
PARABÉNS!!!

Maurício Wajngarten, César Teixeira e suas respectivas equipes estão de parabéns. A Revista da Associação Médica Brasileira está excelente neste novo formato. As informações são muito boas para a categoria médica.

Sucesso nesta iniciativa.

**JOÃO B. FIGUEIRO
SÃO PAULO - SP**

SATISFAÇÃO

Acabamos de receber o exemplar da Revista da Associação Médica Brasileira, volume 46 n.º 04 de Outubro/Dezembro de 2000 e queremos expressar a nossa satisfação em poder contar com tão importante órgão informativo.

Agradecemos em nome da Associação Médica de Rondônia e parabenizamos toda a equipe responsável pela edição.

**APARÍCIO CARVALHO DE MORAES
PRESIDENTE DA AMR**

SENTIMENTO DE DEVER

Foi com grande prazer que recebi o número 4, vol. 46, da Revista da AMB. Ali encontrei uma seção de cartas de leitores, rara entre as revistas científicas nacionais: a ciência – e o cientista – passou a ser oficialmente questionável neste país, o que é axiomático.

De prazer, e sentimento de dever de valorizar o espaço aberto, discuto o intencionalmente pequeno artigo de Caramelli & Nitrini, na seção “A Beira do Leito”, p. 301, do mesmo número.

1º) Mesmo que o teste de Folstein *et al.* (1975) assim o sugira, em sua originalmente equivocada denominação – “Mini-Exame do Estado Mental” – ele avalia tão somente

algumas funções intelectuais que não resumem o que se chama, apropriadamente, de Estado Mental. Ficam de fora do exame sintomas de estados de ansiedade, depressão, desespero, risco de suicídio, psicose, perversões, somatização, simulação, crítica sobre o problema, ou qualidade do vínculo com a equipe médica – elementos fundamentais numa apropriada avaliação breve e objetiva do Estado Mental de um paciente, dependendo do contexto e da finalidade da avaliação.

2º) A importância do “Mini-Exame do Estado Mental” é, na verdade, a de tentar identificar sintomas sugestivos de patologia cerebral, primária ou secundária.

3º) Neste sentido, mais importante do que o “ponto de corte”, ou o escore total obtido pelo paciente, é ter o avaliador sempre claro para si o que motivou qualquer que seja o erro identificado no exame. Um único erro – escore 29 – pode ser suficiente e seguro indicativo de patologia cerebral, que demanda pronta investigação e intervenção.

4º) Por exemplo: a) um paciente muito depressivo, ansioso ou paranóide pode não valorizar e, portanto, não se concentrar em nada, ou cooperar, com o que o teste demanda, e, em função disto, cometer vários erros decorrentes de desatenção, por exemplo, atingindo até mesmo escores abaixo de 24 – o que não seria, neste caso, indicativo de transtorno cerebral orgânico; b) por outro lado, um paciente sem qualquer outra manifestação psíquica relevante, mas que apresenta uma incapacidade restrita, mas definida, ao nomear “relógio” e “caneta”, e ao escrever uma frase (escore total de 27), e que não se apresentava assim até uma hora atrás, estaria provavelmente manifestando sintomas de um quadro cerebral isquêmico agudo. Ou seja, mesmo com escore total normal, os poucos erros no

Mini-Mental indicariam quadro mental orgânico grave relacionado com lesão cerebral na área da linguagem.

**SANDER FRIDMAN
PORTO ALEGRE - RS**

COMENTÁRIOS DOS AUTORES

Agradecemos ao Dr. Fridman pelo interesse em nosso texto bem como pelos seus comentários. Com relação às suas observações, gostaríamos de fazer as seguintes colocações:

1. A avaliação do estado mental é um procedimento planejado que busca descrever os comportamentos do paciente no momento da entrevista, e que deve ser interpretado em conjunto com a história médica, exame físico e dados laboratoriais. Os componentes do estado mental que devem ser avaliados incluem nível de consciência, aspecto ou aparência, atitude e atividade, humor e afeto, linguagem, conteúdo do pensamento, percepção, “insight”, julgamento e funções cognitivas. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) avalia apenas as funções cognitivas, a linguagem e alguns aspectos da percepção. Logo, concordamos com o missivista que seu nome é impreciso. Em defesa dos criadores deste teste, que é provavelmente o teste de funções cognitivas mais utilizado no mundo todo, caberia dizer que consta do subtítulo do trabalho original que este é “um método prático para quantificar o estado cognitivo do paciente para o clínico”. A quantificação, obtida de forma breve, de um conjunto de funções que poderiam exigir prolongadas sessões de avaliação é o grande trunfo do teste e que explica seu sucesso. Sua criação exigiu a coragem de tentar tornar relativamente simples e acessível ao clínico geral, na beira do leito ou com apenas uma folha de papel, a avaliação de funções extremamente com-

plexas. Até o momento nada que se lhe compare foi obtido para a avaliação dos demais componentes do estado mental.

2. A expressão "alterações do estado mental" é utilizada neste contexto - por nós, bem como pela literatura especializada - para caracterizar condições como estado confusional agudo ou *delirium*, demência e declínio cognitivo. Dessa forma, o MEEM deve ser entendido como um teste breve a ser empregado na avaliação de pacientes com suspeita diagnóstica destas condições apenas.

3. Em relação aos escores de corte, concordamos que estes devem ser utilizados de forma criteriosa e à luz das queixas apresentadas pelo paciente e/ou seu familiar, assim como das demais informações provenientes do exame físico. O escore de corte deve ser entendido aqui como uma orientação geral, talvez mais útil para estudos epidemiológicos e que deve ser analisado, como já mencionado, em conjunto com os demais dados clínicos. No entanto, é importante ressaltar o seu papel na avaliação longitudinal, possibilitando comparar o resultado obtido por determinado paciente em momentos diferentes do curso clínico de sua doença, mesmo por diferentes exa-

minadores. Nesta situação, mais do que o uso de um escore de corte específico, o paciente funciona como controle de si próprio, e eventual melhora ou piora clínica pode ser identificada.

**PAULO CARAMELLI
RICARDO NITRINI**

CONDUTA TERAPÊUTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

En relación com el artículo de revisión "Conducta Terapeutica embasada em evidencias" (Revista da Ass. Med. Brasileira 2000; 46(3): 237-41, quiero hacerle llegar nuestro aporte desde que el 27 de septiembre de 2000, en la Academia Argentina de Cirugía, junto com el Dr. Martín E. Mihura presentamos el trabajo: "Cirugía basada en la evidencia: moda, mito o metodología moderna?".

Sin ánimo de polemizar com los autores, por saber si existen 4 o 6 niveles de evidencia em la clasificación de los estudios que definen conductas terapéuticas, es necesario precisar y definir com claridad que las opiniones de expertos o las confe-

rencias dictadas sin nombrar las fuentes de referencias adecuadas, no deben tomarse como evidencia científica por el solo hecho de quien las pronuncia en virtud de sus antecedentes académicos o asistenciales. Esto es muy importante en países com los nuestros donde aún predomina la "palabra importante (Magister dixit)" por sobre la real y verdadera evidencia científica.

Muy adecuados y en momento oportuno la publicación de este tipo de trabajos.

Le adjunto a Ud. Una copia del trabalho presentado y en proceso de publicación en la Revista Argentina de Cirugía.

**EDUARDO B. ARRIBALZAGA
EDITOR JEFE**

Revista Argentina de cirugía South American Journal of Thoracic Surgery

SUA OPINIÃO

NR – Continue enviando sua carta, e-mail ou fax com sua opinião sobre a Ramb. Ela é muito importante para nós. Nosso endereço: Rua São Carlos do Pinhal, 324 – Cep 01333-903 – S. Paulo – SP; Fax: (11) 3266.9412 ou ramb@amb.org.br