar a infertilidade foram os miomas. Assim, foi indicada miomectomia laparoscópica e avaliação histeroscópica da cavidade uterina. Neste caso não foi usado análogo de GnRH previamente porque o mioma principal estava em uma posição de acesso cirúrgico relativamente fácil e longe da cavidade uterina.

O uso de análogo prévio à cirurgia tem sido indicado no caso de miomas de localização fúndica ou em outros locais de acesso difícil ou onde se preveja risco aumentado de sangramento ou quando se prevê abertura da cavidade uterina pela proximidade desta com o mioma. Espera-se uma redução de aproximadamente 50% do tamanho do mioma após três meses de uso do análogo e diminuição do sangramento intra-operatório. A videolaparoscopia foi realizada com a retirada de cinco miomas. Foi realizada endo-sutura para fechamento das paredes uterinas. Este é um detalhe importante, já que a não realização da sutura pode levar as fistulas ou roturas precoces durante a gestação. A histeroscopia foi normal. O pós-operatório foi sem intercorrências e a paciente foi liberada para engravidar após três meses. A gestação ocorreu espontaneamente após quatro meses e terminou em cesárea eletiva em 39 semanas de gestação com RN em boas condições. Outra técnica que vem sendo utilizada recentemente é a embolização de artérias uterinas para tratamento dos miomas. Em geral, o procedimento provoca uma redução ao redor de 50% do volume dos miomas e tem sido

descrita a ocorrência de gravidezes subsequentes.

Entretanto, o procedimento ainda deve ser considerado experimental até que estudos com maior casuística e tempo de seguimento tenham sido realizados.

CARLOS ALBERTO PETTA  
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

## **Bloética**

### **A REQUISIÇÃO DE FICHAS E BOLETINS MÉDICOS POR DELEGADOS DE POLÍCIA TEM BASE ÉTICA OU LEGAL?**

Quando intimados ou solicitados por delegados de polícia para entregar prontuários de pacientes, qual deve ser a conduta de diretores e outros funcionários de clínicas e hospitais? O Conselho Federal de Medicina, em parecer elaborado pelo seu Assessor Jurídico, Antonio Carlos Mendes, esclarece:

O segredo médico, enquanto instituto jurídico, acolhe no seu bojo as papeletas, boletins médicos, folhas de observações clínicas e fichários respectivos que, assim, submetem-se ao regime penal e ético próprio que resguarda e tutela o sigilo do profissional.

Desta forma, além dos médicos, os funcionários e dirigentes de hospitais, clínicas e casas de saúde, estão sujeitos às penas do art. 154, do Colégio Penal, se, eventualmente, revelarem o segredo médico através da entrega a terceiros ou exposição das anotações clínicas atinentes aos pacientes.

Com efeito, a lei não permite, sequer, que o profissional da medicina preste depoimento em Juízo acerca de fatos conhecidos em razão de sua profissão. Esta regra permeia toda a ordem jurídica e não admite que, por vias transversas, as confidências necessárias sejam levadas ao conhecimento do Judiciário ou da Polícia mediante a requisição de fichas e boletins médicos.

Assim, não há nenhum dever legal que obrigue o médico, o funcionário ou dirigente de hospital e clínicas em geral a entregar as papeletas, as folhas de observação clínica e os boletins médicos. Não havendo disposição legal respaldando a ordem da autoridade judiciária ou policial, ocorre constrangimento ilegal, porque “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei” (art. 153, § 2º, da Constituição Federal).

Este entendimento foi sufragado pelo Colendo Supremo Tribunal Federal ao julgar o “Habeas Corpus” n.º 39.308, de São Paulo e cuja emenda é a seguinte:

“Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais”.

A inteligência acima foi acolhida, também, pelo eminente Desembargador Azevedo Franceschini, do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em voto vencido nos autos do mandado de segurança no. 135.681, a saber:

a) “À divulgação de conteúdo de ficha médica se aplica toda a disciplina que garante o sigilo oral, pois a ficha clínica não passa de memorização das observações médicas sobre o caso”.

b) “Também não importa que o episódio clínico haja saído da alçada médica e a ficha recolhida ao arquivo morto do

nosocômio, ao qual só tem normalmente acesso o pessoal burocrático. O segredo subsiste. Aliás, adverte Perraud Charman-tier (“Le Secret Professionel”, fls.79), que muito embora a função de Diretor de um nosocômio (e outro tanto se diga de seus subordinados) seja meramente administrativa, também ela se encontra jungida ao segredo profissional”.

Evidentemente, esse constrangimento ilegal decorrente da requisição judicial ou pedido de informações da autoridade policial instaura, talvez, coação irresistível, apresentando-se como causa justificativa ou excludente de criminalidade, pois o art. 18, do Código Penal, define: “Se o crime é cometido sob coação irresistível ou estrita obediência à ordem não manifestamente ilegal, de superior hierárquico, só é punível o autor da ordem”.

Essas causas justificativas ou excludentes de criminalidade podem evitar a punição daquele que, atendendo as requisições judiciais ou solicitações policiais, viola o segredo profissional. Porém, o profissional submetido à disciplina do sigilo médico deve preservar esse direito individual, resistindo a esses atos manifestamente ilegais e utilizando-se do “habeas corpus”, garantia constitucional eficaz para impedir constrangimento das autoridades judiciárias e policiais.

A essa disciplina jurídico-penal sujeitam-se, além dos médicos, os funcionários e dirigentes de hospitais mantidos ou subvencionados pelo Poder Público, inclusive aqueles credenciados pela Previdência Social.

Em conclusão, o segredo médico é espécie do segredo profissional abrangendo as anotações, boletins médicos, papeletas, folhas de observação clínica, etc., organ-

do não só o médico como também os enfermeiros, funcionários e dirigentes de hospitais públicos e particulares.

Sendo instituto jurídico, tem a conformação que lhe empresta o direito positivo e, assim, não é absoluto. As confidências recebidas podem ser reveladas nas hipóteses de justa causa, de legítima defesa, do estrito cumprimento do dever legal, do exercício regular de direito ou estado de necessidade.

Todavia, o requerimento do paciente ou responsável e na defesa de direito de seu cliente, o médico está obrigado a depor como testemunha e a exibir as suas anotações e fichas clínicas.

GABRIEL OSELKA

## *Clinica Cirúrgica*

### QUANDO INDICAR CIRURGIA PARA A OBESIDADE MÓRBIDA?

A apresentação do caso em questão responde plenamente à pergunta. Homem, 39 anos, peso de 170 kg., altura de 1,60 m., índice de massa corpórea (peso altura ao quadrado) 53kg/m<sup>2</sup> – hipertenso, artrose dos joelhos, “elefantíase” nos membros inferiores, vida insatisfatória, tendo esgotado tratamentos para redução de peso, sem êxito. O que fazer? Indiscutivelmente a obesidade mórbida está na ordem do dia.

A qualificação de cirurgião bariátrico, implica estar afeito às técnicas cirúrgicas que permitam o emagrecimento progressivo e permanente do obeso mórbido. Qualquer que seja a técnica utilizada nos mais importantes serviços do mundo, é indiscutível que

antes da operação alguns princípios devam ser rigorosamente obedecidos.

1. Massa corpórea acima de 40. Indicação precisa; se houver insucesso no tratamento clínico ou presença de doenças associadas.
2. Rigorosa análise clínica e endocrinológica. Avaliação das comorbidades.
3. Análise profunda do perfil psicológico.
4. Orientação higieno-dietética.
5. Participação ativa nas reuniões dos obesos operados ou não com supervisão do médico e do psicólogo.
6. Avaliação do risco cirúrgico: 6.1) possibilidade de problemas respiratórios - 6.2) complicações cardíacas durante a operação - 6.3) anestesia por especialista experimentado - 6.4) operação tecnicamente adequada, evitando-se intercorrências que seriam gravíssimas.
7. Pós-operatório rigoroso.
  - 7.1) Imediato: a) fisioterapia respiratória e geral. b) prevenção do tromboembolismo empregando heparina de baixo peso molecular, evitando a estase e facilitando o retorno venoso, impondo deambular imediato, e dando alta hospitalar, a mais precoce possível.
  - 7.2) Tardio: a) orientação higieno-dietética b) apoio médico-psicológico c) acompanhamento permanente d) indicação oportuna da cirurgia plástica necessária e) avaliação da operação para indicar as correções necessárias.

Quando não operar: O médico deve analisar com segurança o portador de obesidade mórbida. Se houver indicação cirúrgica, o doente deve passar por todas as fases pré-operatórias referidas anteriormente até adquirir as condições para a operação. Nunca operar afoitamente, sem os cuidados indispensáveis. O resultado será desastroso. A cirurgia não desejada pelo doente e imposta pelo médico é certeza de insucesso. Aquele deve desejá-la.

CARLOS ALBERTO MALHEIROS  
FRANCISCO CÉSAR MARTINS RODRIGUES

## Obstetria

### POR QUE A MAPA É ÚTIL EM OBSTETRÍCIA?

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) teve seu início nos anos 60, quando Sokolow (1966) desenvolveu um dispositivo portátil para aferição automática da pressão arterial, demonstrando que tais medidas seriam superiores às aquelas realizadas pelo médico no consultório na possível correlação com lesões em órgãos-alvo. Este fato deve estar relacionado com níveis pressóricos mais altos no período de sono, uma vez que autores como Verdecchia *et al.* (1991) verificaram maior frequência de comprometimento em órgãos-alvo nos hipertensos que não apresentavam queda noturna da PA, em comparação com aqueles hipertensos que conseguiam níveis pressóricos noturnos mais brandos.

Tais conceitos revolucionaram o estudo da hipertensão. Hoje em dia, com aparelhos mais leves e confiáveis, poucos clínicos atualizados deixam de solicitar uma MAPA para seu cliente hipertenso. Primeiro porque esta metodologia confirma o diagnósti-

co duvidoso, estabelecendo como sendo apenas "Hipertensão do Jaleco Branco" (HJB) 21% dos pacientes em geral (Pickering *et al.*, 1988), depois porque correlaciona os níveis pressóricos com possíveis sintomas e, por último, porque avalia de forma inequívoca o regime terapêutico adotado.

Em Obstetria, tal recurso tem sido usado a partir dos anos 90 e, apesar da pouca experiência, algumas conquistas parecem ser definitivas. Primeiro, na importante caracterização da HJB, que acomete 35% das gestantes com hipertensão leve (Olofson e Persson, 1995) e que assim seriam erroneamente tratadas, com repercussões não só maternas como fetais, advindas da possível hipotensão iatrogênica. Outra contribuição seria no diagnóstico diferencial entre a gestante com pré-eclâmpsia e aquela com hipertensão crônica, pois ao que parece a primeira contaria com variabilidade maior e maiores picos hipertensivos durante a noite, enquanto a segunda teria níveis pressóricos mantidos durante 24 horas. Uma MAPA com maior variabilidade traria assim um risco maior a esta gestante, mesmo porque as medidas obtidas com a MAPA se correlacionam melhor com a proteinúria da DHEG do que as medidas casuais (Halligan *et al.*, 1997).

Por outro lado, alguns autores (Kyle e col., 1993; Hermida *et al.*, 1997) têm trabalhado no sentido de obter um teste preditivo para DHEG através de parâmetros da MAPA. Tal perspectiva é interessante, mas se aguardam novos estudos antes de qualquer definição. Devemos lembrar também das limitações da MAPA, como a presença de obesidade, arritmias cardíacas e do desconforto do aparato para alguns pacientes.

MARCO AURÉLIO GALLETTA

#### Referências

- Sokolow M; Werdegar D; Kain HK; Hinman AT - Relationship between level of blood pressure measured casually and by portable recorders and severity of complications in essential hypertension. *Circulation*, 1966 Aug, 34:2, 279-98
- Verdecchia P; Schillaci G; Porcellati C - Dippers versus non-dippers - *J Hypertens Suppl*, 1991 Dec, 9:8, S42-4
- Pickering TG; James GD; Boddie C; Harshfield GA; Blank S; Laragh JH - How common is white coat hypertension? *JAMA*, 1988 Jan, 259:2, 225-8
- Olofsson P; Persson K A comparison between conventional and 24-hour automatic blood pressure monitoring in hypertensive pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1995 Jul, 74:6, 429-33