



Publicação Bimestral

J Bras Pneumol. v.36, número Supl. 2R, p. R1-R297 Novembro 2010

Editor Chefe

José Antônio Baddini Martinez – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP

Editores Associados

Afrânio Lineu Kritski – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

Álvaro A. Cruz – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA

Fábio Biscegli Jatene – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Ilma Aparecida Paschoal – Universidade de Campinas, Campinas, SP

José Alberto Neder – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Renato Tetelbom Stein – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Sérgio Saldanha Menna-Barreto – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Conselho Editorial

Alberto Cukier – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Ana C. Krieger – New York School of Medicine, New York, USA

Ana Luiza Godoy Fernandes – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Antonio Segorbe Luis – Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Brent Winston – Department of Critical Care Medicine, University of Calgary, Calgary, Canada

Carlos Alberto de Assis Viegas – Universidade de Brasília, Brasília, DF

Carlos Alberto de Castro Pereira – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Carlos M. Luna – Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Carmen Sílvia Valente Barbas – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Chris T. Bolliger – University of Stellenbosch, Stellenbosch, South Africa

Dany Jasnowodolinski – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Douglas Bradley – University of Toronto, Toronto, ON, Canadá

Denis Martinez – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Emílio Pizzichini – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Frank McCormack – University of Cincinnati School of Medicine, Cincinnati, OH, USA

Geraldo Lorenzi-Filho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Gustavo Rodrigo – Departamento de Emergencia, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

Irma de Godoy – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP

Isabela C. Silva – Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canadá

J. Randall Curtis – University of Washington, Seattle, Wa, USA

John J. Godleski – Harvard Medical School, Boston, MA, USA

José Dirceu Ribeiro – Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brazil

José Miguel Chatkin – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

José Roberto de Brito Jardim – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

José Roberto Lapa e Silva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

Kevin Leslie – Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA

Luiz Eduardo Nery – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Marc Miravittles – Hospital Clinic, Barcelona, España

Marcelo Alcântara Holanda – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE

Marcos Ribeiro – University of Toronto, Toronto, ON, Canadá

Marli Maria Knorst – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Marisa Dolhnikoff – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Mauro Musa Zamboni – Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, RJ

Nestor Muller – Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canadá

Noé Zamel – University of Toronto, Toronto, ON, Canadá

Paul Noble – Duke University, Durham, NC, USA

Paulo Francisco Guerreiro Cardoso – Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS

Paulo Pego Fernandes – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Peter J. Barnes – National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK

Renato Sotto-Mayor – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Richard W. Light – Vanderbilt University, Nashville, TN, USA

Rik Gosselink – University Hospitals Leuven, Bélgica

Robert Skomro – University of Saskatoon, Saskatoon, Canadá

Rubin Tudor – University of Colorado, Denver, CO, USA

Sonia Buist – Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA

Rogério de Souza – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Talmadge King Jr. – University of California, San Francisco, CA, USA

Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP

Vera Luiza Capelozzi – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Associação Brasileira
de Editores Científicos



Publicação Indexada em:
Latindex, LILACS, Scielo
Brazil, Scopus, Index
Copernicus, ISI Web of
Knowledge e MEDLINE

Disponível eletronicamente nas
versões português e inglês:
www.jornaldepneumologia.com.br e
www.scielo.br/jbpneu



ISI Web of KnowledgeSM

SCOPUS

SciELO
Brazil

INDEX COPERNICUS
INTERNATIONAL





SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Secretaria: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasília - DF, Brasil.
Telefone 0800 616218. Site: www.sbpt.org.br. E-mail: sbpt@sbpt.org.br

O **Jornal Brasileiro de Pneumologia** ISSN 1806-3713, é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Os conceitos e opiniões emitidos nos artigos são de inteira responsabilidade de seus autores. Permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, desde que mencionada a fonte.

Diretoria da SBPT (Biênio 2008-2010):

Presidente: Jussara Fiterman

Presidente Eleito (Biênio 2010-2012): Roberto Stirbulov

Secretário-Geral: Carlos Eduardo Ventura Gaio dos Santos

Secretária-Adjunta: Fernanda Lara Fernandes Bonner Araújo Riscado

Diretora Financeira: Veronica Moreira Amado

Diretora de Assuntos Científicos: Marina Andrade Lima

Diretor de Divulgação e Defesa Profissional: Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren

Diretora de Ensino e Exercício Profissional: Ana Luisa Godoy Fernandes

Presidente do XXXV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia: Rodney Luiz Frare e Silva

Presidente do Conselho Deliberativo: Antônio Carlos Moreira Lemos

CONSELHO FISCAL:

Efetivos: Eraldo Emanuel Simões Barbosa Filho, Marcelo Fouad Rabahi, Nuno Fevereiro Ferreira de Lima
Suplentes: Benedito Francisco Cabral Júnior, Paulo César Nunes Restivo, Terezinha do Socorro Macedo Lima

COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:

Ações Programáticas - Alcindo Cerci Neto

Cirurgia Torácica - Fabio Biscegli Jatene

Endoscopia Respiratória - Marcelo Gervilla Gregório

Função Pulmonar - Roberto Rodrigues Junior

Imagem - Dante Luiz Escuissato

Pneumologia Pediátrica - Marcus Herbert Jones

COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:

Asma Brônquica - Paulo Augusto Moreira Camargos

Câncer Pulmonar - Guilherme Jorge Costa

Circulação Pulmonar - Renato Maciel

Distúrbios Respiratórios do Sono - Carlos Alberto de Assis Viegas

Doenças Intersticiais - Carlos Alberto de Castro Pereira

Doença Pulmonar Avançada - Maria Christina Lombardi de Oliveira Machado

DPOC - Alberto Cukier

Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais - Eduardo Algranti

Epidemiologia - Ana Maria Baptista Menezes

Fibrose Cística - Paulo de Tarso Roth Dalcin

Infeções Respiratórias e Micoses - Paulo José Zimmermann Teixeira

Pleura - Evaldo Marchi

Relações Internacionais - Ricardo de Amorim Corrêa e Octávio Messeder

Tabagismo - Irma de Godoy

Terapia Intensiva - Arthur Oswaldo de Abreu Vianna

Tuberculose - Marcus Barreto Conde

Secretaria Administrativa: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasília - DF, Brasil.

Telefones/Fax: 0xx61-3245-1030, 0xx61-3245-6218.

Secretária: Luana Maria Bernardes Campos. E-mail: jpneumo@jornaldepneumologia.com.br

Revisão de português, assessoria técnica e tradução: Precise Editing

Editoração: Editora Cubo

Tiragem: 4.000 exemplares

Distribuição: Gratuita para sócios da SBPT e bibliotecas

Impresso em papel livre de ácidos

APOIO:



Ministério da Educação

Ministério da Ciência e Tecnologia



Expediente

Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia

COMISSÃO ORGANIZADORA LOCAL

PRESIDENTE: JAIRO SPONHOLZ ARAÚJO

MEMBROS: DANTE LUIZ ESCUISSATO
JONATAS REICHERT
LEDA MARIA RABELO

COMISSÃO CIENTÍFICA LOCAL

CARLOS EDUARDO DO VALLE RIBEIRO
DÉBORA GAPSKI MOREIRA
GLÁUCIA BARBIERI
IRINEI MELEK
LUCI IOLANDA BENDHAK
LUIZ FELIPE NATEL KUGLER MENDES
MARIANE MARTYNCHEN CANAN
PAULO CÉSAR BUFFARA BOSCARDIM
PALULO CÉSAR KUSSEK
PAULO ROBERTO MIRANDA SANDOVAL
ROBERTO PIRAJÁ MORITZ DE ARAÚJO
ROSENI TERESINHA FLORÊNCIO
TSUKIO KAMOI

COMISSÃO CIENTÍFICA NACIONAL

ALBERTO CUKIER	JUSSARA FITERMAN
ALCINDO CERCI NETO	MARCELO GERVILLA GREGÓRIO
ANA LUISA GODOY FERNANDES	MARCUS BARRETO CONDE
ANA MARIA BAPTISTA MENEZES	MARCUS HERBERT JONES
ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA	MARIA CHRISTINA L. DE OLIVEIRA MACHADO
CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA	MARINA ANDRADE LIMA
CARLOS ALBERTO DE ASSIS VIEGAS	OCTÁVIO MESSEDER
DANTE LUIZ ESCUISSATO	PAULO AUGUSTO MOREIRA CAMARGOS
EDUARDO ALGRANTI	PAULO DE TARSO ROTH DALCIN
EVALDO MARCHI	PAULO JOSÉ ZIMERMANN TEIXEIRA
FÁBIO BISCEGLI JATENE	RENATO MACIEL
GUILHERME JORGE COSTA	RICARDO AMORIM CORREA
IRMA DE GODOY	ROBERTO RODRIGUES JÚNIOR

REALIZAÇÃO



Sociedade Brasileira de Pneumologia
e Tisiologia



Sociedade Paranaense de Tisiologia e
Doenças Torácicas

Regionais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Emílio Pizzichini
Secretário: Israel Silva Maia
Endereço: Hospital Universitário da UFSC - NUPAIVA - térreo.
Campus - Trindade, 88.040 - 970 - Florianópolis - SC
Tel: (48) 3234-7711/ 3233-0747
E-mail: pizzichi@matrix.com.br

ASSOCIAÇÃO MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Maria do Rosario da Silva Ramos Costa
Secretária: Denise Maria Costa Haidar
Endereço: Travessa do Pimenta, 46
65.065-340 - Olho D'Água - São Luís - MA
Tel: (98) 3226-4074 Fax: (98) 3231-1161
E-mail: rrcosta29@hotmail.com

SOCIEDADE ALAGOANA DE PNEUMOLOGIA

Presidente: Fernando Antônio Mendonça Guimarães
Secretária: Mirtes Maria de Melo Silva
Endereço: Rua Walfrido Rocha 225, Jatiuca
57.036-800 - Maceió - AL
Tel: (82) 33266618 Fax: (82) 3235-3647
E-mail: famguima@gmail.com

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Fernando Luiz Westphal
Secretária: Maria do Socorro de Lucena Cardoso
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, 1359
69.020-030 - Manaus - AM
Tel: (92) 3234-6334 Fax: 32348346
E-mail: f.l.westphal@uol.com.br

SOCIEDADE BRASILIENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Benedito Francisco Cabral Junior
Secretária: Raquel Melo Nunes de C. Feitosa
Endereço: Setor de Clubes Sul, Trecho 3, Conj. 6
70.200-003 - Brasília - DF
Tel/fax: (61) 3245-8001
E-mail: sbdt@ambr.com.br

SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Maria da Penha Uchoa Sales
Secretária: Cyntia Maria Sampaio Viana
Endereço: Av. Dom Luis, 300, sala 1122, Aldeota
60160-230 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 3087-6261 Fax: 3092-0401
E-mail: pneumoceara@gmail.com

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA

Presidente: Eliana Dias Matos
Secretário: André Luiz Barreto Cunha
Endereço: Av. Oceânica, 551 - Ed. Barra Center - sala 112
40.160-010 - Barra - Salvador - BA
Tel/fax: (71) 3264-2427
E-mail: spba@terra.com.br / site: www.pneumobahia.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

Presidente: Firmino Braga Neto
Secretária: Cílea Aparecida Victória Martins
Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514 - Ed. Blue Chip
Praia do Campo, 29.055-280 - Vitória - ES
Tel: (27) 3345-0564 Fax: (27) 3345-1948
E-mail: firminobn@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO

Presidente: Dr. Clóvis Botelho
Secretária: Dra. Wandoircy da Silva Costa
Endereço: Rua Dr Jonas Correa da Costa, 210, Bairro Verdão
78030-510 - Cuiabá - MT
Tel: (65) 3637-1471 Fax: (65) 3637-7539
E-mail: fbotelho@terra.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL

Presidente: Dra. Lilian Cristina Ferreira Andries
Secretário: Dr. Paulo de Tarso Guerreiro Muller
Endereço: Rua Antônio Maria Coelho, 2912, Jardim dos Estados
79.002-364 - Campo Grande - MS
Tel: (67) 3324-5460
E-mail: lilianandries@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Presidente: Bernardo Henrique Ferraz Maranhão
Secretária: Simone Miranda
Endereço: Rua da Lapa, 120 - 3º andar - salas 301/302
20.021-180 - Lapa - Rio de Janeiro - RJ
Tel/fax: (21) 3852-3677
E-mail: soperj@rjnet.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Paulo de Tarso Roth Dalcin
Vice: Renato Soares Gutierrez
Endereço: Centro AMRGS - Av. Ipiranga, 5311
90.610-001 - Porto Alegre - RS
Tel: (51) 3384-2889 Fax: (51) 3339-2998
E-mail: sptrs@terra.com.br

SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Fernanda Miranda de Oliveira
Secretária: Karla Cristina de Moraes Arantes Curado
Endereço: Rua 83-C, 52, Setor Sul
74.083-100 - Goiânia - GO
Tel/fax: (62) 3942-6203
E-mail: sgpt2007@gmail.com

SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Valéria Maria Augusto
Secretário: Bruno Horta Andrade
Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro
30.130-180 - Belo Horizonte - MG
Tel/fax: (31) 3213-3197
E-mail: smpct@ammngmail.org.br

SOCIEDADE NORTE-RIO GRANDENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Francisco Elmano Marques Souza
Secretário: Paulo Roberto Albuquerque
Endereço: Rua Mossoró, 576, sala 17, Ed. Eduardo, Tirol
59.020-090 - Natal - RN
Tel: (84) 4009-2034 Fax: (84) 4009-2028
E-mail: elmano@hcnatal.com.br

SOCIEDADE PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Lúcia Helena Messias Sales
Secretário: Paulo Roberto Klautau Ferreira
Endereço: Trav. Dom Romualdo de Seixas, 1529, Umarizal
66.050-200 - Belém - PA
Tel/fax: (91) 3222-2224
E-mail: lucia.sales@terra.com.br

SOCIEDADE PARAIBANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Alfredo Fagundes de Souza
Secretário: Paulo Roberto de Farias Braga
Endereço: Av. Senador Rui Carneiro, 423, Miramar
58.015-010 - João Pessoa - PB
Tel: (83) 3244-8444
E-mail: alfredofagundes@gmail.com

SOCIEDADE PARANAENSE DE TISIOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Lêda Maria Rabelo
Secretário: Carlos Eduardo do Valle Ribeiro
Endereço: Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde
80.240-280 - Curitiba - PR
Tel/fax: (41) 3342-8889
E-mail: spdt@brturbo.com.br

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Jaqueline Sonoe Ota Arakaki
Secretária: Valéria Cristina Vigar Martins
Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205, 8º andar, conj. 83
04.044-000 - Vila Clementino - São Paulo - SP
Tel: 0800 17 1618
E-mail: sppt@sppt.org.br site: www.sppt.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Marília Montenegro Cabral
Secretária: Adriana Vellozo Gonçalves
Endereço: Rua Das Fronteiras, 51, Boa Vista
50070-170 - Recife - PE
Tel/fax: (81) 3231-2888
E-mail: montcabral@hotmail.com

SOCIEDADE PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Antonio de Deus Filho
Endereço: R. Areolino de Abreu, 1674. Centro
64000-180 - Teresina - PI
Tel: (86) 3226-1054
E-mail: mdedeus@uol.com.br

SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: José Barreto Neto
Secretário: Almiro Oliva Sobrinho
Endereço: Av. Gonzalo Prado Rollemberg, 211, Sala 206
Bairro São José, 49010-410 - Aracaju - SE
Tel: (79) 3213-7352
E-mail: j.barreto@uol.com.br

Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia

Apresentações Orais

ASMA

AO001 ESTABILIDADE DA PREVALÊNCIA E AUMENTO DA GRAVIDADE DA ASMA ENTRE 1995 E 2009 EM CURITIBA

MARCOS GERALDINI; CARLOS RIEDI; HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

Introdução: A epidemiologia da asma é variável em todo o mundo. As doenças alérgicas têm aumentado sua prevalência. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi verificar a variação da prevalência de asma em adolescentes durante um período de 14 anos. **Método:** Três estudos observacionais utilizando questionários validados foram realizados nos anos de 1995, 2001 e 2009. Foram entrevistados adolescentes de 13 e 14 anos de escolas da rede pública e privada, selecionadas randomicamente. O teste de qui-quadrado para tendências lineares foi aplicado para verificar se houve diferenças na prevalência. Foi fixado em 1% o nível de rejeição para hipótese de nulidade. **Resultados:** Os três estudos foram realizados durante os meses de Outono. O número de indivíduos envolvidos foi 2946, 3628 e 3120, respectivamente. Sibilância foi relatada por 544(18,5%) adolescentes em 1995, 687(18,9%) em 2001 e 636(20,4%) em 2009 ($p=0,056$), sendo que 1 a 3 episódios foram encontrados em 424(14,4%), 564(15,5%) e 540(17,3%), respectivamente ($p<0,01$). Três ou mais episódios de sibilância foram relatados por 80(2,7%) estudantes em 1995, 73(2,0%) em 2001 e 170(5,4%) em 2009 ($p<0,01$). Mais de 12 episódios ocorreram em 21(0,7%); 24(0,7%) e 22(0,7%) adolescentes, respectivamente. Asma foi relatada por 249(8,5%) adolescentes em 1995, 335(9,2%) em 2001 e 411(13,2%) em 2009 ($p<0,01$). Despertares noturnos por sibilância ocorreram uma ou mais vezes por semana em 81(2,8%), 70(1,9%) e 118(3,8%) ($p<0,01$) respectivamente. **Conclusão:** Embora tenha sido observado aumento da gravidade e do diagnóstico de asma, não houve aumento significativo da prevalência de asma nos últimos 14 anos.

AO002 USO DE CORTICÓIDE ORAL ADICIONAL NO TRATAMENTO DE ASMÁTICOS MODERADOS-GRAVES ASSINTOMÁTICOS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

ALEXANDRE AUGUSTO RAMALHO ARARUNA; MARIA MARTA FERREIRA AMORIM; ANA LUISA GODOY FERNANDES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A associação dos corticóides inalatórios (CI) com broncodilatadores (BD) de longa duração demonstrou a efetividade em controlar os sintomas, mas uma parcela de pacientes não obtém o controle total dos sintomas e/ou medidas funcionais, indicando que ainda existe uma potencial melhora funcional que não foi atingida. A nossa hipótese é que a estabilidade de sintomas não é suficiente para a caracterização de uma asma controlada, enfatizando-se a importância da avaliação funcional

e inflamatória para a definição do controle da asma. **Objetivos:** Realizamos um ensaio clínico randomizado duplo cego incluindo asmáticos regularmente tratados e assintomáticos, para receber dose adicional de corticóide oral ou placebo e observarmos as mudanças nos índices funcionais e inflamatórios de controle da asma e para identificação de marcadores de melhora da função pulmonar dos pacientes incluídos no ensaio clínico. **Métodos:** Do ambulatório de Pneumologia da Unifesp-EPM-HSP foram selecionados pacientes asmáticos moderados e graves, estáveis e assintomáticos em uso de medicação inalatória de manutenção de 1ª linha por pelo menos três meses. Os pacientes foram avaliados em três visitas clínicas: visita de seleção (V0), visita de inclusão (V1) e visita de avaliação final (V2). Foram selecionados se tivessem escore de TCA (questionário-teste de controle da asma) com critério de controlados e teste de resposta positiva ao broncodilatador na V0, quando eles iniciaram um período de observação de 10 ± 5 dias para confirmação de asma controlada pelos critérios do GINA. Na V1 os pacientes controlados realizaram avaliação clínica com análise estruturada do diário da asma, espirometria, coleta de escarro induzido (EI) e lavado nasal (LN) e o ACQ7. Foram randomizados para o uso de prednisona na forma de dois comprimidos de 20mg por dia durante 15+ 5 dias ou placebo. **Resultados:** De 162 pacientes selecionados, 101 incluídos e 71 randomizados : 36 receberam CO e 35 placebo e 70 finalizaram o estudo. Houve aumento significativo do pré-broncodilatador do VEF1 de 2,11 L para 2,35 L ($p<0,001^{**}$), do CVF 3,14 L para 3,27 L ($p<0,01^{**}$), do VEF1/CVF de 0,67 L para 0,71 L ($p<0,01^{**}$), nos pós-broncodilatador do VEF1 2,33 L para 2,47 L ($p<0,001^{**}$), do VEF1/CVF 0,71 para 0,74 ($p<0,001^{**}$), da resposta BD 13,24 para 7,73 ($p<0,002^{**}$) nos usuários de corticóide oral adicional. A contagem de eosinófilos no LN reduziu a mediana de 6 para 0 ($p<0,001^{**}$) e no EI de 3 para 0 ($p=0,008^{**}$). As variáveis preditoras independentes identificadas pelo modelo de regressão logística foram a idade, a resposta ao BD e o uso de corticóide. **Conclusão:** Um curso adicional de corticóide oral em pacientes com asma controlada resultou em significativa melhora no VEF1 pré e pós-BD e no VEF1/CVF pré e pós-BD, reduzindo ou anulando a resposta ao broncodilatador e apresentando uma redução significativa nos eosinófilos do lavado nasal e no escarro induzido.

AO003 INFLUÊNCIA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL NO CONTROLE DOS SINTOMAS DE ASMA

JÚNIA RIOS GARIB; IZABELLA DE CAMPOS CARVALHO LOPES; JULIA LOPES DE BRITO COSTA; JULIANA BECKER DIAS; JOSÉ DIOGO OLIVEIRA FIALHO; BRUNO COELHO PEREIRA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

Introdução: Nas últimas duas décadas houve um aumento

significativo na prevalência de asma e de obesidade em todo o mundo em crianças e adultos, sugerindo uma correlação entre as duas doenças. Recentemente, as alterações inflamatórias descritas em indivíduos obesos têm sido citadas como elo eventual com a asma. A correlação entre obesidade e controle dos sintomas de asma tem sido pouco explorada. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de obesidade (IMC) e obesidade abdominal (CA) em uma amostra de pacientes asmáticos do Ambulatório de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Ambulatório Affonso Silvano Brandão e correlacioná-las com o controle dos sintomas da asma. **Métodos:** Foram avaliados 74 pacientes com diagnóstico de asma brônquica, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 17 anos, atendidos no Ambulatório de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Ambulatório Affonso Silvano Brandão, no período de 01.02.10 à 30.06.10. A caracterização de obesidade e a medida da circunferência CA foi realizada de acordo com o Projeto Diretrizes de Sobrepeso e Obesidade (2004) na população brasileira Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Para a avaliação do controle dos sintomas de asma foi utilizado Questionário de Controle da Asma (ACQ-5). **Resultados:** Foram analisados 57 indivíduos do sexo feminino (77,0%) e 17 do sexo masculino (23,0%), no total de 74 indivíduos na amostra. A maioria dos indivíduos apresentou valor de CA acima do recomendado (83,8% da amostra), e o IMC que os classificou como obesos (44,6%). Na estatística descritiva foi observada uma correlação positiva significativa entre o escore total do questionário ACQ e a CA ($p=0,006$) e IMC ($p=0,015$). Em relação ao escore categorizado do ACQ foram propostos dois pontos de corte 0,75 e 1,50. Considerando o primeiro ponto de corte para o ACQ verificou-se uma associação significativa tanto com o IMC ($p=0,023$) quanto com a CA ($p=0,034$). Com o segundo ponto de corte no escore médio do ACQ não foi observada associação significativa com nenhum dos índices. **Conclusão:** No presente estudo pode-se observar uma prevalência elevada de obesidade e obesidade abdominal em uma população de asmáticos e uma possível influência destas no controle dos sintomas de asma.

AO004 AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA ATRAVÉS DOS QUESTIONÁRIOS ACQ E AQLQ.

JULIANA CUNHA E SILVA OMINELLI DE SOUZA; LUCIA MARIA MIRANDA GOUGET DE FRIAS; SONIA REGINA DA SILVA CARVALHO; RICARDO MARQUES DIAS

UNIRIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica, em que caracteristicamente ocorrem exacerbações recorrentes. O uso de medicamentos para seu tratamento, atualmente, visa o controle da doença e a melhora da qualidade de vida do paciente. **Objetivos:** Avaliar o controle da asma, através do Asthma Control Questionnaire (ACQ), e a qualidade de vida, através do Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), dos pacientes do ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Gaffree Guinle. **Métodos:** Os pacientes asmáticos foram selecionados no ambulatório de pneumologia no período de março de 2010 a julho de 2010, foram avaliados em duas visitas com intervalo mínimo de 4 semanas. Em cada visita foram aplicados os dois questionários, realizada a espirometria conforme padronização SBPT (2002) e realizada consulta com especialista. Em seguida, o especialista classificava o paciente

quanto a gravidade da asma e quanto ao controle da doença (SBPT/Gina). Os dados obtidos foram analisados através das médias, desvio padrão e teste T para comparações. **Resultados:** A amostra foi composta de 33 pacientes, 11 (33%) possuíam asma leve (intermitente ou persistente leve pela classificação de gravidade do SBPT), 8 (24%) asma persistente moderada e 14 (42%) asma persistente grave. Do total de paciente, 29 eram mulheres (88%) e a média de idade foi de 53 ± 14 anos, com idade média de 53,7 anos. Quando classificados quanto ao controle, havia 14 (42%) controlados, 8 (24%) parcialmente controlados e 11 (33%) não controlados. Não houve diferença significativa no escore global entre as 2 visitas para o ACQ e para o AQLQ. Não houve diferença significativa do AQLQ em relação à gravidade da doença. Encontramos diferenças significativas para os asmáticos controlados e não controlados no ACQ ($p<0,0001$ IC 95%) e AQLQ ($p=0,02$ IC 95%). **Conclusão:** Concluímos que os questionários ACQ e AQLQ são muito úteis como instrumentos de avaliação do controle da asma.

AO005 EVENTOS ADVERSOS SISTÊMICOS ASSOCIADOS AO USO DOS CORTICOSTERÓIDES INALATÓRIOS EM ASMÁTICOS GRAVES

CHARLESTON RIBEIRO PINTO¹; ARAMIS TUPINÁ ALCANTARA²; ALYSON RIBEIRO BRANDÃO³; LEANDRO FEIJÓ⁴; LINDEMBERG ASSUNÇÃO COSTA⁵; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA LEMOS⁶

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB, JEQUIÉ, BA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB, SALVADOR, BA, BRASIL; 3,4,5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Introdução: Os corticosteróides inalatórios (CI) representam a estratégia terapêutica mais efetiva no manejo da asma. Sua utilização com terapia de manutenção reduz a frequência de exacerbações, o número de hospitalizações e promove melhora da qualidade de vida dos pacientes. Apesar da aparente segurança, os CI são apontados como causa de reações adversas sistêmicas, principalmente se utilizados em altas doses e por longos períodos de tempo. **Objetivo:** Determinar a frequência de eventos adversos sistêmicos associados ao uso dos corticosteróides inalatórios em asmáticos graves acompanhados no Programa de Assistência e Controle da Asma do Ambulatório de Pneumologia do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgar Santos, em Salvador-BA. **Métodos:** Estudo do corte transversal, com amostra de conveniência envolvendo 40 pacientes, de ambos os sexos, com idade > 18 anos e diagnóstico de asma grave há mais de 6 meses, em uso regular de CI nos últimos 3 meses. Foram excluídos do protocolo pacientes que tenham feito uso de corticosteroide oral ou sistêmico nos últimos 3 meses ou que vinham em uso de corticosteroide ocular ou cutâneo. Os CI empregados foram a budesonida e a beclometasona, fármacos equipotentes. A avaliação dos eventos adversos sistêmicos foi realizada através de questionário padronizado com período recordatório de 14 dias. Foram avaliados os seguintes eventos: pele seca, edema facial, manchas escuras na pele, alterações de humor, sudorese noturna, unhas frágeis, queda de cabelo e alteração visual. **Resultados:** Dos pacientes avaliados, 35 (87,5%) foram do sexo feminino, sua média de idade foi de $50,1 \pm 12,4$ anos. O tempo médio de uso de CI foi de 37,9 meses e o número médio de medicamentos prescritos por paciente foi igual a $3,50 \pm 2,36$ (mínimo = 1; máximo = 13). Doses diárias de 400-800 mcg/dia e > 800 mcg/dia foram observados em 42,5% e

57,5%, respectivamente. Do total, 36 (90%) relataram pelo menos um evento adverso sistêmico. A frequência dos eventos adversos relatados foi de 52,5% (n=21) para pele seca, 27,5% (n=11) para edema facial, 37,5% (n=15) para manchas escuras na pele, 50% (n=20) para alterações de humor, 55% (n=22) para sudorese noturna, 55% (n=22) para unhas frágeis, 45% (n=18) para perda de cabelo e 55% (n=22) para alteração visual. **Conclusão:** Uma porcentagem significativa dos pacientes avaliados experimentaram eventos adversos sistêmicos, mais frequentemente pele seca, unhas frágeis e alteração visual.

SONO

A0006 VALIDAÇÃO DE SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO PORTÁTIL NO DIAGNÓSTICO DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM OBESOS – DADOS PRELIMINARES

ERIKA CRISTINE TREPTOW¹; SERGIO TUFFIK²; MARCIA GONÇALVES DE OLIVEIRA³; DENIS EDUARDO SARTORI⁴; CESAR YOSHITO FUKUDA⁵; ROSANA DE MORAES VALLADARES⁶; LIA RITA AZEREDO BITTENCOURT⁷; SONIA MARIA TOGEIRO⁸

1.PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,4,7,8. PSICOBIOLOGIA/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3,5,6.PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma doença prevalente e a obesidade é o maior fator de risco para seu desenvolvimento. Em obesos, a prevalência de SAOS é superior a 30%. A polissonografia (PSG), padrão ouro para o diagnóstico de SAOS ainda é um exame pouco acessível e de alto custo. A monitorização portátil (MP) é um método alternativo recomendado pela Academia americana de sono para diagnóstico da SAOS em pacientes sem comorbidades e com alta probabilidade clínica. Ainda são escassos estudos que validam o uso da MP em pacientes com comorbidades e SAOS, tais como: insuficiência cardíaca, doenças neuromusculares, distúrbios respiratórios crônicos e obesidade mórbida. **Objetivo:** avaliar a acurácia da MP, Stardust™ (STD) para diagnóstico da SAOS em obesos. **Métodos:** 35 pacientes do ambulatório da UNIFESP/AFIP, obesos, com índice de massa corporal (IMC)>35 kg/m² e com suspeita clínica de SAOS foram submetidos à duas noites de estudo: 1) PSG simultaneamente com MP(STDlab) e 2) MP domiciliar (STDCasa), sendo obtidos 3 índices de apneia e hipopneia (IAH) para cada um dos exames. A ordem das noites de estudo foi determinada aleatoriamente. Os exames foram estagiados por técnico habilitado e cego para o objetivo do estudo. Comparação entre os IAH foram realizadas por correlação de Pearson, análise visual de Bland-Altman para análise de concordância, e a curva Roc para avaliação de sensibilidade, especificidade e Valores preditivos positivo e negativo. Os valores médios foram comparados pelo GLM. Análise estatística foi realizada pelo SPSS17. **Resultados:** Problemas técnicos levaram à exclusão de 8,57% dos registros STDLab e 22,85% dos STDCasa. A idade (média±DP) foi 47,7±12,1 anos, 63% do sexo masculino, IMC 38,9±5,6 kg/m², circunferência cervical 46±5,2 cm, circunferência abdominal 123±12,7 cm, Escala da sonolência de Epworth 12,1±6,5, 60% hipertensos e 32% diabéticos. Os valores médios do tempo total de registro, IAH, saturação mínima da oxihemoglobina, índice de apneia e índice de hipopneia não diferiram entre as condições analisadas. Houve diferença para a SpO₂ entre PSG e STDLab(p=0,001)

e PSG e STDCasa (p=0,009), sendo a média maior no registro STDCasa. Observou-se correlação do IAH entre os métodos de registros quando comparamos a PSG com STDLab (r=0,94; p<0,001) e com STDCasa (r=0,88; p<0,001). A análise da Curva Roc mostrou boa sensibilidade do valor do IAH obtido pelo STD, independente da gravidade, comparado com o da PSG, bem como baixa taxa de falsos negativos. A análise visual dos gráficos de Bland Altman demonstrou boa concordância do IAH do STDCasa e STDLab com o da PSG, bem como entre o STDCasa com o STDLab. **Conclusão:** A monitorização portátil mostrou-se um método diagnóstico acurado em pacientes obesos classes II e III com suspeita de SAOS.

A0007 INIBIDOR DO ATIVADOR DO PLASMINOGÊNIO (PAI) NA SÍNDROME DA APNEIA DO SONO E NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

ANTONIO MONTEIRO CHIBANTE¹; FLÁVIO JOSÉ MAGALHÃES SILVEIRA²; ALBERTINA VARANDAS CAPELO³; FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE⁴

1,3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.SLEEP-LABORATÓRIO DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4.CENTRO DE INVESTIGAÇÕES PNEUMOLÓGICAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: O Inibidor do Ativador do Plasminogênio (PAI) é uma proteína inflamatória derivada do endotélio vascular e do tecido adiposo envolvida com fenômenos de coagulação, fibrose, aterosclerose, aumento da gordura visceral e complicações ligadas à obesidade, tais como diabetes e coronariopatias, situações observadas na Síndrome Metabólica (SM). **Objetivos:** Sabendo-se que a SM parece estar presente na Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) e que cerca de 90% dos indivíduos portadores de Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) apresentam SAOS, resolvemos estudar o comportamento do PAI nestes pacientes uma vez que a SM está ligada à obesidade visceral e o PAI é liberado pelas células adiposas, entre outras. **Método:** Foram selecionados 15 portadores de SAOS sem FPI e 15 portadores de FPI e dosados os níveis séricos de PAI, num estudo de corte transversal, confrontando-se os resultados obtidos entre apneicos não fibróticos e fibróticos. **Resultados:** Dos 15 pacientes apneicos sem fibrose, 12 (80%) apresentavam níveis de PAI superiores a 3,5 ng/ml enquanto que tais níveis foram constatados em 9 (60%) dos portadores de FPI não sendo significativo a diferença observada (p=0,42). **Conclusões:** Os resultados obtidos mostram que o PAI é uma proteína aparentemente ligada tanto à SAOS como à FPI, entidades que parecem estar ligadas à SM conforme conceitos atuais que abordam a fisiopatologia destas duas situações. Tais observações nos obriga a valorizar o papel do tecido adiposo visceral frequentemente constatado em estudos por imagem do abdômen e do mediastino mas, até o momento, não levado em consideração pela classe médica. Este é o primeiro trabalho focalizando o papel do PAI e seu comportamento na associação da FPI com SAOS.

A0008 CORRELAÇÃO ENTRE MEDIDA MAXILAR E APNEIA DO SONO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA FALCIFORME

REGINA TERSE TRINDADE RAMOS¹; CRISTINA SALLES²; CARLA HILARIO DALTRO³; MARCUS ALMEIDA⁴

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - FACULDADE DE MEDICINA, SALVADOR, BA, BRASIL; 3.FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL; 4.FACULDADE DE MEDICINA, SALVADOR, BA, BRASIL.

DOR, BA, BRASIL; 4.FUNDAÇÃO BAHIANA PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS- ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL.

Introdução: O espaço aéreo ao nível da faringe tende a ser menor em crianças portadoras de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) do que em indivíduos sem SAOS. Fatores anatômicos como palato ogival, tamanho da maxila, arcos dentais estreitos e retração mandibular têm sido identificados como importantes parâmetros que podem levar a diminuição do calibre das vias aéreas superiores, pois estas estruturas passam a ocupar o espaço lingual e forçam a língua para trás, em direção a parede posterior da orofaringe. Sabendo-se que o esqueleto craniofacial de um recém-nascido corresponde a 60% do tamanho cefálico do adulto, aos oito meses corresponde a 80%, aos três anos atinge os 90%, e aos nove anos alcança os 95% do adulto, torna-se necessário o conhecimento de alterações craniofaciais precoces para que as medidas terapêuticas também sejam preventivas, especialmente nas crianças e adolescentes portadoras de Anemia Falciforme (AF), pois estima-se que no Brasil exista mais de dois milhões de portadores da AF e calcula-se o nascimento de 3.500 novos casos anuais da AF no país, o que faz desta hemoglobinopatia um problema de saúde pública. Logo, o objetivo deste estudo foi avaliar se existe correlação entre o tamanho da maxila com o índice de apneia (IA), índice de apneia e hiponeia (IAH), e o número de dessaturações. **Material e Métodos:** Foram selecionados 85 pacientes por amostragem não-probabilística do tipo seqüencial, entre o período de maio de 2007 a maio de 2008, portadores de AF, para medida da maxila (distância entre a face mesial dos primeiros molares superiores, em milímetros) e estudo polissonográfico de noite inteira. **Resultados:** A média da idade dos participantes foi de $9,3 \pm 3,9$ anos, sendo 58,8% do gênero masculino e quanto à raça, 71,8% se auto-definiram como pardos, 9 pacientes tiveram diagnóstico de SAOS. A média da medida da maxila foi de $3,5 \pm 0,4$ mm. A mediana das dessaturações: 6 (1 – 12); IA: 0 (0 – 0); e IAH (0 – 0,3). Consideramos como ponto de corte para maxila pequena (quando < 4 mm). A maxila pequena apresentou maior número de dessaturações quando comparada com maxila > 4 mm (7×2 ; $p=0,017$), entretanto não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao IAH e o IA. Foi observada correlação negativa entre a medida da maxila e índice de apnéia (Spearman = $-0,383$; $p=0,000$), e número de dessaturações (Spearman = $-0,310$; $p=0,005$). Não foi observado correlação entre medida da maxila e índice de apneia e hiponeia. **Conclusão:** Através deste estudo observamos correlação negativa entre o tamanho da maxila com o índice de apneia e número de dessaturações, logo o tamanho da maxila pode ser um importante fator para a ocorrência da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono em crianças e adolescentes com Anemia Falciforme.

A0009 VALIDAÇÃO DO APARELHO DE REGISTRO CARDIO-RESPIRATÓRIO PARA DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

MARCIA GONÇALVES DE OLIVEIRA¹; ROGERIO SANTOS SILVA²; SERGIO TUFFIK³; ROBERTA PULCHERI RAMOS⁴; FABIANA FERNANDA

DIAS ALONSO⁵; DENIS EDUARDO SARTORI⁶; LIA RITA AZEREDO BITTENCOURT⁷; LUIZ EDUARDO NERY⁸

1,4,8.PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,5,6,7. PSICOBIOLOGIA/UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A associação entre Doença Pulmonar Obstrutiva crônica (DPOC) e Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) é comum, sendo prevalente em 11% da população e conhecida como Overlap Syndrome. Acredita-se que está associada com dessaturação noturna grave, com risco aumentado de hipertensão pulmonar e Cor Pulmonale. A SAOS é habitualmente sub-diagnosticada, em parte, porque a polissonografia (PSG) é um exame caro e pouco acessível. Assim, o uso da monitorização portátil e domiciliar para diagnóstico da SAOS tem sido sugerido em indivíduos com alta probabilidade clínica e sem comorbidades. É necessário portanto, validar esse tipo de monitorização em pacientes com SAOS e DPOC. **Objetivo:** Avaliar a acurácia do equipamento de monitorização portátil “Stardust™” (STD) para diagnóstico da SAOS em pacientes portadores de DPOC. **Metodologia:** Foram recrutados pacientes com diagnóstico DPOC (II e III-GOLD) e suspeita clínica de SAOS. Todos foram submetidos à 2 registros: 1) STD em casa e 2) STD no laboratório simultâneo a PSG convencional. A ordem da realização dos registros foi aleatória. O índice de apnéia e hipopnéia (IAH), entre outros, foi avaliado na: a) PSG, b) STDLab e c) STDCasa. Os exames foram estagiados por técnico habilitado e cego para o objetivo do estudo. **Resultados:** Setenta e dois pacientes foram submetidos aos registros propostos, sendo 5 excluídos (eficiência do sono $< 50\%$ na PSG). Também foram excluídos por problemas técnicos (coleta dos dados de fluxo aéreo e oximetria), 27% dos registros STDLab e 60% do STDCasa. Foram, portanto, incluídos na análise 26 exames que apresentaram qualidade adequada de registro nas situações propostas. A idade (média $\pm$ DP) foi $62,8 \pm 8,5$ anos, 50% do sexo feminino, 93% eram ex-tabagistas ($48,6 \pm 22,8$ maços/ano). Tinham IMC de $31,0 \pm 5,6$ kg/m², circunferência cervical $40,8 \pm 4,1$ cm, VEF1 $55 \pm 11\%$, e não tinham hipoxemia diurna ($PaO_2 = 73,2 \pm 7,4$ mmHg). Os valores médios do IAH, TTR e tempo de saturação da oxihemoglobina (SpO_2) menor que 90% não diferiram entre as condições analisadas. Houve diferença entre os valores de SpO_2 média entre a PSG e STDCasa ($p=0,03$), SpO_2 mínima entre PSG e STDLab ($p=0,03$) e entre o índice de dessaturação de oxihemoglobina entre a PSG e os registros portáteis ($p<0,001$). Observou-se correlação (intraclasse) entre os métodos de registros, para o IAH, quando comparamos a PSG com STDLab ($r=0,62$; $p<0,001$) e com STDCasa ($r=0,49$; $p<0,001$). Comparada à PSG (padrão ouro) o STD teve boa sensibilidade na identificação de valores anormais do IAH, independente da gravidade, bem como baixa taxa de falsos negativos. A análise visual dos gráficos de Bland Altman demonstrou razoável concordância do IAH do STDCasa e STDLab com o da PSG, bem como entre o STDCasa com o STDLab. **Conclusão:** Apesar de perdas e artefatos, quando o STD apresentou registro adequado, houve razoável correlação e concordância deste Sistema de monitorização para diagnóstico de SAOS em DPOC, quando comparado a PSG.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

A0010 INFLUÊNCIA DA HIPERINSUFLAÇÃO PULMONAR DINÂMICA SOBRE AS PRESSÕES INSPIRATÓRIA E EXPIRATÓRIA MÁXIMAS EM REPOUSO E APÓS O TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS EM PACIENTES COM DPOC

VINÍCIUS C. JAMONTI¹; MARCIO R.P. SOUZA²; VALÉRIA R. SOUZA³; CLAUDIA KUMPEL⁴; IVAN T. IVANAGA⁵; ELIAS F. PORTO⁶; ANTONIO A.M. CASTRO⁷; JOSÉ R. JARDIM⁸

1,5,7,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,6.UNASP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O uso dos broncodilatores reverte parcialmente a limitação do fluxo aéreo e a hiperinsuflação pulmonar em pacientes com DPOC. A hiperinsuflação pulmonar dinâmica prejudica a incursão do músculo diafragma por provável mecanismos de desvantagem mecânica ventilatória, que por sua vez, reduz as pressões da musculatura inspiratória (P_Imax) e expiratória (P_Emax) em pacientes com DPOC. **Objetivo:** Avaliar a influência da hiperinsuflação pulmonar e as alterações nas pressões da musculatura respiratória (P_Imax e P_Emax) durante o repouso e após o teste da caminhada de 6 minutos (TC6'), medidas com e sem o uso de broncodilator (salbutamol 400 mcg). **Métodos:** Foram avaliados 16 pacientes com DPOC (VEF1 36,4±10% prev.; idade 63,0±13 anos; altura 164±13cm; IMC 25,8±6 kg/m²). A P_Imax e P_Emax foram medidas antes e ao final do TC6', uma vez sem e outra com o uso de broncodilator (salbutamol 400 mcg). **Resultados:** Houve diminuição significativa da P_Imax e P_Emax ao final do TC6' (p=0,00038) sem uso prévio do broncodilatador. Com o uso prévio do broncodilatador, não foi evidenciada diminuição da P_Imax e P_Emax (p>0,05). Houve boa correlação entre P_Imax e P_Emax e a capacidade inspiratória em repouso e ao final do TC6' (r=0,61, p=0,0054 e r=0,60, p=0,0031, respectivamente). **Conclusão:** A hiperinsuflação pulmonar dinâmica pode ter influencia negativa sobre a capacidade dos músculos respiratórios em gerarem pressão inspiratória e expiratória máxima. A limitação ventilatória causada pela hiperinsuflação pulmonar pode ser reduzida com o uso prévio de broncodilator antes de um teste submáximo de exercício em pacientes com DPOC.

A0011 METABOREFLEXO DA MUSCULATURA INSPIRATÓRIA EM PACIENTES COM DPOC

PAULO J.C. VIEIRA¹; JORGE P. RIBEIRO²; DANILO CORTOZI BERTON³; THAISE GRACIANO⁴; FÁBIO JOSÉ FABRICIO DE BARROS SOUZA⁵; GASPAR ROGÉRIO CHIAPPA⁶

1.HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIOGRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL; 4,6.UNIVERSIDADE DO SUDESTE DE SANTA CATARINA, CRICIUMA, RS, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE DO SUDESTE DE SANTA CATARINA, CRICIUMA, RS, BRASIL.

Introdução: pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e fraqueza muscular respiratória podem apresentar um metaboreflexo exacerbado da musculatura inspiratória, isto é, o acúmulo de metabólitos secundário à contração até a fadiga da musculatura respiratória pode resultar, via ativação de fibras aferentes não mielinizadas, em incremento reflexo da atividade simpática vasoconstritora e redirecionamento

de fluxo sanguíneo da musculatura apendicular para a ventilatória. Em indivíduos com DPOC, novas evidências têm surgido indicando que esse mecanismo pode contribuir para a limitação ao exercício. **Objetivos:** avaliar os efeitos da sobrecarga da musculatura ventilatória sobre a hemodinâmica da musculatura apendicular em indivíduos com DPOC, IC e controles saudáveis. **Métodos:** Doze pacientes com DPOC (VEF1= 42 ± 14 % pred), 14 pacientes com IC (Classe funcional NYHA 1,3 ± 0,7) e fraqueza da musculatura ventilatória, e 10 indivíduos controles pareados para idade índice de massa corpórea foram estudados. Pacientes com DPOC e IC tinham a mesma classe funcional e força de musculatura inspiratória. O metaboreflexo da musculatura inspiratória (MMI) foi induzido com a adição de uma carga inspiratória correspondente a 60% da pressão inspiratória máxima, enquanto o fluxo sanguíneo e resistência vascular da panturrilha (RVP) em repouso foram aferidos através de pletismografia de oclusão venosa. **Resultados:** a sobrecarga da musculatura inspiratória resultou em aumento da RVP em ordem decrescente de magnitude em paciente com IC (107 ± 31 units) comparativamente aos pacientes com DPOC (71 ± 47 units), e controles (35 ± 12 units; P < 0.001). Considerando somente os pacientes, essa resposta vasoconstritora da musculatura apendicular em repouso se correlacionou com o consumo de oxigênio de pico (VO₂) (r = 0,66, p < 0,01). **Conclusão:** esses achados corroboram que os pacientes com DPOC e IC têm um MMI exacerbado. A correlação verificada entre esse reflexo e o pico de VO₂ sugerem que MMI seja um importante determinante da capacidade funcional em DPOC e IC. Fontes de financiamento: CNPq e Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

A0012 INTERNAÇÕES/ANO POR DPOC NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA CIDADE DE SÃO PAULO ANTES E APÓS A DISPENSAÇÃO DE REMÉDIOS PARA DPOC E INSTITUIÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS PARA TRATAMENTO DE DOENÇA PULMONAR AVANÇADA NO SUS EM 2007.

MARIA CHRISTINA LOMBARDI DE OLIVEIRA MACHADO¹; MARIA CRISTINA MANZANO PIMENTEL²; JÚLIO JOSÉ MÁXIMO DE CARVALHO³

1.UNIFESP E SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3.SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Doença pulmonar avançada (DPA) é toda doença pulmonar que limita a realização das atividades de vida diária, causa deterioração pulmonar irreversível e frequentemente hipoxemia crônica. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é a DPA mais prevalente. Estima-se que existam 60 mil indivíduos com DPA no município de São Paulo, 50.000 com DPOC estágio III ou IV e 4.400 com indicação de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Adicionalmente, pacientes com DPOC internados usualmente são portadores de doença em estágio mais grave e habitualmente não realizam tratamento ambulatorial adequado por dificuldades econômicas e/ou pela dispnéia incapacitante que os dificulta sair de casa, ou por não serem direcionados para Serviços de pneumologia. Em 2007, a Secretaria Estadual da Saúde de SP iniciou a dispensação de medicamentos para DPOC no SUS e a Secretaria Municipal da Saúde de SP (SMS-SP) instituiu 23 Serviços ambulatoriais para tratar DPA/DPOC na rede e reorganizou seu Programa de dispensação de ODP. Porém, não se sabe o impacto destas ações no comportamento das

internações por DPOC nos hospitais públicos da cidade de SP. **Objetivos:** Analisar o comportamento das taxas/custos das internações/ano por DPOC no SUS da cidade de SP antes e após 2007 (2004-2009). **Métodos:** Taxas de internações/ano por DPOC: dados da CEINFO-SMS/SP; custos: dias de internação/ano vs. custos das diárias (enfermaria e unidade de terapia intensiva). Regressão de Poisson: análise do comportamento das taxas/custos das internações/ano por DPOC (2004-2009). Significância estatística se $p \leq 0,05$. **Resultados:** Houve redução de 30% nas taxas/custos das internações/ano por DPOC ($p < 0,001$) em 2008 e 2009, em comparação aos anos anteriores. **Conclusão:** A instituição no SUS de Serviços para tratamento de DPA e a dispensação de remédios para DPOC e de ODP se associam com redução significativa das taxas/custos das internações/ano por DPOC nos hospitais públicos de SP/capital.

A0013 EMPREGO DE TERAPIA CELULAR PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA/ENFISEMA PULMONAR

JOÃO TADEU RIBEIRO-PAES¹; ALDEMIR BILAQUI²; MILTON ARTUR RUIZ³; OSWALDO TADEU GREGO⁴; MÁRIO ROBERTO LAGO⁵; MÔNICA YONASHIRO MARCELINO⁶; TALITA STESSUK⁷; NATHALIA LONGUINIDOS-SANTOS⁸

1,7,8.UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP - CAMPUS DE ASSIS, ASSIS, SP, BRASIL; 2,3,4,5.INSTITUTO DE MOLÉSTIAS CARDIOVASCULARES - IMC, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O enfisema pulmonar, dentro do espectro da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), apresenta como característica histopatológica mais relevante a destruição do parênquima pulmonar, com aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal. Apesar dos significativos avanços na prevenção e no tratamento dos sintomas, não se obteve até o momento uma terapia eficaz, curativa ou que impeça a progressão da patologia. Considerando esses aspectos, os dados epidemiológicos e o impacto sócio-familiar decorrentes dessa condição patológica, diversos modelos experimentais têm sido propostos, com o intuito de expandir o conhecimento sobre os processos fisiopatológicos e ampliar as opções de tratamento para DPOC. Neste contexto, a terapia celular (TC) com células-tronco (CT) desponta como uma nova abordagem terapêutica, com imenso potencial de aplicação. **Objetivo:** Avaliar a segurança do procedimento de infusão de CT em pacientes com DPOC grave. **Métodos:** O projeto foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP - Reg. 14764) e aprovado em abril de 2009 (Parecer - 233/2009), para aplicação em 4 pacientes. Após a seleção, foi realizada avaliação clínico-laboratorial, cardiológica, exames laboratoriais de rotina e o teste Escala Escor de Dispneia. Os pacientes receberam G-CSF, durante 3 dias anteriores ao procedimento. A separação das células mononucleares da medula óssea (BMMC) foi realizada por centrifugação em gradiente de densidade (Ficoll). A infusão de BMMC foi realizada em veia periférica (braquial média). Adotou-se um período de 12 meses para acompanhamento da evolução clínica dos pacientes. **Resultados:** A resposta clínica dos sujeitos voluntários da pesquisa, validada pela análise laboratorial, revela melhora discreta em todos os pacientes, marcadamente nos primeiros 30 dias após a infusão de BMMC. Após esse período observa-se uma tendência de declínio nos exames laboratoriais, sem que, no entanto, retornem aos valores basais obtidos antes da terapia com

BMMC. Um dado a ser ressaltado é que o seguimento de 12 meses, já alcançado por 3 dos quatro pacientes submetidos ao procedimento, indica uma marcante melhora na qualidade de vida, bem como, pode-se verificar em todos os pacientes, uma estabilização do quadro clínico. **Conclusão:** Diante dos resultados obtidos, pode-se afirmar que, mesmo diante da pequena amostra aprovada pela CONEP, os objetivos deste estudo clínico, foram plenamente alcançados, qual seja, pode-se afirmar que a metodologia adotada, neste protocolo, para TC com BMMC em portadores de DPOC em grau avançado, é isenta de efeitos adversos significativos, não acarreta danos e não prejudica o quadro clínico do paciente. Além desse aspecto, é importante enfatizar que, embora seja necessário a ampliação da amostra e um tempo maior de seguimento, é possível inferir que a TC com BMMC imprime uma inédita modificação no curso ou história natural do enfisema, inibindo ou retardando a progressão da doença.

Tromboembolismo pulmonar

A0014 ESTUDOS ANTES E DEPOIS DO PROGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DA DIRETRIZ BRASILEIRA PARA PROFILAXIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM PACIENTES CLÍNICOS ATRAVÉS DO ALGORITMO DE AVALIAÇÃO DE RISCO E PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA: ESTUDO TEV SAFETY ZONE BRASIL

ANA THEREZA CAVALCANTI ROCHA¹; LIANE SCHECHTMAN TANDEITNIK²; JORGE R. RIBAS TIMI³; ALEX MACEDO⁴; WILLE OIGMAN⁵; MARCELO GOULART PAIVA⁶; JOÃO GONÇALVES PANTOJA⁷; JOSÉ CARLOS FERNANDEZ VERSIANI DOS ANJOS⁸

1.COMPLEXO HUPES, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, RECIFE, PE, BRASIL; 3.HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 4.SANTA CASA DE SANTOS, SANTOS, SP, BRASIL; 5.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 6.HOSPITAL 9 DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 7.HOSPITAL COPA DOR, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 8.HOSPITAL MADRE TERESA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: o estudo ENDORSE mostrou que 46% dos pacientes clínicos no Brasil têm risco de tromboembolismo venoso (TEV) e destes, somente 59% recebem profilaxia segundo recomendações do American College of Chest Physicians (ACCP). A implementação de programas hospitalares de profilaxia baseados em palestras e avaliação de risco aumentam a adequação, mas a subutilização de profilaxia persiste. **Objetivos:** 1) Avaliar o impacto em hospitais brasileiros da implementação do Programa TEV Safety Zone baseado na Diretriz Brasileira para Profilaxia de TEV sobre a adequação da profilaxia para TEV em pacientes clínicos; 2) Comparar a avaliação de risco de TEV pelas recomendações do ACCP e pela Diretriz Brasileira e 3) Avaliar o impacto entre os dois níveis do Programa TEV Safety Zone na utilização de profilaxia. **Métodos:** foi realizado um estudo de corte-transversal durante um único dia sobre a utilização de profilaxia de TEV em pacientes clínicos hospitalizados depois da randomização de hospitais participantes do estudo ENDORSE para receber durante 12 meses um dos dois níveis do Programa TEV Safety Zone: menos intensivo (distribuição de algoritmos de avaliação de risco de TEV e palestras educativas) ou mais intensivo (as mesmas intervenções coordenadas por comissão pró-ativa de profilaxia de TEV com apoio da diretoria). **Resultados:** foram coletados dados em um único dia em 725 pacientes: 400 (55%) pacientes no grupo mais intensivo e 325 (45%) no menos intensivo.

A média de idade dos pacientes foi de 65 ± 14 anos, 50% eram homens, com mediana de 10 ± 8 dias de internação. Destes pacientes, 15% eram obesos, 57% tinham mobilidade reduzida, 96% tinham ao menos 1 fator de risco (FR) para TEV, com média de 3 FR/paciente, sendo a média maior no grupo mais intensivo ($3,6 \pm 2$ vs. $2,4 \pm 1$, $p < 0,0001$). Os FR mais frequentes foram: idade ≥ 55 anos (75%), internação em UTI (31%), infecção (25%), cateter venoso central (21%), doença pulmonar crônica (21%), insuficiência cardíaca (19%), infecção pulmonar (19%) e câncer (16%). Ao menos 1 FR para sangramento estava presente em 32%. Pelo ACCP, 54% tinham risco de TEV e destes 73% estavam recebendo profilaxia recomendada. Pela Diretriz Brasileira, 89% eram candidatos à profilaxia e 60% receberam profilaxia. A adequação de profilaxia foi significativamente maior no grupo que recebeu o Programa mais intensivo de incentivo à profilaxia (73% vs. 50%, $p < 0,0001$). **Conclusão:** Houve importantes modificações na utilização de profilaxia de TEV em pacientes clínicos em hospitais brasileiros entre o estudo ENDORSE e o estudo TEV Safety Zone. Usando critérios do ACCP, a percepção de pacientes em risco de TEV aumentou e com isto o percentual de pacientes recebendo profilaxia recomendada de 59% para 73%. Programas intensivos de educação continuada, associados à participação pró-ativa da diretoria através de comissões para prevenção de TEV, como o Programa TEV Safety Zone aumentam significativamente a adequação da profilaxia.

A0015 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): ANÁLISE DIAGNÓSTICO-TERAPÊUTICA DE 40 CASOS ESTUDADOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS PULMONARES

LILIAN RECH PASIN¹; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA²; RODRIGO BELLO³; JOSÉ DA SILVA MOREIRA⁴; FERNANDA WALTRICK MARTINS⁵
1,2,3,5,ISCMPA/PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL;
4,ISCMPA/PAVILHÃO PEREIRA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: O Tromboembolismo Pulmonar (TEP) constitui sério problema de saúde mundial, com elevadas incidência e mortalidade em pacientes hospitalizados. Seu diagnóstico depende basicamente de um alto grau de suspeição frente às situações de risco para a ocorrência, cujo manejo clínico imediato, fundamentado no uso de anticoagulantes, pode reduzir drasticamente as consequências graves da condição. **Objetivos:** Apresentar, de forma detalhada, uma série de casos de TEP com diagnóstico e manejo efetuados em um serviço especializado em Doenças pulmonares. **Métodos:** Foram incluídos 40 pacientes com descrição dos achados clínicos, laboratoriais, imagéticos (todos com CT dinâmica de tórax), do tratamento efetuado, seus resultados e evolução. **Resultados:** Foram estudados 40 pacientes (65% mulheres; 35% homens), com idades entre 21 e 93 anos- 20-40 anos (30%); 41-60 anos (22%); 61-80 anos (35%); maior que 80 anos (12%). Entre os sintomas: dispnéia e dor torácica (75%), febre (20%), tosse (17,5%), escarro hemático (7,5%), mal-estar, náuseas (5%), síncope, edema membros inferiores, anorexia e desconforto abdominal (2,5%). Com relação aos fatores de risco: doença cardiovascular (42,5%); Doenças pulmonares crônicas (37,5%), História de TEV prévio (17,5%-5 TVP e 2 TEP), obesidade, cirrose hepática e pós-operatório (10%), História de carcinoma brônquico (5%); fratura, IRC, neoplasia maligna extra-torácica e AVC (2,5%). Não encontrado fator de risco em 12,5%. ECG (realizado em 95% dos pacientes): taquicardia sinusal (89%), Fibrilação Atrial e sinais de aumento AD (7%), Padrão S1Q3T3

e BRD (2,5%). Ecocardiograma (realizado em 75% dos pacientes) com sobrecarga câmaras direitas (23%), regurgitação tricúspide (13%), disfunção VD (10%), trombo em AD (3%). Radiograma de tórax: normal (2,5%), consolidação (43%), derrame pleural unilateral e hipoexpansão pulmonar (28%), atelectasia laminares (15%), aumento do tronco artéria pulmonar (9%), zona de oligoemia (3%), lesão tumescente e infiltrado unilateral (2,5%). CT dinâmica de tórax: trombos segmentares (85%); subsegmentares (40%); trombos em artéria pulmonar e ramos principais (22%). Em 60% havia até 5 segmentos comprometidos. Todos os pacientes receberam heparina a pleno (65% HBPM e 35% HNF). **Evolução clínica:** obtiveram alta hospitalar, necessitaram de tratamento em UTI e evoluíram com óbito, 90%, 7% e 3% dos pacientes, respectivamente. **Conclusão:** Os dados preliminares deste estudo corroboram as informações relatadas na literatura, onde os dados clínicos, fatores de risco e achados de estudos imagéticos, advindos primeiramente da suspeição clínica, são fundamentais na avaliação e confirmação do diagnóstico de TEP, bem como a introdução precoce de anticoagulação diminui risco de óbito nesta população.

TABAGISMO

A0016 ANÁLISE DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA EM 2.579 FUMANTES MOTIVADOS A DEIXAR DE FUMAR, CONFORME DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA: IDOSOS SÃO MAIS DEPENDENTES?

BEATRIZ MARTINS MANZANO¹; GRACIANE LAENDER MOREIRA²; VINICIUS C. IAMONTI³; JULIANA BENEDITA MOYSÉS⁴; MÁRCIA LÉLIS E SILVA⁵; ELZA VELLOSO⁶; JOSÉ R. JARDIM⁷; SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS⁸

PREV-FUMO-PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O tabagismo está fortemente relacionado às causas mais comuns de mortalidade e morbidade entre a população idosa, porém, observa-se que sua prevalência entre idosos é menor que em mais jovens. A tendência de se moldar novos programas de auxílio à interrupção do tabagismo de acordo com a população-alvo mostra a necessidade de se investigar este grupo populacional na busca de subsídios para se alcançar melhores resultados. Pouco se discute a provável existência de diferença no grau de dependência de idosos em comparação às demais faixas etárias, nas populações motivadas para deixar de fumar (como as que buscam centros de apoio ao tratamento do tabagismo). O esclarecimento deste aspecto pode revelar a necessidade de abordagem diferenciada para esta população, por ser a maior dependência nicotínica um reconhecido preditor de piores taxas de cessação tabagística. **Objetivo:** Identificar o grau de dependência nicotínica de pacientes motivados a deixar de fumar, inscritos em um centro de referência para tratamento do tabagismo (PrevFumo-Pneumologia/Unifesp), comparando idosos com demais faixas etárias. **Métodos:** Entrevistados fumantes que procuraram o PrevFumo, agrupados em idosos (60 anos ou mais) e não-idosos. Variáveis analisadas durante avaliação inicial: sexo e grau de dependência à nicotina (avaliado conforme pontuação obtida no Questionário de Fagerström). Foi utilizada estatística descritiva para a caracterização dos indivíduos. Para comparação entre os grupos foram utilizados o teste qui-quadrado e teste de Mann-Whitney, de acordo com a distribuição dos dados, com nível de significância estatística de 5%. **Resultados:** Analisados 2.579 fumantes, sendo 397 idosos (15,4%); 144 homens (36,3%) e 253 mulheres (63,7%). A distribuição da dependência em

valores absolutos não foi considerada normal. Entre idosos a mediana foi 7 (valores entre 2 e 10), maior que a observada entre não-idosos, igual a 6 (valores entre 0 e 10), $p=0,015$. Idosos apresentaram proporção de valores iguais ou acima de 7 (60,2%) significativamente maior que entre não-idosos (45,1%), $p<0,001$. Não foram encontradas diferenças de valores absolutos e proporções entre os gêneros, quando analisados idosos ($p=0,292$). Observados valores de dependência significativamente maiores entre mulheres idosas (mediana 7, valores entre 2 e 10) que entre não-idosas (mediana 6, valores entre 0 e 9), $p=0,003$; não houve diferença significativa na comparação similar para sexo masculino ($p=0,944$). Conclusão: O grau de dependência difere entre os grupos, sendo maior entre idosos, principalmente quando se analisam dados de elevada dependência (maiores ou iguais a 7). Mulheres idosas possuem grau de dependência mais elevado que não-idosas. Esses dados reforçam a necessidade de abordagens diferenciadas para essa faixa etária e sexo feminino em programas de cessação do tabagismo, com finalidade de se aumentar taxas de sucesso do tratamento.

A0017 DETERMINANTES PARA A EXPERIMENTAÇÃO E USO PRECOCE DO TABACO ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES DE SALVADOR - BAHIA-BRASIL

ADELMO DE SOUZA MACHADO NETO¹; TARCÍSIO MATOS ANDRADE²; GISELE GHIRALDI MACHADO³; ANA PAULA SOUZA MACHADO⁴; LAURO REIS SANTANA⁵; ANA CARMEN COSTA DIAS⁶; SARAH GHIRALDI MACHADO⁷; FRANCISCO INÁCIO BASTOS⁸

1,2,3,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 4,6.FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 7.FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIA, SALVADOR, BA, BRASIL; 8.FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: uma proporção substancial de adolescentes experimenta o tabaco, apesar das restrições ao consumo. **Objetivos:** identificar os fatores associados à iniciação do consumo de tabaco por adolescentes escolares e ao seu uso precoce (11-14 anos). **Desenho de estudo:** estudo seccional com amostra representativa. **População de referência:** adolescentes escolares (curso fundamental e médio) de escolas públicas e particulares da cidade do Salvador, Bahia. **Métodos:** um questionário anônimo foi aplicado aos alunos no período de 07 de abril a 13 de junho de 2008. A seleção das escolas, das turmas e alunos foi obtida por uma amostragem em múltiplos estágios. Dos 6.500 questionários aplicados, 5.347 foram considerados válidos para o estudo. **Variáveis selecionadas:** Dependente: consumo experimental do tabaco; Independentes: sócio demográficas, educacionais, influência da mídia e consumo de álcool no último ano ou mês. **Procedimentos estatísticos:** medidas descritivas, cálculo de intervalos de confiança de 95% (IC95%) (precisão das estimativas), regressão logística acompanhada de testes referentes ao ajuste do modelo. **Resultados:** A frequência de experimentação foi de 16,1% (IC95%=15,1-17,2). A média da idade do uso experimental do tabaco ($n = 757$) foi de 13,9 ($\pm 1,8$) anos, 61,2% experimentou esta substância antes dos quinze anos de idade, sendo que 11,8% dos jovens fizeram o primeiro uso do tabaco aos 11 anos. O gênero masculino (OR=0,54; IC83%=0,41-0,73), a cor da pele branca/asiática (OR=0,73; IC83%=0,54-1), a classe econômica B1-A2 (OR=0,63; IC83%=0,46-0,86), o hábito de fumar do pai (OR=1,53; IC83%=1,07-2,19) e a mídia dos produtos do tabaco (OR=2,43; IC83%=1,46-4,04) se mostraram associadas ao consumo precoce. O consumo do álcool (OR=6,04; IC83%=4,62-7,88), o consumo de tabaco por amigos

(OR=3,18; IC83%=2,54-3,99) e namorado (a) (OR=3,42; IC83%=1,78-6,56) e, a intervenção agressiva/coercitiva dos pais (OR=1,60; IC83%=1,26-2,04) se mostraram associados à experimentação do tabaco. **Conclusão:** O consumo do álcool no ano ou mês apresentou forte associação com a experimentação do tabaco, assim como a influência de pessoas da convivência do jovem. O hábito de fumar do pai e a mídia dos produtos do tabaco aumentaram as chances de consumo desta substância.

A0018 SUCESSO DO TRATAMENTO INTENSIVO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMBINADO COM MEDICAÇÕES GRATUITAS NO NÚCLEO DE ATENÇÃO E TRATAMENTO DO TABAGISMO (NATTAB) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS EM SALVADOR

ANA THEREZA CAVALCANTI ROCHA¹; MARINA CAMPOS SIMÕES CABRAL²; LUCAS SOUSA MACÊDO³; MANUELA BARROS DE PINHO⁴; JOSÉ FRANKLIN SOARES POMPA-FILHO⁵; MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA⁶; KELLY PALONY NEVES DO BEM⁷; CLÁUDIA LUISA SENA GOMES DE SOUZA⁸

1,2,3,5,6.FAMEB - UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 4,7,8.NATTAB - HUPES, SALVADOR, BA, BRASIL.

Introdução: O tratamento do tabagismo associa-se a taxas de cessação $\leq 50\%$ a curto-prazo e na sua forma intensiva é pouco disponível em Salvador. O NATTAB oferece tratamento intensivo cognitivo-comportamental (TCC) em associação a medicações gratuitas para pacientes em Salvador. **Objetivos:** Avaliar as taxas e fatores relacionados com a cessação do tabagismo no nosso programa de tratamento intensivo cognitivo-comportamental (TCC) em associação a medicações gratuitas. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente pacientes consecutivos triados clínica e psicologicamente, quanto à dependência, nível de estresse, e motivação para a cessação. Foi proposto TCC, baseado em resolução de problemas, treinamento de habilidades e suporte social por equipe de pneumologistas, enfermeira, psicólogas e fisioterapeuta em sessões de grupo semanais por 4 semanas, quinzenais por 2 meses e mensais por 9 meses. A escolha das medicações (bupropiona, adesivos de nicotina (TRN), gomas de nicotina ou combinações) baseou-se no Teste de Fagerstrom (TF), nas comorbidades, contra-indicações e na estratégia para parada (abrupta ou gradual). **Variáveis categóricas e a abstinência reportada** são apresentadas como proporções. **Análise de regressão logística multivariada (RLM)** foi usada para estimar preditores da abstinência em 1 e 3 meses. **Resultados:** 350 pacientes foram avaliados durante 20 meses. O escore no TF foi 0-4 em 26%, 5-7 em 43% e 8-10 em 31%. O TCC foi iniciado por 75% deles; 64,5% eram mulheres e a idade média foi $52,7 \pm 11$ anos; 41% tinham hipertensão, 38% DPOC, 37% história de depressão, 24% distúrbios do sono; 88% dos pacientes usaram medicações (Bupropiona 44,4%, TRN 23,9%, gomas 4,6% e combinação 22,5%) e 71% completaram pelo menos 3 meses de tratamento (Tabela 1). Pacientes com maior TF foram mais propensos a iniciar o TCC, 68% (0-4), 72% (5-7) e 84% (8-10), $p=0,02$. A taxa de abstinência foi 57% (150/262) em 1 mês, 81% (150/185) em 3 meses e 77% (72/94) em 6 meses. Em 1 mês, a taxa de abstinência foi maior para aqueles que usaram medicação, 63% vs. 19% ($p<0,0001$), que participaram de 3-4 vs. 1-2 sessões, 63% vs. 34% ($p<0,0001$), e para os homens, 65% vs. 53% (embora sem significância). Fatores independentemente associados com a abstinência em 1 mês foram: uso de medicação, OR 4,8 (95% IC 2,1-11,1), participação em 3-4 sessões, OR 2,2

(95% IC 1,1-4,4) e escore no TF, OR 0,8 (95% IC 0,7-0,9). Gênero, idade, história de tentativa de cessação prévia, e abuso de álcool não interferiram. Preditores de abstinência em 3 meses foram participação em ≥ 8 sessões, OR 3,4 (95% IC 1,4-8,2) e o uso de medicação pelo menos no 1º mês, OR 3,0 (95% IC 2,0-4,8). **Conclusão:** No nosso programa, pacientes recebendo o TCC combinado com medicações gratuitas obtiveram altas taxas de abstinência ao tabaco em 1, 3 e 6 meses. Programas combinando TCC com medicações são efetivos para a cessação do tabagismo, mesmo quando a dependência à nicotina é moderada a alta e há comorbidades.

A0019 ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E DEPRESSÃO: DADOS PRELIMINARES DO AMBULATÓRIO DE AUXÍLIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO (AACT) DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS

GUSTAVO CHATKIN; JULIANA TONIETTO ZAMPIERI; LETICIA MACHADO ACOSTA; LIVIA NORA BRANDALISE; EDNA JEREMIAS; JOSÉ MIGUEL CHATKIN

PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Introdução: Há evidências crescentes da associação entre tabagismo e transtornos depressivos, inclusive de que possam influenciar-se reciprocamente. O objetivo principal deste estudo é avaliar a prevalência de Transtorno Depressivo Maior e a influência deste no perfil tabágico e grau de dependência à nicotina em pacientes de um ambulatório especializado no auxílio à cessação do tabagismo. **Pacientes e Métodos:** Foram avaliados os pacientes que chegaram ao AACT para primeira consulta de fevereiro de 2009 a julho de 2010. Os pacientes foram avaliados conforme a rotina do ambulatório quanto ao perfil tabágico (número de cigarros fumados por dia, tempo de fumo), índice de CO exalado e grau de dependência à nicotina (através do Teste de Fagerstrom para dependência nicotínica). A presença de Episódio Depressivo Maior foi avaliada através da entrevista estruturada do MINI-Plus 5.0.0. Os dados foram analisados pelo SPSS 15. **Resultados:** Foram avaliados 110 pacientes com idade média de 51,49 anos, sendo 78 (70,9%) mulheres. Do total, 22 (20%) apresentaram diagnóstico de Episódio Depressivo Maior Atual (EDM). Os pacientes com EDM fumavam maior número de cigarros por dia (31,59 versus 24,69 cigarros/dia, $p=0,031$) e apresentavam medidas de CO exalado maiores (18,25 versus 14,37 ppm, $p=0,048$). Os pacientes com depressão tenderam a apresentar índices de Fagerstrom maiores (6,86 versus 6,12; $p=0,168$), entretanto sem diferença estatisticamente significativa. **Discussão:** A prevalência de EDM entre fumantes nesta amostra foi semelhante a apresentada pela literatura (aproximadamente 25%), confirmando correlação com o tabagismo. Pacientes deprimidos fumam mais cigarros ao dia, apresentam índice de CO exalado maior e tendem a apresentar maior dependência à nicotina. Os resultados encontrados corroboram os estudos sobre o tema e reforçam a necessidade de uma abordagem terapêutica que inclua ambas as patologias.

A0020 AÇÃO DA NICOTINA SINTÉTICA NO TRANSPORTE MUCOCILIAR DE TABAGISTAS

RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; MAHARA - DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA; ALINE APARECIDA ELIAS; FERNANDA MARIA MACHADO RODRIGUES; DIONEI RAMOS; MICHELE OLIVEIRA CASSUNDÉ; ERCY MARA CIPULO RAMOS

UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

Introdução: O transporte mucociliar é um mecanismo muito importante do trato respiratório, sua principal função é car-

regar e expelir todos os agentes agressores da via aérea. O bom funcionamento e a eficiência do transporte dependem da estrutura, sincronia e frequência do batimento ciliar, além da quantidade e qualidade da secreção brônquica. Porém, deve-se ressaltar que a eficácia do transporte mucociliar, pode variar em diferentes condições, inclusive pela ação de fármacos. Dessa forma, o uso de adesivos transdérmicos de nicotina (ATN) pode influenciar o mecanismo de depuração mucociliar. **Objetivo:** Avaliar o efeito da nicotina sintética de adesivos transdérmicos no transporte mucociliar de indivíduos abstênicos há sete dias. **Método:** Foram avaliados 24 indivíduos participantes do Programa de Orientação e Conscientização Antitabagismo da Faculdade de Ciências e Tecnologia FCT/UNESP de Presidente Prudente. Os participantes foram divididos em dois grupos. O primeiro (G1) formado por 16 indivíduos abstênicos há sete dias e em uso de ATN (8 homens; 46 ± 13 anos; 20 ± 15 cig/dia; 23 ± 3 kg/m²), e o segundo (G2) por 8 indivíduos abstênicos há sete dias e sem uso de ATN (6 homens; 57 ± 9 anos; 25 ± 14 cig/dia; 27 ± 2 kg/m²). Para a mensuração do transporte mucociliar foi utilizado o tempo de trânsito de sacarina (TTS) em dois momentos, após 12 horas e sete dias de abstinência, comprovada pela quantificação de monóxido de carbono no ar expirado, mensurado por meio do monitor Micro CO®. Todos os indivíduos apresentaram prova espirométrica normal, avaliada por meio do espirômetro MIR-Spirobank versão 3.6. As avaliações foram realizadas entre 7 e 9 horas, em ambiente com temperatura mantida a 25°C e umidade relativa do ar entre 50 e 60%. **Resultados:** Nos grupos G1 e G2 a média e desvio padrão do TTS após 12 horas de abstinência foram 15 ± 10 min; 13 ± 11 min respectivamente, ($p=0,68$) e após sete dias de abstinência 17 ± 13 min; 8 ± 4 min ($p=0,17$). Na comparação do TTS após 12 horas e sete dias de abstinência de cada grupo (G1 e G2) não houve diferença significativa ($p=0,16$; $p=1$), respectivamente. **Conclusão:** Neste estudo o uso de nicotina sintética não alterou a transportabilidade mucociliar de indivíduos fumantes abstênicos. Além disso, sete dias de abstinência não foi suficiente para se observar mudanças no transporte mucociliar de indivíduos fumantes.

BROCOSCOPIA

A0021 ULTRASSONOGRAFIA ENDOBRÔNQUICA COM PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (EBUS-FNA): A EXPERIÊNCIA INICIAL DO SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA INCOR/ICESP/ HC- FMUSP

THIAGO OLIVEIRA MENDONÇA; ANDRÉ LOBO NAGY; ASCÉDIO RODRIGUES; MÁRCIA JACOMELLI; MIGUEL LIA TEDDE; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; SERGIO EDUARDO DEMARZO; CAMILLA GUERRA MATOS HC/INCOR-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

Introdução: A Ultrassonografia Endobrônquica (EBUS) com Aspiração por Agulha Fina (FNA) é um método minimamente invasivo utilizado para diagnosticar lesões mediastinais através de visualização direta e punção aspirativa. **Objetivos:** Comparar os resultados do EBUS-FNA de lesões mediastinais em relação a procedimentos diagnósticos definitivos. **Métodos:** Incluímos pacientes com tumores de pulmão ou tumores extra-pulmonares com linfonodomegalia mediastinal à tomografia de tórax, e pacientes com linfonodomegalias mediastinais isoladas para investigação diagnóstica. Os pacientes realizaram broncoscopia convencional, ultrassonografia endobrônquica com punção aspirativa dos linfonodos e um segundo procedimento diagnóstico (cirurgia, mediastinoscopia, ou biópsia de linfonodos externos às cadeias

puncionadas pelo EBUS). **Resultados:** Foram estudados 21 pacientes entre fevereiro a Agosto de 2010, com média de idade de 49,3 anos. As cadeias linfonodais puncionadas foram: 2R, 4R, 4L, 7 e 10, sendo em média 3 punções por cadeia. Dos 21 pacientes, 4 ainda não foram submetidos ao segundo procedimento diagnóstico definitivo (estão em acompanhamento). Dos 17 restantes, 13 (76%) obtiveram concordância entre os métodos. Em 1 caso não houve material suficiente para diagnóstico citopatológico. Não houve complicações maiores nos 21 procedimentos. **Conclusão:** O EBUS-FNA é uma ferramenta valiosa para o diagnóstico e estadiamento de lesões mediastinais, mostrando uma boa concordância com métodos diagnósticos cirúrgicos. Além disso, apresenta baixo índice de complicações, custo mais baixo que muitos dos outros métodos cirúrgicos diagnósticos, curta duração e fácil execução. Uma das limitações do método é a dificuldade de acesso ao mediastino posterior, que pode ser complementado por outro método minimamente invasivo (ultrassonografia endoscópica).

AO022 AVALIAÇÃO DA MITOMICINA C NO TRATAMENTO CONSERVADOR DAS ESTENOSSES TRAQUEAIS

DANIELE CRISTINA CATANEO¹; ERICA NISHIDA HASIMOTO²; JULIA VIRGINIA DE FREITAS CHAVES³; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO⁴
 1.4.DICIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3.RESIDENCIA EM CIRURGIA GERAL DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

Introdução: A mitomicina C, por sua ação na inibição da proliferação de fibroblastos, vem sendo utilizada com o intuito de impedir a formação de cicatrizes, mas há pouco na literatura com respeito ao seu uso nas estenoses das vias aéreas baixas. **Objetivo:** Avaliar a efetividade do uso de mitomicina C no tratamento conservador (dilatação exclusiva) de estenoses laringotraqueais, traqueais e traqueobrônquicas em um hospital universitário de referência. **Métodos:** Estudo prospectivo dos pacientes com estenose traqueal submetidos a dilatação com uso de mitomicina C tópica na dose de 0,5mg/mL. As contra-indicações foram: indicação cirúrgica no momento da avaliação inicial; etiologia congênita ou infecciosa (tuberculose, blastomicose); estenose extensa, não passível de dilatação ou sem anel fibrótico; status após dilatação sem zona cruenta e presença de infecção traqueobrônquica. Foram analisadas as variáveis idade, sexo, etiologia, localização, extensão e área da estenose (circunferência radial), presença de traqueostoma prévio, número de dilatações com aplicação de mitomicina, resolução ou não e motivo, tempo de follow-up e complicações. **Resultados:** Foram tratados 22 pacientes do ano de 2003 a 2009, 14 do sexo masculino. As causas de estenose foram a intubação orotraqueal (IOT) em 15 pacientes e o pós-operatório em sete. A principal localização foi a traqueal (14 casos), tendo a laringotraqueal e traqueobrônquica percentagens iguais (quatro cada). A extensão variou de 0,5 a 2,5cm (MD=1,25cm) com área de estenose de 40 a 100% (MD=76%). Nove pacientes apresentavam traqueostoma prévio à admissão e somente nesses foram colocadas órteses de silicone (Montgomery). Foi realizado no mínimo 1 procedimento endoscópico com dilatação e no máximo 5, com média de 2,33 procedimentos por paciente, realizados com frequência mensal. Houve resolução completa em 14 casos (65%), com follow-up médio de 3 anos após. Em 8 casos não houve resolução: destes, 6 foram submetidos a traqueoplastia (3 com boa evolução

pós-operatória e 3 apresentaram reestenose requerendo tratamento protético), enquanto 2 não havia possibilidade de cirurgia permaneceram com a prótese. A única complicação foi a infecção em um caso. **Conclusão:** A mitomicina C mostrou-se eficaz quando utilizada após a dilatação traqueal exclusiva, principalmente por permitir a manutenção da luz mesmo sem uso de órteses, possibilitando resolução completa em mais de metade dos casos. Assim, constitui-se em uma alternativa para o tratamento de pacientes onde não haja condições cirúrgicas.

BRONQUIECTASIAS/ INFECCÕES RESPIRATÓRIAS

AO023 ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS NÃO-FIBROCÍSTICAS CONFORME COMPROMETIMENTO FUNCIONAL RESPIRATÓRIO

GRACIANE LAENDER MOREIRA; BEATRIZ MARTINS MANZANO; FERNANDO SERGIO STUDART LEITAO FILHO; AMÍLCAR MARCELO BIGATÃO; MAGALI ROCHA; VALDECIR MARVILLE; JOSÉ R. JARDIM; SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS
 AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE BRONQUIECTASIAS - PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A bronquiectasia é uma doença respiratória crônica, cuja progressão leva a um agravamento do estado funcional respiratório, muitas vezes limitando o paciente a realizar suas atividades de vida diária e, conseqüentemente, o predispõe às alterações do humor como ansiedade e depressão. **Objetivo:** Avaliar a ansiedade e depressão em pacientes com bronquiectasias não-fibrocísticas e correlacionar com a função pulmonar e variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, nível de escolaridade e classificação sócio-econômica). **Métodos:** Avaliados pacientes com bronquiectasias (confirmadas por TCAR de tórax), de etiologia não-fibrocística (diagnóstico de Fibrose Cística descartado por dosagens de sódio e cloro no suor por método de iontoforese por pilocarpina). As informações sobre nível de escolaridade, nível sócio-econômico (Classificação Brasil) e estado psicológico (ansiedade e depressão-HADS) foram obtidas por meio da aplicação de questionários. A avaliação do comprometimento funcional respiratório foi realizada pela espirometria, de acordo com normas da ATS. **Resultados:** 116 portadores de bronquiectasias avaliados (43,1% homens, 56,9% mulheres). Distribuição etária: 38,8% com menos de 40 anos de idade, 34,5% entre 40 e 59 anos e 26,7% com 60 anos ou mais. Predomínio de baixa escolaridade (54,3% entre analfabetismo e ginásio incompleto) e baixo nível sócio-econômico (85,1% entre classes C-D-E). A etiologia infecciosa foi a mais prevalente (55,0%, dos quais 24,0% pós-tuberculosa). Prevalência de ansiedade e depressão clinicamente relevantes foram, respectivamente, 43,1% e 31,1%. Ansiedade foi mais comum entre mulheres (p=0,011), sendo a doença moderada a grave também mais comum entre mulheres (p=0,001). Não houve diferenças na proporção dos níveis de ansiedade e depressão entre as faixas etárias, classificação sócio-econômica, escolaridade e etiologia. O padrão espirométrico mais evidenciado foi o obstrutivo (65,7%), sendo que 16,2% dos pacientes tiveram exame normal. Houve uma leve correlação negativa (r=-0,21 a -0,34; p<0,05) entre os valores absolutos de VEF1 e CVF, pré e pós broncodilatador, com os valores de HADS-depressão. **Conclusão:** Portadores de bronquiec-

tasias não-fibroscísticas apresentam elevada prevalência de ansiedade e depressão, sendo a ansiedade mais comum e mais grave entre mulheres. Em portadores de bronquiectasias não-fibroscísticas e depressão, a gravidade deste distúrbio do humor está diretamente relacionada à gravidade do comprometimento funcional ventilatório.

A0024 DESEMPENHO DOS ESCORES DE RISCO CURB E CURB-65 COMO PREDITORES DE INDICAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA E DE INTERNAÇÃO EM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO PARA PACIENTES INTERNADOS POR SÍNDROME GRIPAL NA EPIDEMIA H1N1 2009

LUÍS FRANCISCO RAMOS LIMA; CARINA TORRES SANVICENTE; ELYARA FIORIN PACHECO; JULIANA MASTELLA SARTORI; KAROLINE GABRIELA DALLA ROSA; MAURO ANTÔNIO FERNANDES JR; VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA; RENATO SELIGMAN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: Em 2009 ocorreu uma pandemia da variante do vírus da influenza A (H1N1). Fatores que influenciem no diagnóstico, tratamento e prognóstico estão em estudo e serão de extrema valia para o manejo individual e populacional dos casos no caso de uma segunda onda. **Objetivos:** Avaliar o desempenho dos escores de risco CURB e CURB-65 na predição de indicação de Ventilação Mecânica (VM) e de internação complementar em Centro de Tratamento Intensivo (CTI) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para pacientes internados por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no período da epidemia H1N1 em 2009. **Métodos:** Estudo de Coorte prospectivo e aberto, com 223 pacientes internados no HCPA com diagnóstico de Síndrome Gripal no atendimento nas "barracas de campanha" instaladas no HCPA e que desenvolveram SRAG no período de junho a setembro de 2009. Foram realizados os testes Qui-Quadrado para comparação entre grupos e Curvas ROC para comparação dos escores. **Resultados:** Dos 223 pacientes observados, 199 (89,2%) foram internados apenas na Unidade de Internação Clínica (UIC) e 24 (10,8%) necessitaram de internação no CTI; 22 pacientes (9,8%) tiveram uso de VM. Em relação à mortalidade, dos 8 pacientes com evolução a óbito, todos necessitaram de VM previamente e 7 foram no grupo CTI ($p < 0,001$). Há 11 pacientes com idade acima de 65 anos (4,9% da amostra), todos com internação na UIC e sem necessidade de VM. Para o desfecho CTI, a sensibilidade para os dois escores foi de 79%, enquanto que a especificidade foi de 68% para CURB ($AUC = 0,79$) e 65% para CURB-65 ($AUC = 0,77$). Para o desfecho VM, a sensibilidade para os dois escores foi de 77%, enquanto que a especificidade foi de 67% para CURB ($AUC = 0,77$) e 64% para CURB-65 ($AUC = 0,75$). Para o escore CURB, 64 pacientes (32,2%) foram classificados nos riscos intermediário-alto no grupo internado apenas na UIC e 19 (79,2%) no grupo CTI (OR 8,16; IC 95% [2,86–22,41]). Em relação à VM, 66 pacientes (32,8%) foram classificados nos riscos intermediário-alto no grupo que não necessitou de VM e 17 (77,3%) no que precisou (OR 6,95; IC 95% [2,45–19,67]). **Conclusão:** Os escores CURB-65 e CURB mostraram-se úteis para os pacientes internados por SRAG como preditores para atendimento no CTI e uso de VM, com desempenho semelhante na amostra estudada. Pacientes acima de 65 anos não precisaram de atendimento intensivo ou VM e a idade avançada parece não ter influenciado no aparecimento de desfechos negativos. Assim, o uso do CURB se apresenta como ferramenta de fácil aplicação e importante na decisão de internar no CTI e utilizar VM para

possíveis futuros surtos de H1N1.

A0025 PARACOCIDIOIDOMICOSE PULMONAR: AVALIAÇÃO TOMOGRÁFICA E FUNCIONAL PÓS TRATAMENTO

ANDRÉ NATHAN COSTA¹; JOAO MARCOS SALGE²; ANDRE LUIS ALBUQUERQUE³; ADRIANA SATIE KONO MAGRI⁴; RONALDO ADIB KAIRALLA⁵; BENARD GIL⁶; MARIA SHICANAI YASUDA⁷; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO⁸

1,2,3,5,8.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4,7.DIVISÃO DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 6.LABORATÓRIO DE DERMATOLOGIA E IMUNODEFICIÊNCIAS, DIVISÃO DE DERMATOLOGIA, HC-FMUSP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A paracoccidiodomicose pulmonar, causada pelo fungo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*, é a micose profunda mais importante do nosso país, por ser responsável por 200 mortes por ano e concentrar 80% dos casos mundiais. A infecção primária ocorre na infância e a doença crônica acomete adultos na terceira a quinta décadas de vida, com o acometimento pulmonar representando a principal característica dessa última. A despeito do tratamento antifúngico, alguns pacientes podem persistir com anormalidades parenquimatosas e doença crônica de pequenas vias aéreas não totalmente esclarecidas na literatura. **Objetivos:** Avaliar as alterações pulmonares através de análise tomográfica e funcional dos pacientes com critérios de inatividade de paracoccidiodomicose em sua forma crônica, diagnosticados previamente por confirmação microbiológica ou histopatológica. **Métodos:** Análise transversal de 44 pacientes com diagnóstico de PCM forma crônica com acometimento pulmonar adequadamente tratados, e critérios sorológicos e clínicos de inatividade da doença. Realização de tomografia de tórax de alta resolução (TCAR), espirometria, pletismografia, difusão do monóxido de carbono (DLCO) e teste de caminhada de seis minutos (TC6M). Os pacientes foram classificados em dois grupos, de acordo com a DLCO, e então comparados. O valor de corte da DLCO foi o valor médio encontrado no estudo, com os grupos definidos como G1 (DLCO $> 72\%$ predito) e G2 (DLCO $< 72\%$ predito). **Resultados:** Idade média encontrada de 57 ± 9 anos. Tempo de tratamento de 6 ± 3 anos. Tabagistas ou ex-tabagistas somaram 43 pacientes, média de 39,2 anos-maço. As provas funcionais mostraram: CVF $3.81 \pm 0.9L$ ($93 \pm 18\%$ predito), volume VEF1 $2.46 \pm 0.65L$ ($79.6 \pm 20\%$ predito), CPT $6.18 \pm 1.30L$ ($101 \pm 16\%$ predito), VR $2.45 \pm 0.85L$ ($125 \pm 40\%$ predito), e DLCO 19.11 ± 5.9 ($72 \pm 21\%$ predito). A distância média percorrida no TC6M foi de 479 ± 65 metros. As alterações tomográficas principais foram: enfisema centrolobular e parasseptal (70%), retração (68%), espessamento brônquico (61%), bronquiectasia de tração (50%), nódulos (44%), opacidades em vidro fosco com ou sem consolidação (22%), e repesamento aéreo (34%). Pacientes do G1 tiveram CVF, VEF1 e FEF25-75% mais altos. Pacientes G2 apresentaram mais frequentemente enfisema para cicatricial, espessamento brônquico e nódulos. **Conclusão:** Os resultados mostram que, ao contrário da literatura vigente, que a maioria dos pacientes apresenta alterações parenquimatosas pulmonares a despeito de tratamento adequado, achados esses não totalmente atribuíveis à exposição tabágica. Entretanto, nesse grupo de indivíduos, os achados tomográficos não se traduzem em limitação funcional significativa no teste de

caminhada ou espirometria. Fontes de Auxílio Financeiro : LIM – HCFMUSP e PRODOC-CAPEs

DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

A0026 TIOTRÓPIO EM PACIENTES PORTADORES DE BRONQUIOLITE CONSTRITIVA: UMA NOVA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA?

ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; MARCELO JORGE JACÓ ROCHA; SUZANA PINHEIRO PIMENTA; BRUNO GUEDES BALDI; ANDRÉ NATHAN COSTA; LETICIA BARBOSA KAWANO-DOURADO; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO; RONALDO ADIB KAIRALLA
INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Bronquiolite Constrictiva (BC) é uma doença rara que causa inflamação e fibrose nas paredes dos bronquíolos e tecidos adjacentes, acarretando um estreitamento de seus lúmens e destruição parenquimatosa distal. Normalmente há limitação progressiva ao fluxo aéreo, com insuficiência respiratória e morte, a despeito do tratamento com broncodilatadores, corticóides ou imunossuppressores. Tiotrópio é um agente anticolinérgico de meia-vida longa, com efeitos funcionais benéficos em pacientes com DPOC. **Objetivo:** Avaliar a resposta dos pacientes portadores de BC ao Tiotrópio. **Métodos:** Série de casos retrospectiva. Aos pacientes portadores de BC sem resposta a tratamento foi oferecido tiotrópio 18mcg uma vez ao dia. Dados de função pulmonar, exposições, tabagismo, etiologia, tratamento prévio, tomografia, anátomo-patológico e espirometria antes e após o uso do tiotrópio foram revisados. **Resultados:** 11 pacientes usaram tiotrópio, oito mulheres, idade média ao diagnóstico 49 + 11,6 anos e ao início da droga 54,9 + 11 anos. Seis pacientes eram ex-tabagistas, dois com carga maior que 5 anos.maço. Quatro pacientes tinham história de exposição a mofo ou pássaros, 3 fogão a lenha, 2 metalurgia, 2 tintas, 1 herbicida e 1 clorofluorcarbono, dois tinham história prévia de infecção grave em vias aéreas inferiores e três doença do colágeno (um Artrite Reumatóide, um Síndrome de Sjögren e um ambas). Todas as tomografias computadorizadas de tórax apresentavam padrão de doença de vias aéreas com áreas de aprisionamento aéreo, bronquiectasias ou nódulos centrilobulares. Todos pacientes apresentavam alguma espirometria com padrão obstrutivo e apenas uma espirometria pré-tratamento não evidenciava padrão obstrutivo. Os seis pacientes com pletismografia disponível apresentavam aprisionamento aéreo. Sete biópsias pulmonares foram realizadas, todas compatíveis com o diagnóstico de BC. Dentre os tratamentos anteriores, oito pacientes usaram corticoterapia sistêmica, 7 corticóide inalatório, 4 beta2-agonista de longa ação, 4 metotrexate, 3 macrolídeo, 2 azatioprina, 2 cloroquina e 1 ciclofosfamida. A mediana de tempo de tratamento com tiotrópio foi 21 dias (17,5-42). Após a introdução do tiotrópio, a mediana de VEF1 aumentou 210ml (110-245), média de 870+310ml para 1.060+350ml (variação 18,7+9,2%, p=0,0002), e a mediana da CVF 320ml (110-385), média de 1.520+500ml para 1.800+420ml (variação 16,5+12,6%, p=0,0011). **Conclusão:** Apesar das lesões predominantemente fibróticas observadas na BC, houve melhora de pelo menos 10% no VEF1 ou CVF em 10 dos 11 pacientes. Segundo nosso conhecimento, esta é a primeira série de casos que mostra melhora espirométrica em pacien-

tes portadores de BC, justificando estudos maiores e mais prolongados com tiotrópio em BC.

A0027 AUTOANTICORPOS E COMPLEMENTO EM 107 PACIENTES COM SARCOIDOSE

AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; ANA CRISTINA MEDEIROS; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO; RONALDO ADIB KAIRALLA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A Sarcoidose é uma doença sistêmica de origem incerta, caracterizada por uma resposta imunológica peculiar (padrão de citocinas Th1 e reação tecidual granulomatosa). Uma prevalência aumentada de certos autoanticorpos foi descrita em pacientes com sarcoidose, possivelmente com implicação clínica. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de autoanticorpos e consumo de complemento em pacientes com sarcoidose, correlacionando sua presença com achados clínicos e laboratoriais. **Métodos:** Como parte de um estudo prospectivo, 107 pacientes com Sarcoidose seguidos no Ambulatório de Pneumopatias Intersticiais da Disciplina de Pneumologia do Hospital da Clínicas, Universidade de São Paulo, foram incluídos entre outubro de 2007 e outubro de 2008. O diagnóstico de Sarcoidose baseou-se em achados clínicos, laboratoriais e confirmação histológica. Foram colhidos dados clínicos e amostras de sangue, para pesquisa de marcadores sorológicos, incluindo: Anticorpos antinucleares em células Hep-2, anti-DNA dupla hélice, anti-Sm, anti-U1RNP, anti-Ro and anti-La, anticardiolipina IgG and IgM, nível de CH100, anticorpo anticitoplasma de neutrófilo - ANCA e fator reumatóide - FR (latéx) e Waler-Rose (WR). Foram realizados testes de função pulmonar completa. **Resultados:** Dos 107 pacientes incluídos (79 mulheres), a média de idade foi de 54,0±11,8 anos, e a média do tempo de doença 6,5±5,82 anos. Houve 21 pacientes (19,6%) com positividade para um ou mais dos autoanticorpos testados. A positividade para os autoanticorpos foi maior entre as mulheres (24,05 ± 9,42%) que entre os homens (7,14 ± 9,53%, chi2 3,74). A positividade para AAN (>1:80) ocorreu em 13 pacientes (12,1%) – todos do sexo feminino. Não houve casos positivos para autoanticorpos específicos: anti-DNA, anti-dsDNA, anti-ENA, anti-Ro or anti-La. Comparando pacientes com e sem positividade (respectivamente) para os autoanticorpos testados, não houve diferença em relação à idade, tempo de doença e função pulmonar (VEF1, CPT e DLCO). **Conclusão:** Este é o maior estudo de prevalência de autoanticorpos em pacientes com sarcoidose já descrito. Foi encontrada uma prevalência de 19,6% de positividade para um ou mais autoanticorpos. A prevalência do AAN foi 12,1%, mais baixa do que previamente descrita. Não foi encontrado nenhum padrão específico. Embora estudos prévios sugiram que autoanticorpos poderiam ser mais comuns em pacientes mais gravemente afetados pela sarcoidose, não foi detectada, neste estudo, diferença entre os pacientes positivos e negativos para os autoanticorpos testados, considerando a idade, tempo de doença, consumo de complemento ou função pulmonar. As razões para as diferenças em relação aos estudos prévios podem estar relacionada a fatores raciais, diferentes métodos de dosagem ou por se tratar de pacientes ambulatoriais, com doença menos grave.

A0028 GENOTIPAGEM DO HLA DOS PACIENTES COM SARCOIDOSE E PERFIL DE RESISTÊNCIA AOS CORTICOSTERÓIDES. UM ESTUDO BRASILEIRO.

VINICIUS DE LEMOS SILVA; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; JULIANA

CARDOSO OLIVEIRA; GUSTAVO MILSON FABRÍCIO-SILVA; LUIS CRISTOVÃO PORTO; ROGÉRIO RUFINO

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: A sarcoidose é uma doença multissistêmica, inflamatória, granulomatosa com perfil celular bem definido e sem etiologia conhecida. Alguns fatores ambientais e microbiológicos são citados como associados à sarcoidose. A existência de sarcoidose em pessoas de uma mesma família permitiu teorias de vinculação infecciosa, mas, também fortaleceu a hipótese da herança genética como participante da patogenia da doença. A literatura refere que os HLA B*08 e HLA DRB1*03 são mais frequentes em pacientes com sarcoidose do que na população em geral. O HLA DRB1*15 tem sido relacionado com a cronicidade da doença. **Objetivos:** Avaliar o genotipagem do HLA de uma amostra representativa da cidade do Rio de Janeiro. Relacionar o tipo de HLA com a cronicidade da sarcoidose. **Métodos:** Estudo observacional, de corte, pareado realizado no período de 2008 a 2010, em 99 pacientes com sarcoidose. Sessenta e quatro pacientes aceitaram participar do trabalho e realizaram coleta de sangue para extração do DNA e genotipagem do HLA. A genotipagem de HLA foi realizada em 54 pacientes e 62 indivíduos saudáveis. Foram utilizadas técnicas de PCR-SSP (reação em cadeia da polimerase com iniciadores sequência específicos) e PCR-RSSO seguido de hibridização (reação em cadeia da polimerase com sondas de oligonucleotídeos sequência específicos), utilizando kits comerciais, os quais permitem a discriminação entre os diferentes alelos ou grupos de alelos de HLA. O grupo controle foi pareado pela faixa etária, gênero e etnia. Consideramos como dependência ao tratamento com corticosteróides os pacientes que utilizam este medicamento por mais de dois anos. **Resultados:** Na nossa amostra observamos 10 pacientes (18,5%) com HLA B*08, sendo encontrado em apenas 4 dos controles (6%). O HLA DRB1*03 foi encontrado em 8 pacientes (14,8%) e em 11 controles (17,7%). O HLA DRB1*11 foi encontrado em 14 pacientes (25,4%), sendo que em seis havia dependência aos corticosteróides. O HLA DRB1*15 foi encontrado em 7 pacientes (12,9%), mas em 26 controles (41,9%). **Conclusão:** O panorama do HLA na sarcoidose é variável por regiões e países. Este estudo demonstra a relação do HLA B*08 entre os pacientes com sarcoidose, assim como o HLA DRB1*11 com a cronicidade da doença.

A0029 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE HIPERINSUFLAÇÃO DINÂMICA EM PORTADORAS DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSE COMO MECANISMO DE LIMITAÇÃO A EXERCÍCIO

BRUNO GUEDES BALDI; SUZANA PINHEIRO PIMENTA; ANDRE LUIS ALBUQUERQUE; JOAO MARCOS SALGE; RONALDO ADIB KAIRALLA; FABIANE POLISEL; MILENA MAKO SUESADA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma rara doença que acomete mulheres em idade reprodutiva, caracterizada pela proliferação de células musculares lisas atípicas (células LAM) ao redor de vias aéreas. Em função da presença de limitação ao fluxo expiratório frequentemente evidenciada, a ocorrência de aprisionamento aéreo progressivo (hiperinsuflação dinâmica – HD) é um dos mecanismos possíveis de dispnéia e de menor tolerância a exercícios. **Objetivos:** Definir a prevalência e os preditores de HD em pacientes com LAM. **Métodos:** 32 pacientes com LAM (29 com a forma esporádica e 3 associadas à esclerose tuberosa), com idade

de 43 (10,4) anos, VEF1= 80 (24)% pred, DLCO= 68 (24)% pred, capacidade inspiratória (CI)= 101 (19)% pred, VR/CPT= 120 (30)% pred (VR: volume residual; CPT: capacidade pulmonar total), realizaram espirometria, pletismografia, medida da difusão do CO (DLCO) e teste de exercício cardio-respiratório máximo incremental em ciclo-ergômetro (TECR). HD foi avaliada pela medida seriada da CI (em repouso e a cada 2 minutos). Redução de 10% ou mais no valor da CI durante TECR foi utilizada para definir as pacientes com HD. Os sintomas foram avaliados a cada 2 minutos com a escala de Borg modificada (0 a 10). Teste t student foi usado para análise das variáveis paramétricas, teste de Mann-Whitney para as não-paramétricas e teste qui-quadrado para as qualitativas. Coeficiente de Spearman foi utilizado para estabelecer correlações. **Resultados:** 16 pacientes (50%) apresentaram HD no TECR. O grupo HD apresentou maior variação de CI ao final do exercício (delta CI), menor VEF1, maior relação VR/CPT, menor DLCO e menor BDI (baseline dyspnea index), comparado ao grupo não HD. Não houve diferença em relação à CI inicial, variação de espaço morto estimado (delta EM), pontuação final na escala de Borg (dispnéia), carga e VO2 máximo atingidos (tabela 1). Oito pacientes (50%) apresentaram hipoxemia (SpO2 < 90%) durante TECR no grupo HD e 1 (6,2%) no grupo não HD. A queda da CI foi maior em pacientes com menor VEF1 (r = 0,6; p < 0,0001), maior relação VR/CPT (r = -0,63; p < 0,0001), menor DLCO (r = 0,46; p = 0,008) e menor BDI (r = 0,48; p = 0,005). **Conclusão:** A ocorrência de HD durante exercício é frequente em pacientes com LAM, associando-se com aumento da dispnéia e hipoxemia. A presença de obstrução ao fluxo, aprisionamento aéreo e redução da capacidade de difusão parecem ser bons preditores de HD. Intervenções sobre esse mecanismo de limitação a exercício podem contribuir para redução dos sintomas e maior tolerância ao esforço.

Tabela 1: Comparação entre os grupos HD e não HD

Variável	Grupo HD (n = 16)	Grupo não HD (n = 16)	P
Delta CI (%)	-18,4	+ 2,1	<0,0001
CI inicial (%pred)	97 ± 20	101 ± 19	0,53
VEF1 (%pred)	66 ± 24	93 ± 15	0,001
VR/CPT (%pred)	138 ± 32	103 ± 15	0,001
D _L CO (%pred)	47	81	0,003
BDI	10	12	0,03
Delta EM	-0,06	-0,07	0,22
Borg final (dispnéia)	5 ± 3	5 ± 3	0,48
VO ₂ máx (%pred)	83 ± 25	86 ± 16	0,66
Carga Max (%pred)	76	77	0,56
SpO ₂ < 90%	8 (50%)	1 (6,2%)	<0,0001

FUNÇÃO PULMONAR

A0030 VALORES DE REFERÊNCIA PARA O TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM BRASILEIROS ADULTOS SAUDÁVEIS DE 20 A 80 ANOS.

MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Valores de referência para testes diagnósticos são de extrema importância para caracterização da presença e classificação da gravidade de diversas doenças. **Objetivo:** Derivar novos valores de referência para a distância caminhada (DCAM) em adultos brasileiros saudáveis de 20 a 80 anos, investigando a influência dos fatores antropométricos e da atividade física habitual. **Métodos:** Foram avaliados voluntários com

idade entre 20 e 80 anos. Todos responderam um questionário respiratório padronizado e um questionário de atividade física habitual. Indivíduos fumantes, com sintomas ou antecedentes respiratórios, doença cardíaca, atletas, com deambulação prejudicada, diabetes, baixo peso, obesidade grau III e portadores de doenças sistêmicas foram excluídos. O teste foi realizado em triplicata, no mesmo dia, seguindo a padronização da ATS. Antes e ao final de cada teste foram anotados oximetria de pulso, frequência cardíaca e escala de Borg. Análise de regressão univariada foi seguida de análise multivariada e seleção do melhor modelo de regressão. O limite inferior da DCAM foi calculado pela análise do 5º percentil dos resíduos. Resultados: Foram incluídos na análise final 132 indivíduos, sendo 66 de cada sexo. As variáveis antropométricas que se correlacionaram de maneira significativa com a distância caminhada por análise univariada foram idade ($r = -0,66$, $p < 0,01$), estatura ($r = 0,42$, $p < 0,01$) e IMC ($r = -0,37$, $p < 0,01$). A distância caminhada foi maior nos homens que nas mulheres, mas esta diferença não alcançou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,08$). A atividade física habitual se correlacionou pobremente com a distância caminhada na análise univariada ($r = 0,23$, $p = 0,07$), o que não persistiu na análise multivariada. O modelo quadrático foi o que melhor se ajustou para estimar a distância caminhada a partir dos dados antropométricos. O modelo encontrado explicou conjuntamente 59% da variação total na distância caminhada em seis minutos ($r^2 = 0,59$). A equação para a distância caminhada prevista para ambos os sexos foi: $DCAM = 511 + \text{altura}^2 (\text{cm}) \times 0,007 - \text{idade} \times 0,03 - \text{IMC}^2 \times 0,068$ ($LI = \text{previsto} \times 0,81$). O limite inferior encontrado, transformado em percentual, foi de 81% do valor previsto para ambos os grupos. A queda máxima da saturação de oxigênio observada foi de 2%. A escala de Borg para a dispnéia aumentou no máximo quatro pontos e para a fadiga de pernas no máximo cinco pontos. Em relação às três medidas da distância caminhada, a maior distância foi alcançada no primeiro teste em 35 indivíduos (27,7%), no segundo teste em 51 indivíduos (40,4%) e no terceiro teste em 40 indivíduos (31,7%). Conclusão: Valores de referência para o teste de caminhada foram desenvolvidos para a população brasileira adulta com idade entre 20 e 80 anos. O modelo de regressão selecionado mostrou elevada correlação com as variáveis antropométricas, idade, IMC e estatura, por modelo quadrático. Efeito de aprendizado foi observado mesmo no terceiro teste.

AO031 O ENVELHECIMENTO PULMONAR PRECOCE EM OBESOS

SAULO MAIA D'ÁVILA MELO¹; VALDINALDO ARAGÃO MELO²; RAIMUNDO SOTERO MENEZES FILHO³; ENALDO VIEIRA MELO⁴; VINICIUS LEITE CASTRO⁵; BÁRBARA SANTANA D'ÁVILA MELO⁶; SAULO SANTANA D'ÁVILA MELO⁷; JOFRANCIS SANTOS ARCIERI⁸

1,2,4,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, ARACAJU, SE, BRASIL; 3,6,7,8.HOSPITAL SAO LUCAS, ARACAJU, SE, BRASIL.

Introdução: O aumento alarmante de sobrepeso e obesidade no mundo tem alcançado proporções epidêmicas nos últimos anos, tornando-se um problema de saúde pública e econômica, e sua prevenção tem sido uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde. A influência da obesidade no aparelho respiratório não é tão bem estudada, muitas vezes passando despercebida. O conceito de idade pulmonar realizado através da espirometria tem sido utilizado para motivar a cessação do tabagismo e ultimamente tem recebido atenção internacional por proporcionar resultados claros e compreensíveis da função pulmonar com

rápido entendimento do paciente e público em geral das alterações espirométricas, tornando-se uma nova ferramenta na descoberta precoce das anormalidades pulmonares funcionais nas doenças pulmonares. Nenhum estudo prévio fez utilização do conceito de idade pulmonar na detecção precoce da piora da função pulmonar em obesos mórbidos. **Objetivo:** Determinar a idade pulmonar em obesos mórbidos e compará-la com a idade real desses pacientes, ressaltando o dano precoce da obesidade mórbida sobre os pulmões. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, aberto, que envolveu 78 pacientes obesos mórbidos e um grupo controle de 34 indivíduos não obesos com função pulmonar normal, totalizando uma amostra estudada de 112 pacientes. Foram excluídos indivíduos portadores de qualquer doença pulmonar aguda ou crônica, fumantes ativos e exfumantes com qualquer carga tabágica atual ou prévia, incapacidade de realização das provas de função pulmonar, hipertensão arterial grave ou mal controlada, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença sistêmica grave, diabetes mellitus descompensado e menores de 20 anos de acordo com a fórmula original da idade pulmonar. Todos os pacientes realizaram espirometria com determinação da idade pulmonar. Feito comparação entre idade pulmonar e idade real em cada grupo isoladamente e entre os grupos. **Resultados:** A diferença entre a idade pulmonar e a idade real no grupo de obesos mórbidos foi significativa $p < 0,0001$ [IC95% 6,6 a 11,9], com uma diferença média de $9,1 \pm 11,8$ anos. A diferença da idade pulmonar entre os grupos foi significativa ($p \leq 0,0002$ [IC95% 7,5 a 16,9 anos], com uma diferença média da idade pulmonar entre os grupos de $12,2 \pm 2,4$ anos. A idade pulmonar demonstrou correlação positiva com a idade real e IMC ($p < 0,0001$) e correlação negativa com as variáveis espirométricas ($p < 0,0001$). A regressão linear múltipla identificou as variáveis IMC e idade real ($p < 0,0001$) como fatores preditivos significativos da idade pulmonar. **Conclusão:** A idade pulmonar está aumentada em pacientes obesos mórbidos, sugerindo um dano e envelhecimento pulmonar precoce expresso pela discrepância entre a idade real e idade pulmonar, com o conceito de idade pulmonar podendo tornar-se uma nova ferramenta alternativa para compreensão dos resultados da função pulmonar para pacientes e profissionais da saúde.

AO032 DIMENSÕES DE RESPOSTA A BD EM OBSTRUÇÃO IRREVERSÍVEL AO FLUXO AÉREO

CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; SILVIA CARLA RODRIGUES; MARCELO CENEVIVA MACCHIONI

CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Diversos parâmetros funcionais podem variar após administração de Bd, porém diferentes mecanismos fisiopatológicos podem estar envolvidos nas respostas. **Objetivo:** Agrupar as dimensões das variações funcionais após Bd em portadores de obstrução irreversível ao fluxo aéreo, por análise fatorial. **Métodos:** 102 pacientes foram incluídos, 51 de cada sexo. Todos tinham VEF1/CVF pós-Bd < LI. Os testes foram repetidos após 400 mcg de salbutamol spray. **Resultados:** A x de idade foi de 63 17% do previsto. As variações após Bd: Δ 8 anos; o VEF1 pré-Bd foi de 41 0,13; VR= - 0,26; VEF1= 0,11 0,24; CVF= 0,19 0,37 (LI: CV= 0,15 0,37 ($p < 0,25$ e CPT= -0,00 0,44; VRE= -0,27 0,17 < 0,01 por teste pareado para todos, exceto CPT, $p = 0,66$). Por análise fatorial, 3 componentes foram selecionados, que explicam 88% da variância: CV, CVF, VEF1 e - VR (42%); CPT e VR (+ 26%)

e Cl e - VRE (+20%). **Conclusão:** 3 dimensões de resposta a Bd ocorrem em OFA irreversível: volumes, fluxo/volumes e hiperinsuflação dinâmica, expressa pela Cl. Uma avaliação completa da resposta a Bd requer espirometria e medida dos volumes pulmonares.

A0033 TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO (TBP) VS ÓXIDO NÍTRICO (NO) EXALADO NO DIAGNÓSTICO DE POSSÍVEL ASMA

MARCELO CENEVIVA MACCHIONI¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA²

1.CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNIFESP. HSPE-SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Objetivo: Comparar os resultados obtidos com teste de broncoprovocação farmacológico com medidas do NO exalado. **Métodos:** Pacientes encaminhados de rotina com suspeita de asma foram submetidos a TBP com carbacol por técnica padronizada e a medidas do NO exalado (NIOX); um questionário foi preenchido; os testes foram comparados entre si e relacionados às questões indicativas de possível asma. O TBP foi classificado em 4,00 mg), limítrofe PD20 entre 2,5 e 4,0 mg e positivo □ negativo (PD20 PD20 < 2,5 mg. As medidas do NO foram classificadas em negativas (< 25 ppb), limítrofes (25-50 ppb) e positivas (> 50 ppb). 16 anos. O VEF1 foi..... □ **Resultados:** 76 pacientes foram incluídos (fem = 58), com x idade 38. O TBP foi positivo em 34, limítrofe em 8 e negativo em 34; o NO foi positivo em 10, limítrofe em 18 e negativo em 48; o Kappa entre os testes foi 0,02 (p = 0,80). 23 de 48 casos (48%) com NO negativo tiveram TBP positivo; 7 dos 10 (70%) com NO positivo tinham TBP positivo. A presença de chiado se associou com NO positivo: 10/17 (59%) dos com chiado tiveram NO positivo vs 18/58 (31%) com NO negativo (x2 = 4,34, p = 0,037). Não houve correlação entre o PD20 vs NO (rs = 0,01 - p=0,94). Os níveis de NO foram maiores nos pacientes com chiado Md = 26 (6-13) ppb vs 14 (5-90) ppb (Z = 2,13, p = 0,03); o PD20 não diferiu. **Conclusão:** Em pacientes com suspeita de asma não há associação entre o TBP realizado com carbacol e a medida do NO expirado.

TUBERCULOSE

A0034 DETECÇÃO RÁPIDA DA RESISTÊNCIA À RIFAMPICINA E ISONIAZIDA PELO MÉTODO MAS-PCR (REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE MULTIPLEX ALELOS-ESPECÍFICOS) EM CEPAS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

HELIO RIBEIRO SIQUEIRA¹; PAULO CESAR CALDAS²; MARCIA APARECIDA PEREIRA³; TECA CALCAGNO GALVÃO⁴; REGINALDA FERREIRA MEDEIROS⁵; FLAVIA ALVIM FREITAS⁶; JESUS PAIS RAMOS⁷; FATIMA ONOFRE FANDINHO⁸

1.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA FCM UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,7,8.LABORATÓRIO NACIONAL DE REFERÊNCIA DA BACTERIOLOGIA DA TUBERCULOSE - CRPH/FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 6.INSTITUTO DE BIOLOGIA - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Introdução: No mundo, cerca de oito milhões de pessoas adoecem a cada ano por tuberculose (TB), com dois milhões de óbitos. No Brasil ocorrem cerca de 78 mil novos casos por ano, com mortalidade estimada de cinco mil doentes. A TB é uma doença social, que atinge principalmente populações pobres, e curável, se o bacilo for sensível às drogas e se hou-

ver aderência ao tratamento. A não aderência é um problema universal que conduz progressivamente à resistência do bacilo aos medicamentos, (resistência adquirida) que se transmite aos novos casos (resistência primária), aumentando o número de tuberculose multirresistente - resistência pelo menos à isoniazida e rifampicina (TB MR). Quando um caso de TB tem a possibilidade de ser MR, por suspeita de resistência primária, ou ausência de resposta ao esquema RHZE, torna-se necessário o diagnóstico de certeza, obtido por cultura do *Mycobacterium tuberculosis* e teste de sensibilidade. Estes procedimentos podem ser obtidos por métodos rápidos como BACTEC MGIT 960, que usa aparelhagem automatizada e por kits desenvolvidos por biologia molecular, como INNO-LiPA RIF e o MTBDRplus. Estes métodos são extremamente caros e fora de possibilidade de uso em hospitais públicos. A solução é o emprego de meio sólido, como de Lowenstein Jensen para a cultura e o teste de sensibilidade (método das proporções). Mas o resultado final só fica disponível em 40 a 60 dias, tempo demasiadamente longo, com grande prejuízo para o doente. **Métodos:** Devido a essa problemática, nós avaliamos a eficiência do método MAS-PCR (Multiplex allele-specific-PCR) recentemente descrito por Zhenhuan Y-2003, que se baseia na amplificação de alelos específicos dos genes rpoB (resistência à rifampicina) e katG (resistência à Isoniazida) simultaneamente, utilizando 3 pares de primers para detectar mutações pontuais nos códons 531, 526 e 516 do gene rpoB e 1 par de primers para detectar mutação no códons 315 do gene katG. O método utiliza aparelhagem disponível em qualquer laboratório de Biologia Molecular. **Resultados:** A comparação do MAS-PCR com o método das proporções, demonstrou que 30 cepas sensíveis à isoniazida e rifampicina apresentaram 100% de correlação entre os dois métodos. Para 20 cepas MR, a correlação entre os dois métodos testados foi de 90%. **Conclusão:** O MAS-PCR pode auxiliar no diagnóstico rápido de TB MR identificando as mutações mais frequentes nos genes rpoB e KatG, associadas à resistência a rifampicina e a isoniazida. Este método apresentou boa sensibilidade e especificidade nas cepas testadas e vem se mostrando ser excelente ferramenta para o diagnóstico rápido de TB MR, permitindo tratamento mais eficaz, com maior possibilidade de cura e diminuição da transmissão de bacilos resistentes.

DOENÇAS PLEURAIS E MEDIASTINAIS

A0035 PERFIL DAS CITOCINAS PRÓ-E ANTIINFLAMATÓRIAS NA DIFERENCIAÇÃO DOS DERRAMES PLEURAIS PARAPNEUMÔNICOS COMPLICADOS E NÃO COMPLICADOS.

EVALDO MARCHI¹; FRANCISCO SUSO VARGAS²; MILENA M P ACENCIO³; ROSA M S SIGRIST⁴; MARJOURIE D A BISCARO⁵; STEFANO B AMADE⁶; LEILA ANTONANGELO⁷; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA⁸

1,4,5,6.FAC MED JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL; 2,3,7,8.INCOR, FAC MED USP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Os derrames parapneumônicos são frequentes na prática e a diferenciação entre derrames complicados e não complicados é fundamental para a abordagem terapêutica. O perfil bioquímico do derrame pleural muitas vezes é limítrofe na diferenciação, razão pela qual outros mar-

cadres podem auxiliar no diagnóstico e compreensão da fisiopatologia dos derrames parapneumônicos. **Objetivos:** Determinar o perfil de citocinas pró- e anti-inflamatórias nos derrames pleurais parapneumônicos complicados e não complicados, e correlacionar os parâmetros bioquímicos com as citocinas pleurais. **Métodos:** Foram estudados 60 pacientes com derrames parapneumônicos complicados (n= 31) e não complicados (n= 29). O líquido pleural foi analisado para dosagens de bioquímica (pH, DHL e glicose) e das citocinas pró-inflamatórias IL-1b, IL-8 e VEGF e anti-inflamatórias IL-1ra, IL-10, sTNFRI e sTNFRII. Estatística: Teste T de Student e correlação de Spearman. **Resultados:** Houve correlação de parâmetros bioquímicos e citocinas somente nos derrames não complicados. A DHL pleural se correlacionou com IL-1b (R= 0.49; p= 0,05), IL-8 (R= 0.59; p= 0,02), IL-1ra (R= 0.52; p= 0,04), IL-10 (R= 0.61; p= 0,02) e sTNFRII (R= 0.49; p= 0,05), e a glicose pleural se correlacionou negativamente com IL-10 (R= -0.55; p= 0,02) e sTNFRI (R= -0.57; p= 0,02). **Conclusão:** As citocinas inflamatórias IL-1b, IL-8 e VEGF, e as citocinas antiinflamatórias IL-1ra, sTNF RI e sTNF RII foram significativamente mais elevadas nos derrames complicados em comparação com os não complicados, enquanto a IL-10 não foi diferente entre os grupos. Foram observadas correlações entre os parâmetros bioquímicos e as citocinas pró- e antiinflamatórias somente nos derrames parapneumônicos não complicados. **Apoio:** Fapesp, SP.

Bioquímica	Não Complicado	Complicado	P
pH	7,5 (7,5 - 7,8)	7,3 (7,1 - 7,5)	= 0,017
DHL	433 (241 - 569)	2370 (2057 - 3397)	< 0,001
Glicose	102 (78 - 135)	21 (8 - 45)	< 0,001
Pro-inflamatórias			
IL-1b	3,9 (3,9 - 4,6)	279 (37 - 634)	< 0,001
IL-8	371 (213 - 1113)	1852 (976 - 2088)	= 0,004
VEGF	580 (242 - 1283)	1355 (1008 - 4420)	= 0,009
Antiinflamatórias			
IL-1ra	852 (92 - 3402)	3073 (1854 - 3905)	< 0,001
IL-10	186 (140 - 204)	202 (127 - 297)	NS
sTNFRI	8996 (8260 - 10349)	10114 (9459 - 13030)	= 0,016
sTNFRII	16877 (14943 - 22416)	19803 (18214 - 20972)	= 0,045

AO036 AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS PLEURAIS E DA RELAÇÃO PLEURAL SÉRICA DOS MARCADORES TUMORAIS CEA, CA15.3, CYFRA 21, CA72.4 E CA125 NO DIAGNÓSTICO DO DERRAME PLEURAL MALIGNO

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES¹; ALINE PIVETTA CORA²; DEBORA CRISTINA BATISTA ROSOLEN³; MILENA M P ACENCIO⁴; EVALDO MAR-CHI⁵; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA⁶; FRANCISCO SUSO VARGAS⁷; LEILA ANTONANGELO⁸

1,4,5,6,7.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - LABORATÓRIO DE PLEURA - INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA - LIM 03 FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 8.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA - LABORATÓRIO DE PLEURA - INCOR, DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA - LIM 03 - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O diagnóstico de derrame pleural maligno nem sempre é fácil de ser estabelecido. Embora represente aproximadamente 20% de todos os casos de derrame pleural, a citologia oncótica confirma o diagnóstico em apenas 60%. A avaliação de marcadores tumorais no líquido pleural associada à citologia tem sido proposta para melhorar o diagnóstico de malignidade no líquido pleural. **Objetivos:** Determinar a sensibilidade de marcadores tumorais no líquido pleural e sua relação pleural sérica no diagnóstico de derrames pleurais malignos, considerando uma especificidade superior a 90%. **Métodos:** Foram

avaliados prospectivamente 175 pacientes com derrame pleural (Maligno: 113; Tuberculose: 42; Parapneumônico: 12 e transudatos: 08). Os níveis pleurais e séricos do CEA, CA15.3, CYFRA, CA72.4 e CA125 foram determinados por eletroquimioluminescência (Roche Diagnóstica). Os valores de corte foram estabelecidos através de curva ROC, considerando uma especificidade superior a 90% para todos os marcadores. **Resultados:** **Conclusão:** Apenas o CEA no líquido pleural demonstrou sensibilidade diagnóstica superior a 60%. A relação pleural sérica apresentou sensibilidade inferior à do líquido pleural para todos os marcadores. De acordo com nossos resultados, apenas o CEA apresentou contribuição diagnóstica ao exame citológico no diagnóstico do derrame pleural maligno e sua quantificação no líquido pleural pode ser sugerida, especialmente nos casos cuja citologia oncótica foi inconclusiva. **Apoio:** FAPESP, CNPq

Marcadores	Valor de Corte	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
CEA (ng/mL)	3,3	66	92
PS CEA*	1,5	44	91
CA 15.3 (U/mL)	27	57	92
PS CA 15.3*	1,5	33	91
CYFRA 21.1 (U/mL)	70	46	94
PS CYFRA 21.1*	19	20	93
CA 72.4 (U/mL)	8,0	43	95
PS 72.4*	1,2	34	91
CA 125 (U/mL)	850	48	90
PS CA 125*	17	15	90

*PS = relação pleural - sérica

AO037 AVALIAÇÃO DO NITRATO DE PRATA EM TRES DOSAGENS DIFERENTES COMO AGENTE ESCLE-ROSANTE EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE

RICARDO MINGARINI TERRA; RENATO TAVARES BELLATO; LUCAS HORTENCIO; RODRIGO CARUSO CHATE; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA; FÁBIO BISCEGLI JATENE

INCOR/HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Objetivos: O objetivo deste estudo é avaliar a segurança da pleurodese com nitrato de prata no derrame pleural maligno recidivante utilizando-se três dosagens diferentes. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo duplo-cego e randomizado em pacientes portadores de derrame pleural maligno recidivante candidatos à pleurodese. Os pacientes passam pela inserção de cateter pleural com drenagem do derrame previamente existente, seguida da infusão de nitrato de prata em três diferentes concentrações e volumes: (Grupo 1)0.3% 30ml; (Grupo 2)0.5% 30ml; (Grupo 3)0.3% 60ml. Parâmetros hepatobiliares, renais, hematológicos e inflamatórios são monitorados via exames de sangue nos primeiros 5 dias, no décimo e no trigésimo dia. Dor, dispnéia e oximetria de pulso são avaliadas igualmente. No trigésimo dia a qualidade de vida dos pacientes e a recorrência de derrame são avaliadas de acordo com um questionário geral padronizado (WHOQoL) e tomografia de tórax, respectivamente. **Resultados:** Durante seis meses, 36 pacientes foram selecionados, sendo 3 excluídos devido a encarceramento pulmonar após a drenagem inicial e 6 não tendo completado os 30 dias de seguimento ao fim da coleção dos dados. Portanto, 27 pacientes (6 do sexo masculino e 21 do sexo feminino) foram estudados até o momento, com idade média 60.14 anos de idade (±14.72). Após a pleurodese, um aumento expressivo nos níveis séricos de proteína C reativa, bem como leucocitose, foram notados

em todos os grupos. A leucocitose pareceu ser mais intensa em pacientes recebedores de cargas maiores de nitrato de prata, apesar de a diferença não ter sido estatisticamente significativa. Por enquanto não existem diferenças significativas entre os grupos relativas à dor seguinte à pleurodese. Efeitos adversos (graduados no grau 3 ou maior de acordo com o CTCAEV 4.0) foram percebidos em todos os grupos de acordo com o seguinte: elevação de enzimas hepatobiliares (9 pacientes), aumento na concentração sérica de creatinina (1 paciente) e taquicardia supraventricular (1 paciente). Nenhuma fatalidade foi observada, e a recorrência do derrame foi registrada em somente um paciente. **Conclusão:** A pleurodese com nitrato de prata foi muito eficaz em todas as doses. Os eventos adversos foram maiores em frequência e intensidade do que o previamente registrado - em especial a toxicidade hepatobiliar - e, aparentemente, cargas maiores da substância estão relacionadas a maior toxicidade embora com o espaço amostral atual os resultados ainda não sejam estatisticamente significativos (este é um ensaio ainda em andamento). **IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:** Este estudo provém maior informação acerca da segurança da pleurodese com nitrato de prata.

REABILITAÇÃO PULMONAR

AO038 AVALIAÇÃO DA POTÊNCIA E CAPACIDADE ANAERÓBIA DOS MÚSCULOS DOS MEMBROS SUPERIORES EM PACIENTES COM DPOC

VINICIUS C. JAMONTI¹; ANTONIO A.M. CASTRO²; LAIS G. B. CRUZ³; ELIAS F. PORTO⁴; GERSON F. SOUZA⁵; EDUARDO COLUCCI⁶; OLIVER A. NASCIMENTO⁷; JOSÉ R. JARDIM⁸

1,2,5,6,7,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.INCOR, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4.UNASP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

Resumo: Muitas atividades da vida diária (AVD) são realizadas com o auxílio dos membros superiores e, frequentemente os pacientes com DPOC tem limitação para realizá-las. É sabido que limitação ventilatória imposta pela hiperinsuflação pulmonar é uma das principais causas para a limitação nas AVD. Entretanto, até o momento, pouco é conhecido sobre o fornecimento de energia do metabolismo anaeróbio para os músculos dos braços para a realização de atividades como varrer, carregar sacolas pesadas, colocar objetos em prateleiras. **Objetivo:** Avaliar o comportamento do metabolismo anaeróbio dos membros superiores de pacientes com DPOC utilizando o teste anaeróbio de Wingate em dias diferentes em um cicloergometro eletromagnético de braços. Foram avaliados os índices de potencia pico (PP), potencia média (PM) e o índice de fadiga (FI). O lactato sanguíneo, a sensação de dispnéia e fadiga (escala de Borg), frequência cardíaca e respiratória, além das pressões artérias foram medidas antes e seriadamente após o final do teste (final, 1, 3 e 5 minutos, respectivamente). **Resultados:** A potência pico (PP) e a potencia média (MP) foram significativamente mais baixas

no grupo de pacientes com DPOC comparadas com o grupo controle (PP = $211,8 \pm 119,0$ x $281,0 \pm 80,8$ Watts, $p < 0,04$ e MP = $124,2 \pm 59,1$ x $182,4 \pm 35,3$ Watts, $p < 0,02$, respectivamente). Não houve diferença na comparação entre os grupos para o índice de fadiga ($p < 0,30$). A concentração de lactato medida pós-teste foi significativamente maior no grupo controle ($7,0 \pm 1,5$ x $5,5 \pm 2$ mmol l⁻¹; $p < 0,01$) e no quinto minuto após o termino do teste ($11 \pm 1,9$ x $8,7 \pm 2,6$ mmol l⁻¹; $p < 0,02$). A análise de correlação de Person demonstrou que houve uma associação entre a produção de lactato no quinto minutos pós-teste e a potência média (MP) ($r = 0,68$; $p < 0,003$) nos pacientes com DPOC. **Conclusão:** Os pacientes com DPOC de estádios de leve e moderado apresentam menor potência pico e média após o teste anaeróbio de Wingate. A associação entre a produção de lactato e potencia média demonstra a validade do teste de Wingate como uma medida de capacidade anaeróbia dos membros superiores e a alteração no metabolismo anaeróbio pode ter influencia na limitação funcional quando realizadas as atividades do cotidiano com os braços por pacientes com DPOC.

CÂNCER DE PULMÃO

AO039 COMPARAÇÕES ENTRE NUNCA FUMANTES E FUMANTES NOS PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO

LUIZ FERNANDO AZAMBUJA; CÁSSIO RAFAEL DE MELO; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; ILKA LOPES SANTORO; MEYER ISBICKI; SERGIO JAMNIK

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia maligna que causa o maior número de mortes. No Brasil, ocorrem aproximadamente 25 mil mortes/ano. Sua principal causa é o tabagismo, mas de 10 a 15% dos casos ocorrem em nunca fumantes. O câncer de pulmão entre nunca fumantes situa-se entre a 7ª e a 9ª causa mais comum de mortes entre óbitos relacionados a todos os tipos de cânceres. **Objetivo:** Os pacientes nunca fumantes são sub-representados nos trabalhos referentes a câncer de pulmão, e, em nosso meio, não existem trabalhos a esse respeito. Descrevemos aqui algumas características de um grupo de nunca fumantes portadores de câncer de pulmão, comparando-os com as de um grupo de fumantes. **Métodos:** Estudo retrospectivo, com dados coletados entre 2002 e 2008 do ambulatório de oncopneumologia da UNIFESP. Foram coletados dados sobre sexo, grupo racial, anos maço, idade, tipo histológico, comorbidades e antecedentes familiares. Foram realizadas análises estatísticas com o teste de qui-quadrado. **Resultados:** Foram estudados 355 portadores de câncer de pulmão. Os nunca fumantes representaram 57 pacientes (16,1 %), sendo 40 do sexo feminino (70,2 %). No grupo fumante, havia 86 casos (28,9%) de mulheres. Entre os grupos raciais, não foi observada diferenças no padrão de distribuição entre nunca fumantes (brancos 78,9%, negros e mulatos 15,8% e amarelos 5,3%) e fumantes (brancos 76,2%, negros e mulatos 19,2% e amarelos 4,2%). O adenocarcinoma foi o tipo histológico mais frequente entre os nunca fumantes (64,9%) e também nos fumantes (42,6 %). Houve maior proporção de pacientes nunca fumantes com idade superior a 70 anos (38,6% x 28,2%), mas essa diferença não foi significativa.

A presença de antecedente familiar de câncer pulmão foi de 47,4% em nunca fumantes e de 41,3% em fumantes (diferença não significativa). Conclusão: Observamos diferenças epidemiológicas importantes entre portadores de câncer de pulmão nunca fumantes e fumantes, com dados semelhantes ao encontrado na literatura médica.

AO040 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS PARA O CâNCER DE PULMÃO NA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI CONFORME AVALIADOS POR UM CENTRO DE REFERÊNCIA.

JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; FLORA KAZUMI IKARI; SUELI MAYUMI NIKAEDO

INSTITUTO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA TORÁCICA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O câncer de pulmão continua sendo um grande desafio para a saúde pública. Mantém-se como a principal causa de óbito por neoplasia nos países desenvolvidos, acometendo ambos os sexos com a mesma agressividade. No momento do diagnóstico apresenta-se disseminado em mais da metade dos casos. Em nosso meio tem sua incidência subestimada e o seu diagnóstico clínico é frequentemente retardado. Os sintomas do câncer de pulmão invariavelmente se confundem com os de outras doenças do sistema respiratório. **Objetivo:** Avaliar os aspectos epidemiológicos entre portadores de câncer de pulmão diagnosticado durante a primeira década deste século. **Métodos:** Foram avaliados os dados de todos os pacientes admitidos em serviço de referência com suspeita de neoplasia pulmonar entre janeiro/2000 e dezembro/2009. Os dados epidemiológicos foram compilados entre aqueles onde o diagnóstico da neoplasia pulmonar foi confirmado. **Resultados:** Dentre 4242 pacientes encaminhados ao serviço com suspeita de neoplasia pulmonar, o diagnóstico pode ser estabelecido em 3727 pacientes, 2516 (67,5%) deles do sexo masculino e 1211 (32,5%) do feminino. A idade mediana para o sexo masculino foi de 64 anos (Extremos: 24-93) e para o feminino de 61 anos (Extremos: 21-93). Quanto aos tipos histológicos, o carcinoma escamoso foi o mais diagnosticado, em 1201 (33,2%) ocasiões seguido de muito perto pelo adenocarcinoma em 1121 (30%). O carcinoma indiferenciado de células pequenas foi identificado em 407 (11%) pacientes. Em 914 (25%) casos o tipo histológico ficou como indeterminado. Quanto ao estadiamento clínico (EC), 2094 (56,2%) pacientes foram classificados como EC = IV, 1009 (27%) como EC = IIIB, 270 (7,2%) como EC = IIIA. Para os estádios iniciais da doença foram identificados 163 (4,4%) doentes EC = II e 186 (5%) EC = I. **Conclusão:** O carcinoma brônquico permanece mais incidente em pacientes do sexo masculino, com uma relação entre os sexos de 2,07 : 1. Embora o carcinoma escamoso seja ainda o mais presente em nossa população, nestes últimos 10 anos, o número de casos de adenocarcinoma aumentou consideravelmente. Por outro lado, os casos de carcinoma indiferenciado de células pequenas vêm caindo progressivamente. O número de pacientes com sua doença disseminada ou localmente avançada, no momento do diagnóstico, permanece absurdamente elevado chegando a 90,4% dos pacientes. Mais do que um problema de saúde

de pública, o diagnóstico em fases mais precoces do câncer de pulmão deve se tornar uma questão de honra para cada pneumologista.

AO041 ASSOCIAÇÃO DE INDICADORES DA FUNÇÃO DA MEMBRANA CELULAR COM O VOLUME DE MASSA TUMORAL DE PACIENTES COM CâNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS.

IVANY ALVES CASTANHO¹; RODOLFO ACATAUASSU NUNES²; JOSELY CORREA KOURY³; BERNARDO TESSAROLLO⁴; ARISTÓFANES CORREIA E SILVA⁵

1.4.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.3.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE FEDRELA DO MARANHÃO, SÃO LUÍZ, MA, BRASIL.

O Ângulo de fase (AF), determinado pela bioimpedância (BIA), detecta mudanças em propriedades elétricas dos tecidos se tornando um indicador de prognóstico em diversas doenças crônicas incluindo o câncer de pulmão. Estudos anteriores têm demonstrado associação do AF com a integridade da função da membrana celular. O presente estudo objetivou verificar a possível associação do AF e da razão entre massa extracelular e massa celular corporal (MEC/MCC) com o volume da massa tumoral (VMT) e sobrevida de homens portadores de neoplasia pulmonar do tipo não pequenas células (NPC), comparando este grupo de pacientes com um grupo controle de fumantes ativos sem câncer. Foram avaliados indivíduos do sexo masculino com diagnóstico histopatológico de câncer do pulmão NPC sem tratamento prévio de quimioterapia, radioterapia ou cirurgia (G1=30) e fumantes ativos sem sinais de doença (G2, n=30). A determinação volumétrica da massa tumoral dos pacientes foi através do software Bebúi (Sistema de Análise de Nódulos Pulmonares) e segmentação feita mediante processo semi-automático com o uso de algoritmo de crescimento por região e agregação de voxels. A análise por BIA foi realizada através do aparelho Biodynamics modelo 450. A idade média do G1 foi 65,6±9,3 anos e G2, 61,5±8,5 anos. Para a avaliação da capacidade funcional dos pacientes utilizou-se a escala de desempenho Karnofsky Performance Status Scale (KPS). Não houve diferença significativa entre as médias das medidas antropométricas nos dois grupos, no entanto, o AF em média no G1 foi menor em 0,43° (p < 0,05) com a média da razão MEC/MCC maior (1,28±0,14 p < 0,02) em relação ao G2. Os resultados entre as associações dos indicadores da função celular com o volume de doença foram: AF e VMT (r= - 0,545; p < 0,02); MEC:MCC e o VMT (r= 0,594; p<0,01), AF e KPS (r= 0,44 p= 0,015). Foi observada maior sobrevida para os pacientes com o KPS >70% (p < 0,02); AF ≥ 5,65° (p < 0,04); razão MEC/MCC<1,22 (p< 0,01) e VMT ≤ 163 ml (p< 0,04). No G2 o AF associou-se com a carga tabágica (r= - 0,54; p < 0,03), apontando possivelmente para as alterações da função celular causadas pela nicotina em fumantes ativos com carga tabágica alta. Nossos resultados, avaliados em conjunto mostram que o AF e a razão MEC/MCC devem ser empregados para avaliar a integridade da função da membrana celular em pacientes com câncer de pulmão NPC no período que antecede o tratamento e que a carga tabágica deve ser considerada como variável importante na avaliação do AF em estudos com indivíduos com ausência de doença.

PNEUMOPEDIATRIA

A0042 IMUNOPEROXIDASE PARA O DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INFECCIOSAS

DEBORA CARLA CHONG-SILVA

SERVIÇO DE PATOLOGIA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

Introdução: As doenças respiratórias infecciosas são responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade pediátricas em países em desenvolvimento. A confirmação da presença de vírus e sua correlação com dados epidemiológicos e histopatológicos são importantes para o entendimento das infecções fatais. **Objetivos:** Realizar imunohistoquímica, pelo método da imunoperoxidase, para pesquisa de antígenos virais em tecido pulmonar obtido de necrópsias pediátricas e comparar os resultados com os padrões histopatológicos e epidemiológicos encontrados. **Métodos:** Foi empregado o método padronizado de imunoperoxidase em 177 casos de necrópsias pertencentes ao Banco de Infecções Respiratórias Graves, do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Os blocos de parafina foram selecionados em ordem decrescente, a partir do ano 2000, e o preparo das lâminas foi realizado por meio de técnicas convencionais. Foram utilizados como anticorpos primários uma bateria pool para vírus respiratórios. O anticorpo secundário utilizado apresentava a tecnologia do polímero de dextrana. Os casos testados tiveram a histopatologia revisada e foram classificados em grupos como broncopneumonia, pneumonite intersticial e concomitância de padrões. **Resultados:** Dentre os casos de broncopneumonia 34% foram positivos para vírus, sendo que para o padrão pneumonite intersticial houve uma positividade de 62,5%. Quando considerado o grupo vírus positivo, as crianças do sexo masculino e abaixo de 1 ano de idade foram as mais acometidas. A gastroenterite aguda foi a doença de base mais associada e a sepsis foi a causa morte mais frequente neste grupo. **Conclusão:** O método da imunoperoxidase mostrou-se útil para investigação etiológica das infecções respiratórias graves e que permite a visualização adequada dos elementos celulares.

A0043 USO DA SOLUÇÃO SALINA HIPERTÔNICA 3% NEBULIZADA NA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA

ALEXANDRE EIJI MIYAKI; LEANDRO SILVA BRITTO; HERBERTO JOSE CHONG NETO; CARLOS RIEDI; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA-HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

Introdução: A bronquiolite viral aguda é causa frequente de sibilância no lactente e de consultas aos serviços de emergência. Apesar de sua alta prevalência e morbidade existem controvérsias no seu tratamento, sendo recomendado apenas medidas suportivas. **Objetivo:** Avaliar a adição da nebulização da solução salina hipertônica 3% no tratamento dos pacientes internados com bronquiolite viral aguda. Como objetivo primário avaliou-se a redução no tempo de internação, e como objetivos secundários avaliar a redução no tempo de jejum e no uso de oxigênio complementar. **Método:** Crianças de 0 a 24 meses, internados no serviço de emergência pediátrica do HC-UFPR durante o período de Julho de 2008 a Outubro de 2009 com diagnóstico clínico de bronquiolite foram randomizados em 2 grupos: Salina Hipertônica a 3% (SH) e solução fisiológica 0,9% (SF). Foi

utilizado salbutamol nebulizado (0,15mg/Kg) em ambos os grupos. Como critérios de exclusão foram utilizados: prematuridade, malformação pulmonar, cardiopatia congênita, imunodeficiências, história de asma ou pacientes em uso de medicação para asma. Foi utilizado escore padronizado para avaliação da gravidade. Análise estatística foi realizada utilizando o software SPSS 16.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do HC-UFPR. **Resultados:** Das 47 crianças envolvidas, 29 apresentaram pelo menos um critério de exclusão e 7 os pais se recusaram a participar do estudo, e 11 indivíduos (mediana idade= 6 meses) foram randomizados nos grupos SH (n=6) e SF (n=5). Os grupos foram semelhantes na distribuição de idade (SH: mediana=5 meses; SF: mediana=6 meses, $p=0,91$) gênero (SH: 2M e SF: 3M, $p=0,78$) e no score de gravidade ($8,6 \pm 2,1$ vs. $7,4 \pm 1,5$, respectivamente; $p=0,09$). Não houve diferença significativa no tempo de internação entre os grupos SH e SF ($4,6 \pm 2,1$ dias vs. $6,6 \pm 2,4$ dias, respectivamente; $p=0,16$), e no tempo de uso de oxigênio ($3,8 \pm 1,4$ dias vs. $5,4 \pm 2,1$ dias, respectivamente; $p=0,19$). Houve redução significativa no tempo de jejum no grupo SH em relação ao grupo SF ($1,3 \pm 0,6$ dias vs. $3,4 \pm 1,1$ dias, respectivamente; $p=0,008$). **Conclusão:** Este é o primeiro estudo que avalia tempo de jejum como desfecho. Apesar da amostra pequena houve redução significativa no tempo de jejum, porém mais estudos devem ser realizados. A eficácia foi semelhante no tempo de internação e de uso de oxigênio em ambos os grupos.

A0044 CORRELAÇÃO ENTRE UM ESCORE DE QUALIDADE DE VIDA E A FRAÇÃO EXALADA DO ÓXIDO NÍTRICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ASMA

FLÁVIA THEREZA RODRIGUES BARBOSA; CLÁUDIA RIBEIRO DE ANDRADE; LAURA MARIA DE LIMA BELIZÁRIO FACURY LASMAR; RENATA MARCOS BEDRAN; JULIANA ALVES HOEHNE; CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA; MARIA JUSSARA FERNANDES FONTES; MARIA TEREZA MOHALLEM FONSECA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

Introdução: A fração exalada do óxido nítrico (FeNO) é indicadora de inflamação eosinofílica e está elevada em pacientes com asma. A avaliação sequencial da qualidade de vida e da fração exalada do óxido nítrico (FeNO) poderia contribuir no acompanhamento de pacientes asmáticos. Entretanto, poucos estudos foram realizados analisando a correlação entre estas variáveis. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre um escore de qualidade de vida e a fração exalada do óxido nítrico em crianças e adolescentes com asma não controlada ou parcialmente controlada. **Métodos:** Estudo transversal realizado no Ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, entre agosto de 2008 e agosto de 2010, envolvendo pacientes entre seis e 18 anos de idade com asma não controlada ou parcialmente controlada em uso de corticóide inalatório em doses iguais ou equivalentes a 500 mcg de beclometasona. O diagnóstico e a classificação da asma foram feitos de acordo com os critérios da Global Initiative for Asthma. Os pacientes responderam ao Questionário de Qualidade de Vida em Asma Pediátrica (QVAP), proposto por Junniper. No escore utilizado, cuja pontuação varia de 1 a 7 pontos, 1 ponto indica o máximo comprometimento da qualidade de vida; e, 7 pontos, nenhum comprometimento. Valores inferiores ou iguais a 4 são indicativos de moderado comprometimento da qualidade de vida. A medida da FeNO foi realizada de acordo com os critérios da American Thoracic Society. O equipamento utilizado foi o

NIOXMINO® (Aerocrine, Suécia). Para o cálculo da correlação utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Resultados: Dos 40 pacientes avaliados, cuja média de idade foi de 11,59 anos, 25 (30,5%) eram do sexo masculino. A média da pontuação da QVAP foi de 4,94 pontos (variação de 2,09 a 6,78 pontos), enquanto que, a média da FeNO foi de 37,57 ppb (variação de 8 a 99 ppb). Não houve correlação estatisticamente significativa entre a FeNO e a QVAP (Pearson $r=0,138$, $p=0,389$). Conclusão: A média obtida da FeNO foi mais elevada em relação aos valores de referência para a faixa etária estudada; da mesma forma, a média da pontuação dos questionários também foi alta, o que corrobora com o fato dos pacientes não estarem com a asma controlada. A ausência de correlação entre essas variáveis indica que elas se comportam de forma diferente, provavelmente porque avaliavam diferentes aspectos da doença.

TERAPIA INTENSIVA

A0045 INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA POR INFLUENZA A PANDÊMICO (H1N1) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM SANTA CATARINA

SÉRGIO BEDUSCHI FILHO; ISRAEL SILVA MAIA; ANA CRISTINA BURIGO GRUMANN; LARA PATRICIA KRETZER; DIOGO LUIZ SIQUEIRA; MONICA FERREIRA GRUNER; TATIANA RASSELE; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI

HOSPITAL NEREU RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

Introdução: No inverno de 2009, a pandemia de Influenza A (H1N1) chegou ao Brasil, afetando mais gravemente a região Sul. Até a 40ª semana epidemiológica de 2009, o Ministério da Saúde havia reportado 68.806 casos de suspeita de infecção pelo Influenza A pandêmico no Brasil. A incidência nacional de Influenza A H1N1 foi de 37/100.000 habitantes, enquanto na região Sul foi de 137/100.000 habitantes. **Objetivos:** Descrever os dados clínicos, epidemiológicos e ventilatórios dos pacientes com Insuficiência Respiratória Aguda secundária a infecção pelo vírus Influenza A pandêmica (H1N1) admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Nereu Ramos. **Métodos:** Foram coletados dados retrospectivos sobre aspectos epidemiológicos, curso clínico e características ventilatórias e desfechos da internação dos pacientes com infecção por Influenza A, laboratorialmente confirmada, que foram admitidos em nossa unidade de terapia intensiva (UTI). **Resultados:** 34 pacientes adultos foram admitidos em nossa UTI com insuficiência respiratória aguda e suspeita de infecção pelo Influenza A pandêmico. Destes, 14 casos foram confirmados laboratorialmente para Influenza A (H1N1). Eram do sexo masculino 57,1% dos pacientes, com idade mediana de 27,5 e intervalo interquartil (IQR) de 26,5 – 48,5 anos. A mediana de APACHE II foi de 14,5 (IQR 10,0-18,25), e da mortalidade prevista de 20,0 (IQR 10,73-27,7). Observou-se como fatores de risco: obesidade (23,1%), doenças respiratórias obstrutivas (15,4%). Também estavam presentes: gravidez, doença neuromuscular e imunossupressão em um paciente cada. Todos os 14 pacientes apresentaram insuficiência respiratória grave, com mediana de menor valor de PaO_2/FiO_2 de 113,3 (IQR: 83,53-159,55) e 92,9% deles necessitou

de ventilação mecânica. A grande maioria dos pacientes (93,2%) foi ventilada no modo de pressão controlada, exigiu altos níveis de PEEP, mediana de 18 (IQR: 16 – 21) cmH₂O, apresentou alta PIP – mediana de 37 (IQR: 32 – 42,5) cmH₂O – e necessitou de FiO_2 elevadas – 0,8 (IQR: 0,6 – 1). Um total de 57,1% dos pacientes foi submetido a manobras de recrutamento alveolar, enquanto que a posição prona foi utilizada em 42,8% deles. A mediana de permanência na UTI foi de 13 dias (IQR 4,75-23,50) e da permanência hospitalar foi de 16,5 dias (IQR 9,75-25,0). A taxa de pneumonia e traqueobronquite associadas à ventilação mecânica (PAV/TAV) foi elevada (69,2%), assim como a taxa de mortalidade durante a internação na UTI (42,8%). **Conclusão:** Pacientes admitidos em nossa UTI com infecção pelo Influenza A pandêmico confirmada apresentaram insuficiência respiratória aguda grave e instabilidade hemodinâmica. A mortalidade foi elevada, como descrito na literatura.

A0046 AVALIAÇÃO DE PACIENTES SOBREVIVENTES DE SARA APÓS VENTILAÇÃO MECÂNICA EM VITÓRIA – BRASIL

ANDRÉ LUIZ DA FONSECA POTRATZ¹; JOSÉ ROBERTO PEREIRA DA FONSECA²; HEIDE SHIHO NAGATANI FEITOZA³; THÚLIO MINÁ VAGO⁴; BEATRIZ DALCOLMO DE ALMEIDA LEÃO⁵; ELIANA BERNADETE CASER⁶; ANA MARIA CASATI NOGUEIRA DA GAMA⁷; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS⁸

1,2,3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL; 8.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, ES, BRASIL.

Introdução: Sobreviventes de SARA que receberam alta do hospital após permanência em UTI em ventilação mecânica podem apresentar várias limitações funcionais. **Objetivos:** Avaliar função respiratória, tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) de tórax e estado mental de sobreviventes de SARA pós-ventilação mecânica das UTIs de Vitória. **Métodos:** Foram recrutados pacientes de 14 unidades de terapias intensivas que receberam alta hospitalar após desenvolver SARA (64 sobreviventes de 128 pacientes). Foram realizados espirometria, teste da caminhada 6 minutos, TCAR de tórax, gasometria arterial e mini-exame do estado mental (mini-mental). **Resultados:** Dos 64 pacientes sobreviventes, 22 foram avaliados. A idade média foi 40 ± 13 anos, 14 do sexo masculino. IMC médio = $25,6 \pm 7$. Tempo médio pós alta hospitalar = 880 ± 150 dias. Dezesesseis entre os 22 pacientes retornaram ao trabalho com tempo médio = $7,1 \pm 7$ meses. Vinte pacientes realizaram espirometria: FVC% médio (% predita) = 97,85% (65 a 181%), FEV1% médio = 93,16 (40 a 126%), FEF25-75% médio = 83,05% (13 a 167%), pico de fluxo = 93,58% (26 a 175%). Distância média após caminhada 6 minutos = 443,4 (220 a 528) metros, SpO₂ média após 6 minutos foi 98,68% (95 a 99%), FC média após 6 minutos = 109,7 (83 a 155), PIM média = $95,56 \pm 27,09$ cmH₂O e PEM média = $104,9 \pm 24,26$ cmH₂O. PaO_2/FiO_2 média = 503 ± 92 (ar ambiente). TCAR revelaram opacidades discretas em vidro fosco em 5/20, sinais aprisionamento de ar em 5/20, atelectasia subsegmentar em 6/20 e bronquiectasia em 3/20. O escore médio do mini-mental foi 25,91 (7 a 30). Disfunções cognitivas estiveram

presentes 7/22 pacientes. **Conclusão:** A avaliação funcional de nossos pacientes que desenvolveram SARA e receberam alta do hospital revelou algumas disfunções. No entanto, 16 de 22 pacientes retornaram ao trabalho.

A0047 COMPARAÇÃO ENTRE PACIENTES COM SEPSE DE ORIGEM PULMONAR E SEPSE DE ORIGEM NÃO PULMONAR EM VENTILAÇÃO MECÂNICA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO GRANDE DO SUL

LÉA FIALKOW¹; MAURICIO FARENZENA²; JULIANA BALBINOT HILGERT³; MARY CLARISSE BOZZETTI⁴

1,4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

Introdução: A Sepsé é causa frequente de internação em Centros de Terapia Intensiva (CTI). Trata-se de um grupo heterogêneo: pacientes com Sepsé de origem pulmonar (SOP) e Sepsé de origem não pulmonar (SONP). O conhecimento epidemiológico destes grupos é escasso, sobretudo no Brasil. **Objetivos:** Descrever e comparar as características (incluindo taxas de mortalidade) dos pacientes com SOP e SONP em Ventilação Mecânica (VM) em um CTI do sul do Brasil. **Métodos:** Foram selecionados pacientes com SOP e SONP oriundos de uma coorte prospectiva que arrolou 1115 adultos que internaram no CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre abril/2004 e abril/2007 e necessitaram de VM por mais de 24 h. Teste t-Student e qui quadrado foram usados para comparações. **Resultados:** SOP como causa de VM (n=231) representou 50% dos casos de Sepsé como causa de VM (n=466). A idade foi semelhante nos dois grupos (SOP=57±19 anos vs. SONP=57±18;p=0,60). Não houve diferença no escore APACHE II entre os grupos (SOP=24±8 vs. SONP=25,4±8;p=0,40). A proporção de três ou mais disfunções orgânicas foi menor no grupo SOP (43% vs. 58%;p=0,0012). As principais morbidades ocorridas durante a VM foram: Lesão Pulmonar Aguda (SOP=23% vs. SONP=28%;p=0,2) e Pneumonia associada à VM (SOP=6% vs. SONP=12%;p=0,027) em ambos os grupos. A mortalidade hospitalar foi menor nos pacientes com SOP em relação aos pacientes com SONP (53% vs. 63%;p=0,005). **Conclusão:** Pacientes com SOP apresentaram menor número de disfunções orgânicas quando comparados com pacientes com SONP, o que contribuiu para um quadro clínico menos grave, demonstrado por uma menor mortalidade hospitalar. Estes dados, embora locais, são inéditos no Brasil, os quais também contribuem para uma visão detalhada sobre sepsé em nosso país, cuja mortalidade permanece elevada.

CIRURGIA TORÁCICA

A0048 EFEITOS PREDNISONA SOBRE O SISTEMA MUCOCILIAR DE RATOS SUBMETIDOS OU NÃO À CIRURGIA DE SECÇÃO E ANASTOMOSE BRÔNQUICA

KARINA ANDRIGUETTI DE OLIVEIRA; NATHALIA NEPOMUCENO; ARISTIDES TADEU CORREA; FÁBIO BISCEGLI JATENE; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: As infecções pulmonares constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade após o transplante pulmonar. O transplante expõe a árvore brônquica a uma série de condições, como a lesão de secção

e anastomose brônquica e a ação dos imunossuppressores, alterando os componentes do epitélio mucociliar. O sistema mucociliar presente nas vias aéreas do sistema respiratório é o principal mecanismo de defesa do trato respiratório, assim a influência de drogas neste sistema precisa ser investigada. A prednisona é um importante corticosteróide usado após o transplante de pulmão, no entanto seu uso pode estar associado ao aumento da mortalidade no período pós por complicações como baixa cicatrização e infecções. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da secção brônquica e a terapia com prednisona na depuração mucociliar. **Métodos:** Foram utilizados 180 ratos machos Wistar distribuídos em 6 grupos. Os animais dos grupos P1, P2 e P3 receberam diferentes doses de prednisona (0,625, 1,25 e 2,5 mg/kg/dia); os do grupo ScP2 foram submetidos à cirurgia de secção e anastomose brônquica e terapia com 1.25 mg/kg/dia de prednisona; do grupo ScSal foram submetidos à cirurgia de secção e anastomose brônquica e gavagem diária de solução fisiológica; por fim, os animais do grupo Sal receberam gavagem de solução fisiológica. Após o período de tratamento (7, 15 ou 30 dias), os animais foram sacrificados, e as medidas de frequência de batimento ciliar (FBC), velocidade de transporte mucociliar (VTMC) e transportabilidade do muco (TM) coletadas. Para avaliar os efeitos da droga realizamos a análise estatística comparativa entre os grupos P1, P2, P3 e Sal. Para avaliar a possível interação da droga com o procedimento cirúrgico comparamos os grupos ScP2, ScSal e P2. **Resultados:** A administração das diferentes doses de prednisona estudadas prejudicaram a TM e a dosagem mais alta (P3) diminuiu a VTMC. Os animais submetidos à secção e anastomose brônquica mostraram redução significativa de VTMC e FBC após 7 e 15 dias da cirurgia. Observamos a recuperação desses parâmetros após 30 dias do procedimento cirúrgico. **Conclusão:** A prednisona altera a TM e doses altas podem prejudicar a VTMC. A secção e anastomose brônquica pioram a VTMC, FBC e TM. Não há efeito sinérgico entre a droga e cirurgia.

A0049 ESTUDO COMPARATIVO DA FISIOPATOLOGIA DE PULMÕES SUBMETIDOS À PERFUSÃO COM LPD-GLICOSE E CELSIOR APÓS PERÍODOS VARIADOS DE ISQUEMIA: MODELO EXPERIMENTAL EX-VIVO EM RATOS

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO; KARINA ANDRIGUETTI DE OLIVEIRA; NATHALIA NEPOMUCENO; PAULA ROBERTA OTAVIANO SOARES; ROGERIO PAZETTI; FÁBIO BISCEGLI JATENE
INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: A lesão de isquemia-reperfusão continua sendo considerada a maior causa de mortalidade relacionada ao transplante de pulmão e sua gravidade é influenciada por diversos fatores, dentre eles, as técnicas de preservação pulmonar. **Métodos:** Sessenta pulmões de ratos após períodos de isquemia de 6 ou 12 horas e preservados com LPD-glicose, Celsior ou solução fisiológica foram reperfundidos com sangue heterólogo em modelo experimental ex-vivo durante 60 minutos e os dados analisados. **Resultados:** A complacência pulmonar foi significativamente maior nos grupos submetidos a 6h de isquemia do que nos grupos preservados por 12h. A resistência pulmonar foi significativamente maior no grupo LPD do que no grupo Celsior. O volume corrente foi significativamente maior no grupo LPD submetido a 6 horas de isquemia do que no grupo preservado por 12 horas com a mesma solução. A mensuração da PaCO2 arterial foi maior nos grupos

submetidos a 12 horas de isquemia do que naqueles submetidos a 6 horas. A capacidade relativa de oxigenação (CRO) e o ganho de peso pulmonar ao longo da reperfusão não foram estatisticamente significativos. A relação entre o peso úmido e o peso seco pulmonar foi maior no grupo LPD submetido a 12 horas de isquemia do que no grupo LPD preservado por 6 horas. A comparação dos valores de pressão de artéria pulmonar entre os grupos não demonstrou significância estatística. Discussão: Neste estudo a CRO não revelou diferenças significativas na comparação entre as soluções e os tempos de isquemia, enquanto Wittwer et al observaram valores significativamente maiores no grupo Celsior. O ganho de peso pulmonar ao longo da reperfusão não foi estatisticamente significativo, independente da solução de preservação e do tempo de isquemia, sendo o mesmo observado por Sommer et al em um tempo de reperfusão maior (7 horas) em porcos. Conclusão: Ambas as soluções promoveram semelhante CRO e ganho de peso ao longo da reperfusão. Entretanto, os pulmões preservados com LPD e submetidos a 12 horas de isquemia apresentaram maior relação peso úmido/peso seco.

A0050 APLICAÇÃO TÓPICA DE SOLUÇÕES DE PRESERVAÇÃO EM TRAQUEIA DE RATOS: EFEITOS NA DEPURAÇÃO MUCOCILIAR E NA LESÃO SECUNDÁRIA À ISQUEMIA

ARTUR EUGÊNIO DE AZEVEDO-PEREIRA¹; JULIANA AKEMI SAKA²; KARINA ANDRIGUETTI DE OLIVEIRA³; MAURO CANZIAN⁴; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES⁵; FÁBIO BISCEGLI JATENE⁶

1,2,3,5,6.DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA. INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA. INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: O transplante traqueal continua um desafio para a Cirurgia Torácica. Contudo, avanços recentes na revascularização e reepitelização do enxerto renovaram o interesse no transplante de vias aéreas. A traquéia age como órgão de defesa do sistema respiratório por meio da depuração mucociliar (DM). Idealmente, a DM deve ser preservada em enxertos traqueais passíveis de utilização para transplante traqueal. **Objetivo:** Avaliar se o uso tópico de soluções de preservação previne as alterações na DM, na lesão isquêmica e na produção de muco em traquéia de ratos submetidas a isquemia fria. **Métodos:** 209 segmentos traqueais obtidos de 105 ratos Wistar foram aleatoriamente alocados para submersão a 4°C em LPD-glicose (grupo 1), histidina-triptofano-cetoglutarato (HTK)(grupo 2) ou solução salina (grupo 3). A DM foi avaliada após 6,10,16 ou 24 horas de isquemia fria. O transporte mucociliar (TM) foi medido através de microscópio de luz com óptica reticulada pela observação do movimento das partículas de muco. A frequência de batimento ciliar (FBC) foi obtida pela sincronização entre o movimento ciliar observado ao microscópio e uma luz estroboscópica. Os segmentos foram corados com hematoxilina-eosina; a isquemia traqueal foi analisada por uma escala semiquantitativa graduando a integridade epitelial e a infiltração celular. Os segmentos também foram corados com PAS e azul de alciano para avaliar a produção de muco, quantificada por um programa de computador. **Resultados:** Houve melhora no TM no grupo 2 comparado com o grupo 3 (p=0,006). Não houve diferença no TM entre os demais grupos (p>0,05). Não houve diferença na FBC entre os grupos (p=0,65). Não houve diferença na

gradação de linearidade epitelial (p=0,72), infiltração celular (p=0,88), e na quantificação do PAS(p=0,44) e azul de alciano (p=0,42) entre os grupos. **Conclusão:** O uso tópico de soluções de preservação não previne as alterações na DM, na lesão isquêmica e na produção de muco em traquéia de ratos submetidas a isquemia fria.

A0051 PERFIL DAS CITOCINAS INFLAMATÓRIAS NO DERRAME PLEURAL APÓS TRANSPLANTE PULMONAR

RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA; MARLOVA LUZZI CARAMORI; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR; MARCOS NAOYUKI SAMANO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE; FRANCISCO SUSO VARGAS

INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

Introdução: Transplante pulmonar é o procedimento de escolha para várias doenças pulmonares fase final. Apesar de todas as melhorias nas técnicas cirúrgicas e imunossupressão, complicações pós-operatórias precoces permanecem comum, especialmente o edema de reperfusão (disfunção precoce do enxerto) e rejeição aguda. Existem poucos estudos avaliando a caracterização das citocinas inflamatórias após transplante pulmonar. **Objetivo:** Determinar o perfil das citocinas inflamatórias, no líquido pleural, após o transplante pulmonar. **Métodos:** O estudo inclui vinte pacientes, idade 17 a 61, submetidos a transplante pulmonar uni ou bilateral, entre agosto de 2006 e Março de 2008. Uma amostra de 20 ml foi coletada do líquido pleural, após o transplante, em períodos de 6, 24, 48 horas, e assim consecutivamente, até um total de 10 dias ou até a retirada do dreno torácico, para medida das citocinas inflamatórias. Todas as amostras dos líquidos foram consideradas como exsudato pelo critério de Light.

Resultados:

IL-8 p = 0,006 6 h > 48h a 10d
IL-1b p = 0,032 9d e 10d < 6h
VEGF p = 0,026 6 h > 48 h e 10d
TGF-β p < 0,001 6 h > todos os outros tempos
24h e 48h > 5d a 10d
9d e 10d < todos os outros tempos
IL-6 p < 0,001 6 h > todos os outros tempos
6h, 24h, 48h, 72h e 96h > 5d, 6d, 7d, 8d, 9d e 10d

Conclusão: Existe um pico de citocinas inflamatórias nas primeiras 6 horas após o transplante. Isto pode ser explicado pela recente lesão cirúrgica e à falta de um esquema imunossupressor agressivo nesse período. Em nosso protocolo, começamos o inibidor de calcineurina (ciclosporina ou tacrolimus) 24 horas após o transplante. Percebemos uma diminuição progressiva do nível das citocinas, o que ocorre de forma mais acentuada a partir do 4º dia pós-transplante. **IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:** A caracterização da inflamação pleural após transplante pulmonar é importante para a compreensão do fisiologia do procedimento e das complicações clínicas.

Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia

Pôsteres

P0001 SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES AMBULATORIAIS

ANAMÉLIA COSTA FARIA; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; THIAGO THOMAZ MAFORT; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; ROGÉRIO RUFINO; THAIS FERREIRA MARINHO; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA
UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APNÉIA DO SONO; SACS; EPWORTH

Introdução: A Síndrome de Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) é um problema de saúde pública da maior importância e está associada a sonolência diurna excessiva, acidentes de trânsito e de trabalho, morbidade cardiovascular, disfunções metabólicas, perda cognitiva e depressão. Os estudos epidemiológicos a respeito da prevalência da SAOS na população geral apresentam resultados bastante divergentes, em virtude da falta de homogeneidade na metodologia empregada. Um estudo recente realizado na cidade de São Paulo, empregando polissonografia completa no laboratório do sono em 1042 voluntários encontrou uma prevalência de apnéia moderada (índice de apnéia-hipopnéia ≥ 15 /hora) em 16,9% da população da população entre 20 e 80 anos de idade. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de distúrbios respiratórios do sono numa instituição de ensino. **Métodos:** Análise de coorte de abril de 2009 a junho de 2010. A demanda do ambulatório é espontânea e encaminhada por especialistas de outras áreas. **Resultados:** Foram atendidos 101 pacientes neste período, sendo 53% do sexo feminino e com média de idade de 53 ± 13 anos. O IMC médio foi de $32,48 \pm 7,29$ Kg/m², sendo que apenas 8% tinham IMC normal (<25 Kg/m²). Com relação ao índice de Mallampatti, as frequências foram as seguintes: 38,7% Classe I, 33,0% Classe II, 18,2% Classe III e 8,0% Classe IV. A média da circunferência de pescoço foi de 42,8 cm nos homens e 37,14 nas mulheres. A pontuação média na escala SACS (Sleep Apnea Clinical Score) foi de $16,1 \pm 13,55$ pontos e na escala de sonolência de Epworth foi de $12,4 \pm 5,8$ pontos. Noventa e três por cento dos pacientes relatavam ronco, 74% relatavam pausa respiratória presenciado pelo(a) parceiro(a), 70% referia nictúria e 34% queixava-se de cefaléia matinal. A HAS foi relatada por 47,8% dos pacientes. Outras doenças cardiovasculares foram relatadas por 9% da amostra e a diabetes tipo 2 foi reportada por 5%. Trinta e dois por cento dos pacientes tinham história de alguma pneumopatia, sendo asma a mais frequente e 62% deles fumam ou já fumaram. Quinze por cento deles tinham história de rinite alérgica ou rinossinusite. Os pacientes com SACS ≥ 15 pontos foram encaminhados para polissonografia. **Conclusão:** É importante valorizar a sintomatologia dos pacientes com suspeita de apnéia do sono, bem como achados simples ao exame físico como a obesidade, a circunferência do pescoço e a escala de Mallampati.

P0002 NARCOLEPSIA: UMA CAUSA DE SONOLÊNCIA EM PORTADORES DE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

FABÍOLA SCHORR; GLAUCYLARA REIS GEOVANINI; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; SILVIA MOULIN RIBEIRO; RODRIGO PINTO PEDROSA; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; PEDRO RODRIGUES GENTA; GERALDO LORENZI FILHO

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DISTÚRBIOS DO SONO POR SONOLÊNCIA EXCESSIVA; APNÉIA DO SONO TIPO OBSTRUTIVA; NARCOLEPSIA

Introdução: A Apnéia Obstrutiva do Sono (AOS) tem como um de seus principais sintomas a sonolência diurna excessiva (SDE). O tratamento de escolha da AOS moderada a grave é a utilização de dispositivo de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), visando abolir os eventos respiratórios durante o sono. O paciente portador de AOS pode permanecer com SDE a despeito do tratamento, o que leva a incluir no diagnóstico diferencial desta sonolência residual uma titulação inadequada da pressão de CPAP, má aderência ao tratamento, depressão, hipersonia idiopática, síndrome de pernas inquietas e narcolepsia. **Objetivos:** Relatar um caso de diagnóstico tardio de narcolepsia em paciente portador de AOS, que apresentava sonolência diurna residual após tratamento com CPAP. **Relato do Caso:** paciente masculino, 56 anos, hipertenso, diabético, obeso e dislipidêmico, encaminhado ao ambulatório do sono do Instituto do Coração para investigação de AOS. Suas principais queixas eram ronco intenso diário e SDE, com Escala de Sonolência de Epworth (ESE) de 18. Submetido à Polissonografia (PSG) noturna que evidenciou AOS grave, com IAH de 30 eventos/hora. Na sequência, PSG com titulação de CPAP determinou pressão de 8cm H₂O, com controle dos eventos respiratórios. Paciente apresentou boa adesão ao CPAP por 4 anos, porém permanecendo com sonolência residual (ESE 17). Neste período evoluiu com quadro depressivo, havendo melhora dos sintomas do humor após instituição de antidepressivo e relatou acidente de trânsito por dormir ao volante. Devido à persistência da SDE foi solicitada nova PSG com titulação de CPAP, que determinou pressão de 12 cmH₂O. Após ajuste da pressão do CPAP paciente persistiu com SDE. Realizado Teste das Latências Múltiplas do Sono (TLMS) que evidenciou 3 episódios de sono REM precoce em 4 oportunidades de sono. Este resultado, associado com história clínica sugestiva de cataplexia, confirmou o diagnóstico de narcolepsia. Paciente iniciou tratamento com Modafinila (estimulante atípico do Sistema Nervoso Central), evoluindo bem, com melhora importante da sonolência residual (Epworth 8). **Conclusão:** Narcolepsia e AOS podem coexistir em um mesmo paciente. A sonolência residual após tratamento com CPAP em paciente portador de AOS merece investigação diagnóstica e a narcolepsia deve figurar entre os diagnósticos diferenciais.

P0003 PROPOSTA DE MODELO ACESSÍVEL PARA O MANEJO DA APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO NO SUS

FABIOLA SCHORR; LIA BELCHIOR MENDES BEZERRA; SILVIA MOULIN RIBEIRO; GLAUCYLARA REIS GEOVANINI; RAIMUNDO JENNER PARAISO PESSOA JUNIOR; RODRIGO PINTO PEDROSA; PEDRO RODRIGUES GENTA; GERALDO LORENZI FILHO

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APNÉIA DO SONO TIPO OBSTRUTIVA; DISTÚRBIOS DO SONO POR SONOLÊNCIA EXCESSIVA; POLISSONOGRAMA

Introdução: A Apnéia Obstrutiva do Sono (AOS) é um problema de saúde pública, tendo graves consequências, incluindo sonolência diurna excessiva (SDE) e aumento do risco de doenças cardiovasculares. Porém, a maioria dos pacientes com AOS permanece sem diagnóstico e sem tratamento. O exame padrão-ouro para o diagnóstico é a polissonografia, que é de alto custo e difícil acesso. A poligrafia domiciliar (PD) avalia variáveis respiratórias e já foi validada em pacientes com alta probabilidade pré-teste para AOS, sendo métodos mais acessíveis. O tratamento mais eficaz da AOS moderada a grave é a aplicação de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). No entanto, o CPAP é caro e não está disponível no sistema público de saúde. Exercícios da musculatura dilatadora da faringe orientados pela fonoaudiologia são uma terapêutica alternativa barata e efetiva em pacientes com AOS moderada. **Objetivos:** Descrever um modelo padronizado acessível para o diagnóstico e tratamento de AOS em pacientes do SUS. **Desenho:** Pacientes referenciados ao Ambulatório do Sono do InCor/HCFMUSP foram avaliados através de questionário de Berlim (QB) e Escala de Sonolência de Epworth (ESE). Os pacientes com alta probabilidade de AOS (alto risco no QB e/ou SDE) realizaram PD com o aparelho STARDUST II que avalia fluxo aéreo, oximetria de pulso, esforço respiratório e posição corporal. A gravidade da AOS foi classificada de acordo com o índice da apnéia e hipopnéia (IAH) em leve (5 a 14 eventos/hora), moderada (15 a 29 eventos/hora) e grave (≥ 30 eventos/hora). Pacientes com AOS grave ou moderada com comorbidades cardiovasculares ou SDE foram encaminhados para uso de CPAP. Os com AOS moderada sem comorbidades cardiovasculares foram encaminhados para fonoterapia. Os pacientes com AOS leve foram orientados a perder peso. **Resultados:** Foram avaliados 43 pacientes com alta probabilidade de AOS, 31 do sexo masculino, com idade média de 53 ± 14 anos, índice de massa corpórea: 32 ± 7 Kg/m². As comorbidades mais comuns nesta população foram: hipertensão arterial sistêmica (63,6%), insuficiência cardíaca (23,3%), diabetes mellitus (19,4%), doença arterial coronariana (17,2%), fibrilação atrial (16,7%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (13,8%). Cinco pacientes (11,6%) necessitaram de repetição da poligrafia por motivos técnicos (perda de sinal). A poligrafia revelou AOS leve (27%), moderada (29,5%) e grave (40,5%). Somente 5 dos 20 (25%) pacientes com indicação utilizaram o CPAP. O motivo alegado para a não utilização foi a limitação financeira. Seis dos sete (86%) pacientes com indicação de fonoterapia aderiram ao tratamento. **Conclusão:** O manejo dos pacientes com AOS proposto neste trabalho, que inclui o uso da poligrafia domiciliar e técnicas de exercícios de fonoaudiologia, pode auxiliar no diagnóstico e tratamento dos pacientes do SUS. A estratégia proposta demonstra que

soluções simples são viáveis para uma grande proporção dos pacientes.

P0004 TRATAMENTO DA APNÉIA CENTRAL DO SONO IDIOPÁTICA COM RESPIRAÇÃO PERIÓDICA DE CHEYNE STOKES: RELATO DE UM CASO.

VITOR MARTINS CODEÇO; CARLOS ALBERTO VIEGAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APNEIA CENTRAL DO SONO; CHEYNE STOKES; BI-PAP

Introdução: a síndrome da apnéia central (AC) do sono é uma entidade de baixa frequência, compreendendo menos de 10% dos pacientes submetidos à polissonografia e menos de 1% da população. AC pode ser classificada como primária ou secundária que inclui a respiração de Cheyne Stokes, a respiração periódica por alta altitude, a condições médicas, ao uso de drogas ou ao tratamento da apnéia obstrutiva do sono com CPAP. **Objetivos:** relatar um caso de apnéia central do sono idiopática com respiração de Cheyne Stokes grave e seu tratamento com aparelho de ventilação não invasiva tipo bi-pap no modo s-t. **Métodos:** trata-se do relato de paciente masculino, 43 anos, IMC=33 Kg/alt², que nos foi encaminhado pela cardiologia onde faz controle de dislipidemia e apresenta espessamento da íntima nas carótidas, sem HAS. Relata roncos habituais e tem ESE=17. Nega cataplexia, paralisia do sono, ou síndrome das pernas inquietas. O paciente não apresenta alterações no sistema cardiovascular ou renal, além das já citadas. Ressonância magnética (RM) cerebral revelou-se normal. Na história pregressa relatava internação em UTI por cerca de 10 dias devido a quadro de encefalite, há 10 anos (SIC). **Resultados:** foi realizada polissonografia (PSG) de noite inteira que revelou apnéias centrais com respiração periódica de Cheyne Stokes. Em seguida foi feita nova PSG para titulação de aparelho bi-pap no modo s-t. Os resultados polissonográficos, pré e pós-titulação, foram respectivamente: latência do sono: 45 X 1 min, latência sono REM: 159 X 121 min., estágio I: 9,9 X 5%, estágio II: 73,2 X 51,9%, sono delta: 8,3 X 31,1%, sono REM: 8,6 X 11,8%, IAH: 84,7 X 11,8 eventos/h sendo, apnéias obstrutivas: 56 X 3, apnéias centrais: 286 X 11, apnéias mistas: 28 X 1, hipopnéias: 64 X 46, saturação mínima: 78 X 87%, T90:10,7 X 0,5% do tempo total de sono. **Conclusão:** a apnéia central com respiração de Cheyne Stokes é entidade de baixa prevalência e na maioria dos casos está associada a doenças crônicas, com raros casos de origem indeterminada, sendo este o primeiro relato em nossa região, que temos conhecimento. Tem resposta terapêutica adequada ao uso de ventilação não invasiva tipo bi-pap no modo s-t. Não obstante cabe ressaltar que apesar do paciente acima não apresentar alterações encefálicas na RM, há possibilidade da existência de alterações funcionais não detectáveis que poderiam participar na gênese da doença.

P0005 USO DE BILEVEL EM PACIENTE PORTADOR DE SAOS- RELATO DE CASO

TANIA CRISTINA DORIA; CLAUDIA GREGÓRIO

FUABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APNÉIA; BIPAP; SONO

Paciente N.D., sexo masculino, 72 anos, foi encaminhado a FUABC para pesquisa diagnóstica de SAOS. A FUABC conta com Laboratório de Sono, com equipe multidisciplinar: neurologista, pneumologista, otorrinolaringologista e fisioterapeuta. O paciente apresentava as seguintes co-morbidades: Asma, IAM-ICO (há um ano e cinco meses),

Dislipidemia, DM, HAS, Paralisia de Cordas Vocais, RGE, Neurocisticercose, AVC em 2003. Durante a consulta foi relatado pelo cônjuge roncos de intensidade alta todos os dias, déficit de memória, sonolência excessiva diurna, sedentarismo, cansaço, apatia. Ao exame físico foi constatado: Palato Web, Amígdalas Grau I, Mallampati Classe IV, Pilares Medianizados, Úvula Espessa e Longa, Língua Demarcada. Foi aplicada escala de Epworth onde apresentou escore total de 18, sugerindo sonolência excessiva diurna. Em 17/12/2008, realizou exame de polissonografia basal, apresentando os seguintes resultados: ES: 96,6% IA/H: 63,6, S1: 3%, S2: 17,8%, S3/4: 0,7%, REM: 18,3%, SAT MINO2: 60%. Em 28/08/09, realizou polissonografia com Bilevel, apresentando os seguintes resultados: ES: 92,9%, IA/H: 13,7, S1: 5,3%, S2: 33,1%, S3/4: 30,9%, REM: 30,7%, SAT MIN O2: 70%, pressão de bipap: 22x 17 cmh20. Exame realizado com máscara oro nasal. Em 24/09/09 foi solicitado ao paciente utilização de Bilevel com máscara oro nasal, com pressão de 18X 14 cmh20 para melhor adaptação do mesmo, bem como acompanhamento semanal com fisioterapeuta da equipe. Após um mês de uso do aparelho, paciente retornou em consulta referindo melhora importante dos sintomas diurnos, com uso do Bilevel de oito horas/noite. Relatou também que iniciou atividade física. Em 12/05/10, paciente referiu melhora importante dos sintomas, que está bem adaptado ao aparelho, melhora das AVD, que pratica atividade física cinco dias por semana (bicicleta e musculação). Os autores destacam a importância do acompanhamento multidisciplinar na SAOS grave, com melhora da qualidade de vida com uso de Bilevel.

P0006 EFEITO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA NA ADERÊNCIA/ADESÃO AO CPAP

TANIA CRISTINA DORIA; CLAUDIA GREGÓRIO
FUABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APNÉIA; SONO; CPAP

Introdução: O uso do CPAP é reconhecido como principal tratamento da SAOS moderada e grave. A utilização e aceitação são os principais desafios terapêuticos do CPAP.

Objetivos: Melhorar o uso do CPAP através da educação continuada, acompanhamento em longo prazo por fisioterapeuta especializado em medicina do sono. **Métodos:** Orientações ao paciente sobre: SAOS, Polissonografia Basal e com CPAP, Benefícios da utilização do aparelho. Acompanhamento dos pacientes a cada seis meses quando voltam em consulta médica. Os mesmos respondem questionário a respeito de utilização de CPAP e dificuldades de uso. Foram considerados 50 pacientes que realizaram a polissonografia, dentre eles 25 realizaram polissonografia com CPAP. Destes 25 pacientes, 10 utilizam o CPAP há quase dois anos com média de utilização de 5 horas/noite, oito utilizam o CPAP a aproximadamente há um ano com média de utilização de 4 horas/noite e seis pacientes utilizam o CPAP aproximadamente seis meses com média de utilização de 4 horas/noite **Conclusão:** O suporte educacional aumenta a adesão/aderência, sugerindo que o acompanhamento multiprofissional deve ser essencial durante a terapêutica com o CPAP.

P0007 PREVALÊNCIA DE PREDITORES DE COMPLICAÇÕES PULMONARES EM PACIENTES AVALIADOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

MÔNICA MEDRADO OLIVEIRA¹; ERIVALDO SANTOS ALVES²; CARLA HILARIO DALTRO³; PALOMA BAIARDI GREGÓRIO⁴; JORGE FARIA DE MIRANDA SANTOS⁵; LEONARDO VINHAS SILVA⁶; ADRIANO PASSOS RIOS⁷; MARCELO FALCÃO DE SANTANA⁸

1.CEPS/NTCO, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,5,6,7,8.NTCO, SALVADOR, BA, BRASIL; 4.CEPS, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: RISCO CIRÚRGICO; PREDITORES; COMPLICAÇÕES PULMONARES

INTRODUÇÃO: A obesidade apresenta-se como um dos principais problemas de saúde pública e a cirurgia bariátrica tem se mostrado um efetivo Método de tratamento. Com o aumento da demanda, se faz necessário definir preditores de morbimortalidade. As complicações pulmonares constituem a segunda maior causa de complicação no período pós operatório e apesar de serem mais frequentes que as cardiovasculares, poucos são os estudos que avaliam rigorosamente as variáveis preditoras de tais complicações na abordagem pré operatória. **Objetivos:** Estudar a prevalência de preditores de complicações pulmonares em cirurgia bariátrica. **Métodos:** Foram estudados retrospectivamente 481 obesos encaminhados à cirurgia bariátrica através de anamnese, exame físico, avaliações laboratorial e cardiovascular, espirometria, Rx de tórax e polissonografia. **Resultados:** A média de idade foi 37,9 ± 10,9 anos, IMC 41,1 kg/m2 sendo 70,8% do sexo feminino. Os fatores de risco relacionados à condição clínica do paciente apresentaram as seguintes prevalências: Idade maior que 50 anos (17,2%), Asma (21,3%), HAS (42,6%), DMellitus (10,3%), Cardiopatia (3,5%), Apnéia Obstrutiva do Sono (70,9%), Tabagismo (8,5%), além da obesidade. Os testes de função pulmonar apesar de não serem considerados preditores independentes, CVF< 70% do previsto, VEF1< 70% do previsto e a razão VEF1/CVF<65% estiveram presentes em 10,9%, 10% e 1,3% respectivamente. **Conclusão:** A ocorrência de complicações pulmonares no pós operatório está vinculada à existência de fatores de risco inerentes à anestesia, ao ato cirúrgico ou à condição clínica do paciente. Os relacionados ao procedimento cirúrgico levam em consideração o local da incisão, duração do procedimento e tipo de anestesia. Cirurgias de abdome superior e anestesia geral apresentam maior risco de eventos pulmonares. A literatura mostra que a identificação de fatores que permitem adoção de estratégias no pré operatório, podem modificar o prognóstico. No presente estudo, chamamos a atenção para Apnéia do Sono, Asma e Tabagismo, pois, se abordados no pré operatório podem reduzir risco cirúrgico, com impacto em morbimortalidade e tempo de internação.

P0008 EFICÁCIA DO CPAP NA CORREÇÃO DE HIPERCAPNIA EM PORTADORES DE SÍNDROME DE OBESIDADE HIPOVENTILAÇÃO E APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO: RELATO DE CASOS.

MÔNICA MEDRADO OLIVEIRA¹; ERIVALDO SANTOS ALVES²; CARLA HILARIO DALTRO³; PALOMA BAIARDI GREGÓRIO⁴; JORGE FARIA DE MIRANDA SANTOS⁵; LEONARDO VINHAS SILVA⁶; ADRIANO PASSOS RIOS⁷; MARCELO FALCÃO DE SANTANA⁸

1.NTCO/CEPS, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,5,6,7,8.NTCO, SALVADOR, BA, BRASIL; 4.CEPS, SALVADOR, BA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE OBESIDADE HIPOVENTILAÇÃO; SÍNDROME DE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO; CPAP

Introdução: Síndrome de Obesidade Hipoventilação (SOH) é comumente definida como a combinação de obesidade e hipercapnia na vigília, na ausência de outras causas de hipoventilação. Vários fatores contribuem para redução do controle ventilatório, entre eles a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS). Nesses casos, a terapia com o CPAP nasal é o tratamento de escolha. A SOH está associada ao aumento de risco cirúrgico, uma vez que os agentes anestésicos podem potencializar as alterações ventilatórias já existentes. **Objetivos:** Estudar a prevalência de SOH e SAOS em um grupo de obesos encaminhados para cirurgia bariátrica e avaliar a eficácia do CPAP na correção da hipercapnia em quatro portadores das duas patologias. **Material e Métodos:** Foram estudados retrospectivamente 333 obesos encaminhados à cirurgia bariátrica através de avaliação clínicolaboratorial, espirometria, Rx de tórax e polissonografia. A hemogasometria arterial foi realizada em 246 pacientes. **Resultados:** A média de idade foi $37,8 \pm 10,6$ anos, IAH $18,4 \pm 24$ ev/h, IMC $41,0$ kg/m². A prevalência de SAOS foi de 67,6% e SOH 4,1%. Todos os portadores de SAOS grave e SOH foram orientados a fazer uso do CPAP no pré e pós operatório. Evolução de quatro portadores de SAOS e SOH: Paciente 1: IMC: 45,6/ IAH:35,7/ CVF:66%/ pCO₂ :49,9mmHg/ pCO₂ pós CPAP:43mmHg. Paciente2: IMC: 44,5/ IAH: 44,4/ CVF:80%/ pCO₂:49mmHg/ pCO₂ pós CPAP:44mmHg. Paciente 3: IMC: 47/ IAH: 30/ CVF:70%/ pCO₂: 52mmHg/ pCO₂ pós CPAP:41mmHg. Paciente 4: IMC: 61/IAH:15,2/ CVF:48,6%/ pCO₂: 51mmHg/ pCO₂pós CPAP:55mmHg. **Conclusão:** A literatura mostra que 90% dos pacientes com SOH apresentam SAHOS associada e que o uso do CPAP, por quinze dias, tem sido eficaz na correção da hipercapnia. A falta de resposta ao uso do CPAP observada no paciente 4, pode em parte, dever-se a alteração de mecânica respiratória com redução de volumes pulmonares, considerando o elevado IMC e a presença de grave distúrbio ventilatório restritivo.

P0009 FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA E SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO: ENTIDADES DIVERSAS COM MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS COMUNS?

ANTONIO MONTEIRO CHIBANTE¹; FLÁVIO JOSÉ MAGALHÃES SILVEIRA²; FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE³; BERNARDO HENRIQUE MARANHÃO⁴; EDUARDO PAMPLONA BETHLEM⁵

1,4,5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.SLEEP-LABORATÓRIO DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.CENTRO DE INVESTIGAÇÕES PNEUMOLÓGICAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APNEIA DO SONO; SÍNDROME METABÓLICA; FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

Introdução: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) e a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) estão relacionadas com fenômenos fisiopatológicos já reconhecidos que envolvem o Stress Oxidativo (SO) e a Síndrome Metabólica (SM) com produção e liberação de elementos inflamatórios, até certo ponto comuns. Por outro lado, o aumento da gordura visceral abdominal (GVA), presente na SAOS, é considerado parâmetro sugestivo de SM embora seu aumento no mediastino não tenha sido até o momento relevado. **Objetivos:** Submeter portadores de FPI a polissonografia noturna no intuito de correlacionar estas duas patologias e avaliar o possível aumento de gordura visceral no mediastino (GVM) (normalmente só estudada no abdômen) tanto em

portadores de FPI como de SAOS. **Métodos:** De trinta e oito (38) portadores de FPI, diagnosticada conforme os critérios classificatórios da ATS/ERS, 33 foram submetidos, num estudo de corte transversal, a polissonografia noturna com a finalidade de se confirmar a possível coexistência de SAOS. Paralelamente foi avaliada no estudo da TC do tórax a distribuição de GVM, como sinal radiológico indireto sugestivo de SM, tanto nos portadores de FPI como em 20 pacientes com SAOS e sem FPI. **Resultados:** Dos 38 portadores de FPI em 36 (95%) o estudo tomográfico do tórax apresentava concentração proeminente de GVM e de 33 submetidos a polissonografia 32 (97%) apresentavam SAOS sendo que em apenas 1 (3%), portador de carcinoma broncogênico avançado, não se observava aumento da GVM. Nos 20 portadores de SAOS e sem FPI, 19 (95%) apresentavam aumento flagrante de GVM. **Conclusão:** Pelos achados obtidos concluímos que tanto na SAOS como na FPI o aumento da GVM é chamativo e, da mesma forma que o aumento da GVA, poderia representar um sinal indireto da SM. Ao mesmo tempo a presença de SAOS na maioria dos portadores de FPI faz supor que ambas as patologias devem apresentar em algum momento mecanismos fisiopatológicos comuns que justificariam as coincidências observadas.

P0010 PRESSÃO CRÍTICA DE FECHAMENTO DURANTE O SONO E CORRELAÇÃO COM A ANATOMIA DA VIA AÉREA SUPERIOR EM PORTADORES DE APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

PEDRO RODRIGUES GENTA; FABIOLA SCHORR; AMANDA MENEZES LOPES; MARCELO GERVILLA GREGÓRIO; NAURY DE JESUS DANZI; HENRIQUE TAKACHI MORIYA; ELOISA GEBRIM; GERALDO LORENZI FILHO

LABORATÓRIO DO SONO/INCOR - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APNÉIA DO SONO TIPO OBSTRUTIVA; FARINGE; TOMOGRAFIA

Introdução: A pressão crítica de fechamento (PCrit) é definida como a pressão nasal em que ocorre o colapso das vias aéreas superiores (VAS) e reflete a contribuição anatômica na gênese da apnéia obstrutiva do sono (AOS). Entretanto, a relação entre a PCrit e a anatomia das VAS têm sido pouco estudada. O objetivo deste estudo foi correlacionar a PCrit com a anatomia das VAS determinada pela tomografia computadorizada de cabeça e pescoço. **Métodos:** Quinze homens portadores de AOS (idade: 54 ± 10 anos; índice de massa corporal: $29,9 \pm 3,9$ kg/m²) foram submetidos à polissonografia noturna basal com índice de apnéia/hipopnéia (IAH) de 38 ± 22 eventos/h (variação: 8-66 eventos/h), tomografia computadorizada de cabeça e pescoço e determinação da PCrit durante o sono. **Resultado:** A PCrit determinada durante o sono foi significativamente associada com diversas variáveis cefalométricas, incluindo a posição do osso hióide, ângulo da base do crânio e área transversal da velofaringe (intervalo de r: 0,577-0,686). A regressão linear múltipla revelou que o IAH foi independentemente associado com a PCrit, circunferência da cintura e idade ($r^2 = 0,785$, $p = 0,001$). A PCrit foi independentemente associada à área da velofaringe e ao comprimento da via aérea ($r^2 = 0,621$, $p = 0,003$). **Conclusão:** A PCrit durante o sono correlacionou-se fortemente com várias características anatômicas das VAS, destacando a importância da anatomia da VAS na gênese da AOS.

P0011 PERFIL RESPIRATÓRIO DE PORTADORES DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES ACOMPANHADOS EM HOSPITAL TERCIÁRIO.

MARILIA MONTENEGRO CABRAL; ADRIANA VELOZO GONÇALVES; DANIELLE CRISTINA SILVA CLÍMACO; RENNY DE ALMEIDA SEABRA; BETTY WILMA DA COSTA ROCHA; LILIANE MARJORIE FEITOSA DE ALBUQUERQUE; ADRIANA BARBOSA TAVARES; ANA KELLY DE LIMA MEDEIROS

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA NEUROMUSCULAR; HIPOVENTILAÇÃO; VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Introdução: Sob a denominação genérica de doenças neuromusculares, agrupam-se diferentes afecções decorrentes do acometimento primário da unidade motora, em sua maioria geneticamente determinada. As doenças neuromusculares levam à hipoventilação alveolar que contribui para redução da qualidade de vida e aumento da morbimortalidade desses pacientes. A hipoventilação alveolar inicia-se durante o período de sono, especialmente durante o sono de movimentos rápidos dos olhos e, com a progressão da fraqueza muscular, há extensão da hipoventilação para o período de vigília documentada pela presença de hipercapnia diurna. **Objetivos:** Descrever a avaliação respiratória inicial de portadores de doenças neuromusculares acompanhados em hospital terciário da rede pública de Recife-PE. **Métodos:** Estudo observacional do tipo coorte transversal. Todos os pacientes foram submetidos à entrevista clínica que questiona sobre dados de dificuldade para alimentação, número de infecções respiratórias no último ano, número de internações hospitalares no último ano, sintomas nasais e sonolência diurna. No mesmo momento os pacientes foram encaminhados para realização das avaliações respiratórias: rinoscopia, prova de função pulmonar, gasometria arterial e radiografia de tórax. **Resultados:** 75 pacientes foram avaliados (52 foram do sexo masculino), idade média de 14,2 + 4,6 anos. As principais doenças neuromusculares foram às seguintes: Distrofia Muscular do tipo Duchenne (n=26), Amiotrofia Espinhal Progressiva Tipo II (n=08) e Tipo III (n=2), Distrofia Muscular Merosina Negativa (n=04), Disrofia Muscular Tipo Cinturas (n=1) e Distrofia Distrofia Muscular não determinada (n=17). Sintomas nasais (obstrução nasal e/ou rinorréia) foram encontrados em 48% da população, engasgos e disfagias em 33%, infecções respiratórias no último ano em 42%, internações hospitalares no último ano em 11% e apenas 2% apresentava escala de sonolência de Epworth superior a 10 pontos. Foram realizadas 16 polissonografias, das quais 06 foram compatíveis com o diagnóstico de apnéia obstrutiva do sono. Houve 16 indicações de ventilação não invasiva (VNI) e 6 indicações de CPAP. A capacidade vital forçada foi inferior a 50% em 36% da população. As variáveis da função pulmonar e gasometria estão expressas como média / desvio padrão: VEF1/CVF (relação) - 0,90 / 0,12; CVF litros(%) - 1,5 (52,1) / 0,8(23,9); PaO2 mmHg - 89,8 / 20,8; PaCO2 mmHg - 37,2 / 6,5; PH - 7,39 / 0,03 e SpO2 - 95,2 / 11,9. **Conclusão:** A avaliação respiratória documentou a presença de hipoventilação alveolar diurna (PaCO2 > 45 mmHg) em 5% desta população com indicação imediata de (VNI) embora houve documentação de restrição pulmonar grave em 36% da população. Também houve alta prevalência de sintomas

nasais (48%) e, portanto, a avaliação nasal deve ser incluída na avaliação respiratória uma vez que os sintomas nasais são responsáveis por quadros de tosse e hipersecreção brônquica além de dificultarem a adesão a VNI.

P0012 HIPOVENTILAÇÃO, HIPOTIREOIDISMO E SAOS GRAVE – RELATO DE CASO.

LEANDRO CESAR SALVIANO; ANDREA DE CASSIA VERNIER ANTUNES CETLIN; MARCELO BEZERRA DE MENEZES; DÉBORA DOS SANTOS OSÓRIO; GERUZA ALVES DA SILVA; CRISTINA DE ALMEIDA SOUZA GALEGO

HCRP-FMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SAOS; HIPOTIREOIDISMO; HIPOVENTILAÇÃO

Introdução: Hipotireoidismo (HT) é conhecido fator de risco para Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) e ambos podem se acompanhar de Hipoventilação Alveolar (HA). Entretanto, HA secundária ao HT deve ser investigada em pacientes que não melhoram após instituição da terapêutica adequada. **Objetivos:** Descrever um caso de HA grave, secundária a hipotireoidismo associado a SAOS grave. **Métodos:** Paciente feminina, 66 anos, apresentando queixa de sonolência diurna excessiva e perda de concentração há 1 ano. Informava que apresentou várias quedas da própria altura e atribuía as quedas à sonolência, na última queda fraturou o fêmur direito. Relatava ter tido diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há 10 meses, e fazendo uso de captopril 25mg de 8/8hs desde então; pneumonia tratada há 8 meses e ser ex-tabagista de 2 anos-maço, tendo parado há 40 anos. O exame clínico revelou mucosas descoradas, IMC: 35,5 kg/m²; a pele estava ressecada; tinha edema palpebral bilateral e de membros inferiores. **Resultados:** A escala de sonolência de Epworth revelou um escore de 24/24. Os exames laboratoriais mostraram: hemograma sem alterações; gasometria arterial em ar ambiente com: pH=7,39, PaO2=46,9 mmHg, PaCO2=65,9 mmHg, HCO3=38,8 mmol/L, BE=+10,8 mmol/L e Saturação de O2= 80,9 %; o TSH=10,6 µIU/mL e T4 livre < 0,3 ng/dL. A polissonografia diagnosticou SAOS grave com IDR de 126 eventos/hora, com dessaturação de até 70%. Feito os diagnósticos de HA e SAOS, além de HT, a paciente foi orientada a perda ponderal, indicado BiPAP e iniciado tratamento para HT. Após três retornos, paciente não havia conseguido o BiPAP, mas passou a ser assintomática, optado pela repetição dos exames que mostraram: normalização de TSH e T4 livre (1,22 µIU/mL e 0,793 ng/dL, respectivamente); gasometria arterial em ar ambiente com: pH=7,45; PaO2=74,3 mmHg; PaCO2=34 mmHg; HCO3=35,0 mmol/L; BE=+1,7mmol/L; Saturação de O2=95,2 % e polissonografia manteve diagnóstico de SAOS grave, com IDR de 30 eventos/h e dessaturação no sono de 80 %. Paciente obteve controle total da SAOS com CPAP e do hipotireoidismo com hormônio de reposição e está assintomática. **Conclusão:** Hipoventilação alveolar agrava o estado clínico dos pacientes com SAOS e demanda atenção especial sobre esses pacientes. O HT é um agravante sanável da SAOS e frequente determinante da hipoventilação alveolar, devendo ser investigado em todos os casos de apnéias do sono associadas a hipoventilação alveolar.

P0013 SACS OU BERLIM: QUAL O MELHOR PREDITOR DE SAOS EM PACIENTES COM DPOC?

ANAMÉLIA COSTA FÁRIA¹; THAIS FERREIRA MARINHO²; ROGÉRIO RUFINO³; CLÁUDIA HENRIQUE DA COSTA

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: APNEIA DO SONO; DPOC; QUESTIONÁRIO

Introdução: Apesar do alto custo e da disponibilidade limitada, a polissonografia completa realizada no laboratório do sono ainda é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico da síndrome de apnéia obstrutiva do sono (SAOS). A fim de priorizar os casos mais graves, foram desenvolvidos questionários e escores clínicos de previsão de probabilidade de SAOS. **Objetivos:** Comparar os resultados do questionário de Berlim e do Sleep Apnea Clinical Score (SACS) em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Métodos:** Foi aplicado o SACS a pacientes acompanhados no ambulatório de DPOC da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Devido ao reduzido número de resultados com alta probabilidade de SAOS (≥ 15 pontos), foi aplicado o questionário de Berlim a 18 desses pacientes. **Resultados:** Foram avaliados 60 pacientes (32 homens), com média de idade de $67,75 \pm 8,9$ anos. A média do VEF1 foi de $61,76 \pm 17,59\%$ e a distribuição conforme a gravidade da DPOC segundo os critérios GOLD foi a seguinte: 13% DPOC leve, 67% DPOC moderada, 20% DPOC grave e 0% DPOC muito grave. A média da escala de sonolência de Epworth foi $9,80 \pm 5,79$ pontos, estando positiva (≥ 10 pontos) em 50% dos pacientes. O Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de $24,07 \pm 4,81$ Kg/m², sendo que 12% eram obesos IMC > 30 Kg/m² e 15% tinham IMC $< 18,5$ Kg/m². A média da circunferência de pescoço foi $37,01 \pm 4,2$ cm e da pontuação no SACS $5,48 \pm 6,64$ pontos, sendo que em apenas 5 pacientes (8%) foi encontrado um resultado com alta probabilidade (≥ 15 pontos). O questionário de Berlim foi aplicado em 18 pacientes, sendo de alta probabilidade em 8 (44%). Neste subgrupo no qual foi aplicado o questionário de Berlim, apenas 2 (11%) tinham SACS ≥ 15 pontos. **Conclusão:** O SACS pode não ser um instrumento de previsão de SAOS adequado nos pacientes com DPOC, uma vez que a presença de depleção músculo-esquelética é comum nestes pacientes. A comparação desses Resultados com a polissonografia é necessária para confirmar esta informação.

P0014 INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO EM ACLIVE COM ELEVAÇÃO DA CABECEIRA EM PACIENTES COM APNÉIA OBSTRUTIVA DO SONO

FÁBIO JOSÉ FABRICIO DE BARROS SOUZA¹; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO²; GERALDINE MACIEL GUIMARÃES³; PEDRO RODRIGUES GENTA⁴; GERALDO LORENZI-FILHO⁵

1,2,3.HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL; 4,5.INCOR-HC/FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: APNÉIA; ACLIVE; ELEVAÇÃO DA CABECEIRA

Introdução: A Apnéia Obstrutiva do Sono (AOS) é caracterizada por obstruções recorrentes das vias aéreas superiores durante o sono. O tratamento de escolha para a AOS é o uso de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP), porém nem todos os pacientes tem acesso ao tratamento. Alguns estudos sugerem que o aclone pode estabilizar a via aérea superior em pacientes com AOS. No entanto, o aclone nunca foi testado como uma possível terapêutica para a AOS. **Objetivos:** Avaliar o impacto

do aclone da cabeceira da cama em pacientes com AOS. **Métodos:** Estudo transversal, realizado no ambulatório de Medicina do Sono. Todos os pacientes foram submetidos a polissonografia padrão (PSG basal), utilizando o sistema de escores da Academia Americana de Medicina do Sono (AASM Manual for Scoring Sleep, 2007) com equipamento ALICE 5, Respironics®. Em um período de até 2 semanas realizaram nova polissonografia com aclone obtido através elevação da cabeceira em 15 cm, resultando numa inclinação de 30° (PSG aclone). Os dados foram analisados com SPSS 10.0, aplicando teste t para amostras pareadas. O valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** Foram avaliados 17 pacientes (8 homens), idade $51,31 \pm 9,76$, índice de massa corpórea $30,86 \pm 5,49$. O tempo entre a primeira e a segunda polissonografia foi de 10 ± 3 dias. Em relação a PSG basal, houve melhoras com redução significativa no índice de apnéia e hipopnéia (IAH) total (PSG basal 20 ± 14 vs PSG aclone 15 ± 14 , $p = 0,0003$), IAH NREM (PSG basal 18 ± 14 vs PSG aclone 13 ± 13 ; $p = 0,0002$), número de eventos respiratórios (PSG basal 123 ± 91 vs PSG aclone 91 ± 82 , $p = 0,0047$), número de hipopnéias (PSG basal 101 ± 78 vs PSG aclone 71 ± 70 , $p = 0,0038$), duração do ronco em porcentagem (PSG basal 32 ± 21 vs PSG aclone 21 ± 16 , $p = 0,023$) e ronco em minutos (PSG basal 123 ± 77 vs PSG aclone 79 ± 61 , $p = 0,036$), índice de hipopnéia (PSG basal 17 ± 13 vs PSG aclone 12 ± 12 , $p = 0,0017$), duração máxima em segundos de hipopnéia (PSG basal $28,20 \pm 7$, PSG aclone $81,22,97 \pm 6,70$, $p = 0,024$) e latência para o sono REM (PSG basal $175,61 \pm 76,84$, PSG aclone $130,91 \pm 50,56$, $p = 0,012$). A saturação mínima de oxigênio mostrou uma tendência de melhora (PSG basal 83 ± 8 vs PSG aclone 85 ± 8 , $p = 0,079$). **Conclusão:** a elevação da cabeceira em 30 graus obtida com aclone de 15 cm reduz significativamente a AOS, sendo esta uma medida simples que pode auxiliar pacientes que aguardam diagnóstico ou tratamento específico. Mais estudos com número maior de pacientes são necessários para comprovar o real benefício postural nos graus variados da AOS.

ASMA**P0015 ASSOCIAÇÃO ENTRE GRAVIDADE DA ASMA E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE ADULTOS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASMA EM FEIRA DE SANTANA-BAHIA**

HELLVIEIRA BRANDÃO¹; CONSTANÇA SAMPAIO CRUZ²; ARMÊNIO COSTA GUIMARÃES³; ALVARO AUGUSTO CRUZ⁴

1.PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA E RINITE DE FEIRA DE SANTANA, PROAR-FS, FEIRA DE SANTANA, BA, BRASIL; 2.FUNDAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL; 3.FUNDAÇÃO BAHIANA PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL; 4.PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA E RINITE- PROAR, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA; PROGRAMA DE ASMA

Introdução: A asma e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são doenças de elevada morbidade e a associação entre elas pouco estudada na literatura. A HAS é um componente da síndrome metabólica que tem sido associada a risco de asma. **Objetivos:** Determinar a frequência de HAS entre

portadores de asma e verificar se há associação entre esta enfermidade e asma grave. **Métodos:** Estudo retrospectivo de pacientes registrados em um ambulatório de referência em asma. Foram analisados dados clínicos de história e exame físico incluindo medida de pressão arterial de uma amostra de conveniência de 102 asmáticos consecutivos com idade entre 20 e 79 anos registrados na sua primeira avaliação no Programa para o Controle da Asma de Feira de Santana (ProAR-FS). Todos tinham história de hospitalização no ano anterior a matrícula. As variáveis qualitativas foram expressas por frequência e comparadas através do teste do qui-quadrado. Análise regressão logística foi realizada com as variáveis com $p < 0,10$. **Resultados:** 66,7% (68) eram portadores de asma grave (critério GINA). A frequência de hipertensão arterial nos portadores de asma leve e moderada foi de 11,8% (4) e naqueles com asma grave de 29,4% (20); 52,4% (11) dos portadores de HAS e asma grave tinham sobrepeso ou obesidade. A asma grave associou-se positivamente com a HAS (20 versus 4, $p=0,03$) com a idade (46,2 versus 39,4, $p = 0,01$) e inversamente com a idade de início da primeira crise menor que cinco anos de vida (27,9% versus 50%, $p=0,02$). A HAS foi fator de risco independente para asma grave (OR = 3,84; $p = 0,02$). **Conclusão:** A prevalência de HAS entre asmáticos foi mais elevada em portadores de asma grave que tiveram risco três vezes maior em comparação aos portadores de asma leve e moderada.

P0016 PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CÂNTIDIO: FATORES PREDITORES PARA TAXA DE ADESÃO AO TRATAMENTO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE SEUS PACIENTES

EVANES DELGADO BARROS PEREIRA¹; ANTONIO GEORGE DE MATOS CAVALCANTE²; PEDRO LUCAS RODRIGUES COSTA³; RENATA DELGADO PEREIRA SANTOS⁴; EDUARDO NOLLA SILVA PEREIRA⁵

1,2,3,5, UNIVERSIDADE FEDERAL CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL;

4, UNIVERSIDADE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TAXA DE ADESÃO ; ASMA ; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: O Programa de Controle da Asma em Fortaleza é um projeto de ensino, pesquisa e assistência, que integra o Sistema Único de Saúde e a universidade pública. **Objetivos:** avaliar os fatores preditores para taxa de adesão no programa de controle de asma do hospital universitário Walter Cântidio (HUWC) e a qualidade de vida dos mesmos. **Métodos:** este é um estudo de coorte prospectivo onde foram avaliados pacientes do ambulatório de asma do hospital das clínicas no período de agosto de 2009 a maio de 2010. **Resultados:** foram avaliados 68 pacientes com idade média de 56 anos sendo 49 mulheres e 19 homens. A taxa de adesão ao medicamento corticoide inalatório /beta2 de longa duração foi de 70%. Entre os fatores preditores foi observado associação estatisticamente significativa com melhor taxa de adesão nos pacientes com suporte de cuidador (8/48 X 1/20) ($p < 0,05$). A média do pico de fluxo foi de 430l/s e não houve associação com taxa de adesão. Os pacientes estavam com sua asma controlada apresentando pontuação do ACT com média de 20 pontos. Foi observado uma melhora na qualidade de vida dos pacientes após entrarem no programa. Na Pontuação do questionário de Saint George: sintomas antes e depois de entrarem no programa : $40,3 \pm 25 / 30,3 \pm 21$ ($p < 0,05$), Impacto antes e depois : $40,2 \pm 23 / 26,8 \pm$

20 ($p < 0,05$), atividade antes e depois : $58,5 \pm 27 / 42,3 \pm 26$ ($p < 0,05$), pontuação total antes e depois : $42,6 \pm 21 / 31,9 \pm 20$ ($p < 0,05$). Não houve diferença estatística na pontuação do SGRQ quando comparado os grupos adesão versus não adesão (32,6X30,2; $p = 0,18$). **Conclusão:** Os pacientes acompanhados no ambulatório de asma do hospital das clínicas apresentam uma boa taxa de adesão ao tratamento, a taxa de adesão foi maior, do ponto de vista de significância estatística, entre os pacientes que recebiam suporte de cuidador. Houve uma melhora na qualidade de vida destes pacientes após entrarem no programa.

P0017 SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA X OMALIZUMAB: UM RELATO DE CASO

LILIAN RECH PASIN¹; EDUARDO GARCIA²; FERNANDA WALTRICK MARTINS³; FÁBIO SCHORR⁴; RANGEL OLSEN DE CARVALHO⁵; EDUARDO HERMES ISCMPA⁶, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA; OMALIZUMAB

Introdução: Síndromes hipereosinofílicas são um grupo de desordens marcadas por uma sustentada superprodução de eosinófilos, nas quais a infiltração eosinofílica causa dano a múltiplos órgãos. Cerca de 40% dos pacientes tem envolvimento pulmonar. A hipereosinofilia contribui para a resposta inflamatória na asma, causando o recrudescimento de exacerbações nesses pacientes. **Relato de Caso:** A.M.D.M, 60 anos; caucasiana; procedente de Canoas/RS. Paciente portadora de asma desde os 8 meses de idade, apresentando crises eventuais, e com história de HCV, tendo realizado tratamento em 2007 com Ribavirina e Interferon, vinha em uso de Formoterol/Budesonida 12/400mcg, 2 vezes ao dia. Em dezembro de 2009, iniciou com exacerbações frequentes de asma, apesar do tratamento medicamentoso otimizado, sendo evidenciado aumento dos níveis de IgE sérica. Decorrente a isso, realizou sessões de Omalizumab, sendo que, após a quarta dose, houve piora clínica e aumento dos níveis de IgE sérica. Ao exame físico, sibilância e abolição do murmúrio vesicular em terço inferior de hemitórax esquerdo. Radiograma de tórax evidenciava presença de derrame pleural no terço inferior do pulmão esquerdo e obstrução do seio costofrênico direito, bem como infiltração intersticial esparsa. À TC Tórax, áreas de atenuação em vidro fosco se faziam presentes em ambos os pulmões. Quanto à função pulmonar, DVO moderado, sem resposta broncodilatadora, CPT normal, VR com leve aumento e DLCO no limite inferior da normalidade. Os níveis de IgE e eosinofilia séricos variaram de 600-1030 e 2000-5300, respectivamente. Eosinofilia evidenciada também no LBA, líquido pleural e aspirado e biópsia de medula óssea. **Discussão:** Eosinofilia pulmonar tem sido relatada em decorrência da ingestão ou inalação de uma variedade de medicamentos. Síndrome hipereosinofílica e agravamento dos sintomas pulmonares são relatados como eventos raros em decorrência do uso de omalizumab. **Conclusão:** Após excluir-se os diagnósticos diferenciais de hipereosinofilia, pela não usualidade do caso, discute-se a correlação entre o quadro clínico apresentado e o uso de Omalizumab.

P0018 O PAPEL DA INTERNET NA EDUCAÇÃO EM ASMA

CARLOS RIEDI¹; MARIANA ISHIBACHI²; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO³; CINTHYA COVESSI THOM SOUZA⁴

HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; INTERNET; EDUCAÇÃO EM ASMA

Introdução: a educação do paciente é componente de promoção da saúde e de programas de manejo de doenças crônicas. É essencial para o sucesso do controle da asma. A *internet* é inovação para informação em massa e possibilita distribuição ou troca rápida de grandes quantidades de dados, além de atender as necessidades interativas e informativas de pacientes/ responsáveis. **Objetivos:** avaliar informações disponíveis na *internet* sobre asma. **Métodos e Resultados:** pesquisa realizada pelo *site* de busca *Google*, com palavra-chave asma. Aproximadamente 10.000.000 de *sites* foram encontrados na *web*, sendo em torno de 1.000.000 de páginas em português. Analisados 55 *sites* em português conforme ordem de aparecimento na página, no período de janeiro a junho de 2010. Foram avaliados em cada *site* autor e sua origem, patrocínio, conteúdo, atualização, referências, outros *links*, número de acessos, para quem o *site* foi direcionado e quem montou o *site*. Quarenta por cento dos *sites* (22 de 55) apresentam autor e destes, 77,3% a origem do autor. Dos 14 *sites* patrocinados 10 são por indústria farmacêutica e dos *sites* com atualização, 7 (29,2%) de 24 foram atualizados em 2010. Referências estão presentes em 30,9% , outros *links* em 38,2% e 1 (1,8%) *site* mostra número de acessos da página; 69,1% dos *sites* são direcionados às pessoas leigas, 25% são comerciais e 23,6% profissionais. Quanto ao conteúdo, 78,2% (47 de 55) têm definição da asma, 50,9% fisiopatologia, 74,5% quadro clínico, 40% diagnóstico, 7,9% fatores desencadeantes; 63,6% não orientam como evitar os fatores desencadeantes e tratamento de alívio e/ou manutenção. 23,6% têm plano de ação e somente 9,1% apresentam a técnica dos dispositivos inalatórios. **Conclusão:** os *sites* avaliados não têm informações completas sobre asma. É preciso entidade reguladora responsável por certificar as informações médicas disponíveis na *internet*. Muitos *websites* não contribuem e podem interferir negativamente na educação em asma.

P0019 PNEUMOMEDIASTINO APÓS CRISE DE ASMA - RELATO DE CASO

PAULO ROBERTO ROBERTO ALBUQUERQUE¹; SUZIANNE RUTH HOSANAH LIMA²; RICARDO JOSE FONSECA OLIVEIRA³; JÉSSICA SANTOS MEDEIROS⁴; MARINA FERREIRA CÂMARA⁵; CARLOS ALBERTO ALMEIDA ARAÚJO⁶

1,2,3,4,6.UFRN, NATAL, RN, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOMEDIASTINO; ASMA BRÔNQUICA; CRISE DE ASMA

Introdução: O pneumomediastino é definido como a presença de ar livre no mediastino consequente ao efeito Mackiln, que corresponde à dissecação do interstício ao longo dos brônquios e vasos pulmonares pelo ar, como resultado do aumento exagerado da pressão intra-alveolar, levando a hiperinsuflação pulmonar, favorecendo assim, a ruptura alveolar e dissecação intersticial. Os sintomas são diretamente relacionados à quantidade de ar que estará no mediastino, tendo como principais manifestações clínicas a dor torácica , com irradiação para região cervical, ombros e dorso, dispnéia, disfagia, odinofagia, rouquidão e enfisema subcutâneo. O sinal de Hammam, que consiste na presença de crepitações sincronizadas com os batimentos cardíacos à ausculta, pode ser observado com frequência. O Pneumomediastino tem como padrão ouro para seu diagnóstico a radiografia de tórax na incidência em PA e perfil , chegando a apresentar uma sensibilidade de 100%; A tomografia computadorizada de tórax é reservada para

casos em que o diagnóstico seja duvidoso. **Relato de Caso:** Paciente A.D.A.L., 15 anos, com diagnóstico de asma desde a infância com crises esporádicas de broncoespasmo. Apresentou crise recente de início súbito, sendo atendido em serviço de Pronto Socorro. Ao Exame Físico constatou-se crepitação subcutâneo e na ausculta pulmonar raros roncos e sibilos. Foi medicado com beta-agonista e corticóide venoso, apresentando melhora. Foram realizadas espirometria, radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax, tendo o diagnóstico de pneumomediastino confirmado, causado provavelmente pela exacerbação da asma brônquica. Foram prescritos beta-agonista de longa duração e corticóide inalatório, apresentando boa evolução do quadro. Realizou radiografia de tórax de controle, que se mostrou sem alterações. **Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo relata uma experiência clínica tendo em vista o pequeno número de relatos na literatura sobre a ocorrência do pneumomediastino relacionado à exacerbação da asma brônquica. **Métodos:** Relato de Caso clínico. **Discussão:** Trata-se de uma patologia infrequente, que pode ser de origem espontânea ou secundária a um fator precipitante, havendo diversas etiologias relacionadas na literatura. Pode ser complicação da crise de exacerbação da asma, com uma incidência aproximada de 0,5%. O tratamento proposto é repouso, oxigênio em baixo fluxo, analgésicos e inalação de β_2 agonistas associado ao corticóide. Em geral, apresenta uma evolução favorável, sendo considerado um processo autolimitado e benigno com resolução dos sinais e sintomas em um período de três a sete dias. Dessa forma, conclui-se que o pneumomediastino ocorre como sendo uma manifestação infrequente das complicações que podem ocorrer nos pacientes que cursam com exacerbação da asma brônquica, devendo os profissionais da saúde atentar para os sinais e sintomas sugestivos dessa entidade para poder fornecerem uma conduta e suporte adequados para esses pacientes.

P0020 RELAÇÃO ENTRE A SENSIBILIZAÇÃO AOS ALÉRGENOS INALÁVEIS E A GRAVIDADE DA ASMA

GABRIELE LIMA CARDOSO WESTPHAL; HEVERTTON LUIZ BOZZO SILVA SANTOS; CARLOS RIEDI; HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA-HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ALERGIA; CRIANÇAS

Introdução: A relação entre a gravidade da asma e a sensibilização a aero-alérgenos não está bem estabelecida. **Objetivos:** Verificar a relação entre a sensibilização a determinado aeroalérgeno e a gravidade da asma. **Métodos:** Revisão de prontuários padronizados de primeira consulta de 1549 crianças, entre 0 e 14 anos, com diagnóstico de asma persistente pelos critérios do Global Initiative for Asthma (GINA), atendidas no período de Janeiro de 2001 a Janeiro de 2006 em serviço de Alergia Pediátrica do HC-UFPR. Verificou-se a frequência de positividade nos testes cutâneos alérgicos para Dermatophagoides pteronyssinus (DP), Blomia tropicalis (BT), Blatella germanica, Lolium perene, epitélio de cão e gato e sua distribuição conforme a gravidade da asma e idade. Foi considerado positivo o teste cutâneo alérgico que resultou em pápula $\geq 3\text{mm}$ que o controle negativo. Para a análise estatística foi utilizado o teste do χ^2 . **Resultados:** A média de idade dos pacientes era de $4,3 \pm 3,5$ anos e 59% da amostra eram do gênero masculino. Constatou-se que

56% dos 1249 testados para DP são sensibilizados a este alérgeno, 51% dos 1055 à BT, 23% dos 645 à Blatella, 19% de 607 ao Lolium, 16% de 767 ao epitélio de cão e 13% de 773 ao epitélio de gato. Dos 1549, 604 (39%) pacientes tinham asma leve, 830 (53,6%) asma moderada e 115 (7,4%) asma grave. Tanto a positividade ao DP quanto ao Lolium correlacionaram-se com a forma mais grave de asma com $p=0,012$ e $p=0,0009$ respectivamente. Dos 1549 pacientes, 493 (32%) tinham menos de 2 anos, 601 (38,8%) de 2 a 5 anos, 294 (18,9%) de 6 a 9 anos e 161 (10,4%) de 10 a 14 anos. A sensibilização ao epitélio de cão e gato foi crescente conforme a idade. Para os demais alérgenos testados, houve uma tendência crescente à sensibilização até 9 anos e uma diminuição desta entre 10 a 14 anos. **Conclusão:** Os ácaros domésticos, representados pelo DP e BT são os alérgenos que mais provocaram sensibilização nestes pacientes. O grau de reatividade aos testes cutâneos aumenta com a idade. Tanto a sensibilização ao DP quanto ao Lolium estão relacionados com a gravidade da asma.

P0021 SARCOIDOSE EM ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE

CAROLINA LIMA DIAS CARVALHO; JULIANO SOUSA DE CARVALHO; RAQUEL FELISARDO ROSA; GUILHERME FREIRE GARCIA; WALLASSY OTHONI DE MOURA MELO; DANIEL LAGE DE ASSIS ROCHA; FELIPE DRUMMOND TANOS LOPES; ALEXANDRE MARCOS BARBOSA DELGADO. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE E CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; SARCOIDOSE; DIFÍCIL CONTROLE

Introdução: A asma de difícil controle acomete 5% dos asmáticos, que apesar do uso adequado do tratamento disponível o controle não é alcançado. Essa parcela é constituída por pacientes que mesmo sob uso regular de corticóide inalatório em altas doses, corticóide oral contínuo por mais de 6 meses, antileucotrienos, broncodilatadores de longa ação, pode permanecer sem controle adequado dos sintomas. Sarcoidose é uma doença granulomatosa, de causa desconhecida, que afeta qualquer setor do organismo, preferencialmente pulmões e gânglios intratorácico. **Objetivos:** Relatar caso de sarcoidose em paciente portadora de asma grave de difícil controle. **Descrição de caso clínico:** Paciente C.M.A, 41anos, feminino, IMC=37, branca, não tabagista, moradora de BH. Portadora de epilepsia, depressão, asma desde a infância, HAS, fazendo uso de regular de enalapril 20 mg dia, salmeterol + fluticasona 25/250mg 2 x dia, prednisona 30mg dia há 6 meses, fenitoina 200mg/dia. Idas frequentes ao pronto socorro devido exacerbações. Diagnóstico recente de sarcoidose por biópsia de linfonodo mediastinal apresentando histiócitos epitelióides e células gigantes multinucleadas, notando-se pequeno foco de necrose não caseosa e fibrose de permeio. **Tc tórax:** comprometimento mínimo do parênquima pulmonar e poucos nódulos; aumento de linfonodos hilar bilateral e mediastinal. Em 01/06/2010 foi internada na Santa Casa de BH, com exame físico: REG, afretil, Pa:140x100mmHg, 40rpm, 110ppm, MV diminuído, com sibilos bilaterais, esforços importantes. PFE= 60% previsto (260 L/s). Foi levada para CTI onde permaneceu por 3 dias, sem necessidade de ventilação mecânica. Retornou para enfermaria de pneumologia evoluindo com sinusopatia e mantendo tosse seca, dispnéia aos esforços e sibilância. Gasometria arterial- $PO_2=56,7$, $Pco_2=33,6$, $Sato_2= 89,6$.

Iniciado então, Piperacilina + Tazobactam por 10 dias, budesonida 1600mcg/ dia, aminofilina, beta 2 agonista de curta ação, Corticóide nasal, azitromicina duas vezes por semana, montelucaste, losartano e omeprazol. Dosagem IgE= 30.2. Após estabilidade clínica recebeu alta e foi encaminhada ao ambulatório de asma de difícil controle. **Conclusão:** A paciente é portadora de patologias que influenciam no tratamento da asma, como por exemplo, distúrbio psiquiátrico, discute-se o papel da sarcoidose na asma de difícil controle. **Bibliografia:** 1. Doenças Pulmonares. Affonso Berardinelli Tarantino. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2008. 2. Consenso Latino-Americano Sobre a Asma de Difícil Controle. Atualização 2008 (Drugs of Today 2009, vol. 45, Supl. 3) 3. Global Initiative for Asthma (GINA). Workshop Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. (Atualizado em Outubro 2005). <http://www.ginasthma.com/>.

P0022 ESTRATÉGIA PAL E ASMA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA

THALITA DE OLIVEIRA MATOS; ELIANE CONSUELO ALVES RABELO; ANDREIA ALVES FERREIRA; BRUNO PEREIRA RECIPUTTI; JOJI SADO FILHO; JOAO GABRIEL PICCIRILLI MADEIRA; MARIA AUGUSTA CURADO PINHEIRO CORDEIRO; MARCELO FOUD RABAHI. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS; EMERGÊNCIA

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem no mundo cerca de 300 milhões de asmáticos e, no Brasil, dados do Sistema Único de Saúde (SUS) revelam que a cada ano mais de 367 mil brasileiros dão entrada nos hospitais vitimados pelo problema e cerca de 12% de todas autorizações de internação hospitalar do SUS (AIHs) acontecem por diagnósticos de asma, pneumonia e DPOC, o que representa gastos superiores a R\$ 600 milhões de reais por ano aos cofres públicos. Visando combater esse grande número de internações a OMS estruturou a estratégia intitulada PAL (Practical Approach to Lung Health) que visa uma padronização da propedêutica médica aplicada aos sintomáticos respiratórios no atendimento primário feito nas unidades de saúde. O desenvolvimento e implementação da estratégia PAL precisa ser adaptado de acordo com o país e contexto regional devido a existência de diversas situações epidemiológicas e populações com diferentes organizações étárias, situações socioeconômicas e diferentes recursos disponíveis em cada nível de atenção à saúde, o que confirma a necessidade de estudos populacionais para sua implantação. **Objetivos:** Conhecer a proporção de pacientes com diagnóstico de asma entre os Sintomáticos Respiratórios atendidos em unidade de emergência em uma unidade básica de saúde na cidade de Goiânia. Descrever os pacientes com asma segundo sexo e sintomas apresentados. Identificar os pacientes com asma que também apresentavam rinite. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, do tipo inquérito populacional, por meio da aplicação de um questionário (triagem) em uma unidade de emergência em Goiânia, e os pacientes que eram sintomáticos respiratórios, ou seja, que apresentavam tosse, expectoração com ou sem dispnéia, independente do tempo dos sintomas, com idade igual ou maior que 12 anos foram convidados a participar do estudo. Os dados foram analisados pelo software SPSS for Windows 15. **Resultados:** A amostra de pacientes abordada durante a pesquisa foi de 2489 pacientes. Destes pacientes 14% apresentaram tosse, 8,9% falta de ar e

6,1% chiado no peito. Após a triagem 323 pacientes com sintomas respiratórios foram selecionados, 41 (13%) tiveram o diagnóstico de asma, 23 eram do sexo feminino e 18 do sexo masculino, destes 44% apresentavam associação com rinite. **Conclusão:** Pacientes com sintomas respiratórios representam uma causa importante de atendimento em unidade de emergência, e a padronização no atendimento destes pacientes, segundo a estratégia PAL, deve sinalizar para uma melhor resolutividade no atendimento bem como a identificação precoce de patologias pulmonares.

P0023 ANÁLISE CLÍNICA E CONTINUADA DO PROGRAMA DE ASMA GRAVE NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

JEANE LIMA E SILVA; ELISA DANIELE GAIO; JOÃO ADRIANO DE BARROS; HELIO ALBERTO CARNEIRO
UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA GRAVE; PROGRAMA DE ASMA GRAVE; CONTROLE DA ASMA

Introdução: A asma é uma síndrome complexa que se apresenta sob inúmeros fenótipos. Atualmente afeta cerca de 10% da população, gerando grande morbidade e elevado impacto econômico. Em termos de utilização de recursos financeiros, os asmáticos graves (5-10%) representam a maior parcela. Um estudo do perfil do asmático grave considerando suas comorbidades e seu manejo permite uma otimização do atendimento e redução de custos. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico dos pacientes portadores de asma grave incluídos no Programa de Asma Grave (Portaria nº 1318, de 23 de julho de 2002) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) e não incluídos no programa. Secundariamente visa-se caracterizar os pacientes quanto ao controle da asma e analisar o funcionamento do programa. **Métodos:** Estudo caso-controle em que foram incluídos pacientes com o diagnóstico de asma admitidos no ambulatório de Asma Grave do HC-UFPR entre 2003-2008. Os dados foram coletados dos prontuários do ambulatório e os pacientes classificados em portadores de asma não grave e portadores de asma grave. Estes, por sua vez foram alocados em 2 grupos: 1) Integrantes do Programa de Asma Grave (recebem medicação gratuitamente) e 2) Não integrantes do Programa. **Resultados:** 153 pacientes foram incluídos no trabalho sendo 78 classificados como asma grave, dos quais 59 do gênero feminino e a idade média de 46 anos. Não houve diferença quanto a características clínicas (idade, sexo, exposição ao tabagismo, tempo de diagnóstico de asma e presença de rinite e DRGE) entre os pacientes asmáticos graves e os demais. Dos pacientes com asma grave, 40 estavam inseridos no Programa de Asma Grave. Os pacientes inseridos no programa apresentaram idade média de 47 anos, com predominância do sexo feminino, alta prevalência de rinite atópica, DRGE e sobrepeso/obesidade. Não foi constatada diferença estatisticamente significativa em relação às características clínicas acima citadas entre os pacientes inseridos e não inseridos no programa. Quando analisados asmáticos graves controlados e não controlados, houve significância estatística na presença de DRGE, que é maior na população de pacientes não controlados. **Conclusão:** A DRGE é fator limitante da boa evolução da asma e seu controle proporciona benefício em termos de manejo da asma. O Programa de Asma Grave apresenta importantes falhas: é facilmente corrompido - já que os critérios de inclusão não estavam sendo corretamente

seguidos no ambulatório (inclusão subjetiva) - e não foi um fator contributivo para um maior controle da asma. Possivelmente o controle seria mais efetivo se, além da medicação, fosse fornecida educação, manejo de comorbidades e tabagismo. Mais estudos são necessários para fornecer mais subsídios e melhorar o funcionamento do programa em prol de potencializar o controle da doença.

P0024 QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ASMÁTICO GRAVE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

JEANE LIMA E SILVA; THAISA ANDRÉA DA SILVA MAIA; LARISSA ROCHA LOPES ZORZI; ALESSANDRO ZORZI; HELIO ALBERTO CARNEIRO; ELIANE CARMES; JOÃO ADRIANO DE BARROS
UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; ASMA GRAVE; AQLQ

A asma é uma doença crônica de múltiplos fenótipos que pode cursar com restrições físicas, sociais e emocionais, diretamente proporcionais à falta de controle da doença. No passado, testes fisiológicos e clínicos eram utilizados para aferir os efeitos da intervenção na doença, mas o impacto na qualidade de vida dos pacientes não era determinado. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida dos pacientes do ambulatório de asma grave do Hospital de Clínicas da UFPR (HC-UFPR). Para tanto realizou-se estudo transversal no qual foi empregado o Questionário sobre Qualidade de Vida em Asma com Atividades Padronizadas - AQLQ (S). Foram considerados elegíveis os pacientes com mais de 18 anos adstrictos ao ambulatório de asma grave HC-UFPR. Excluídos 27 pacientes por óbito, recusa em participar ou impossibilidade de contato. Dos 51 incluídos no estudo, 10 (19,6%; IC95% 10,8-32,6) homens e idade de $45,4 \pm 14,2$ anos (média $\pm$ desvio padrão) semelhante entre os gêneros ($p=0,2031$). Ao todo, 46 (90,2%; IC95% 78,6-96,2) pacientes utilizavam a associação formoterol e budesonida como drogas chaves no manejo. O entendimento do questionário foi adequado, com tempo de administração de 20 a 25 minutos. A média amostral do escore do AQLQ(S) foi de $3,72 \pm 1,33$. As áreas com melhor e pior Resultados foram, respectivamente, a da avaliação da função emocional (3,95) e a de estímulos ambientais (2,91). Os pacientes do sexo masculino ($p=0,0062$) e os considerados como controlados - conforme a IV Diretriz Brasileira para o Manejo da Asma - ($p=0,0272$) apresentaram maior pontuação no AQLQ(S). Conclui-se que esses pacientes tem qualidade de vida mediana, indicando moderada limitação. Deve ser ressaltado que a mensuração da qualidade de vida é um componente essencial para uma avaliação global do indivíduo e deve ser empregada, além das medidas clínicas e funcionais, uma vez que informa não só quanto ao bem estar do paciente como, também, reflete o estado de controle da asma.

P0025 CONTROLE DE ASMA EM PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS EM UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM ASMA

SONAYRA BRUSACA ABREU¹; ILDELY NIEDJA ARAÚJO COSTA²; RAPHAEL ROCHA VELOZO³; BRUNO ROCHA VELOZO⁴; JOSE DE RIBAMAR CASTRO VELOSO⁵; LUCAS SANTANA PASSOS⁶; FLORENIR GLÓRIA DA SILVA PAES⁷; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA⁸
1,3,4,5,6,8.UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL; 2,7.UNICEUMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; IDOSOS; CONTROLE

Introdução: A prevalência da asma é semelhante em quase todas as faixas etárias, apresentando poucas variações

clínicas. Os idosos, no entanto, por apresentarem menor reversibilidade do quadro clínico, diagnóstico e tratamento dificultados pela presença de co-morbidades, baixa aderência ao tratamento, incluindo desde uso inadequado dos medicamentos ao esquecimento, indicam a importância da assistência e monitoramento de asma nesse grupo. Com o progredir da idade a asma tende a tornar-se mais persistente e apresentar aumento progressivo da obstrução dos pulmões. Os idosos asmáticos utilizam mais os sistemas de saúde e tem maior probabilidade de virem a óbito por asma do que um adulto jovem. Os programas de educação em asma, com esclarecimento sobre atitudes que podem melhorar o prognóstico da doença assim como uma maior atenção no uso correto dos dispositivos inalatórios são essenciais para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida nesse grupo de paciente. Apesar de sua importância, no entanto, há poucos estudos na literatura sobre o controle clínico de pacientes idosos asmáticos que frequentem programas de educação em asma. **Objetivos:** Realizar um estudo comparativo entre pacientes asmáticos idosos antes e após a participação em um programa de educação em asma. **Métodos:** Estudo do tipo transversal comparativo, retrospectivo e quantitativo, realizado no ambulatório de Pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão, no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA), no período de julho a novembro de 2009. Foram analisados 100 prontuários de pacientes diagnosticados com asma com idade acima de 60 anos. Para a inclusão no estudo os pacientes teriam no mínimo duas consultas feitas com intervalo mínimo de três meses. As variáveis analisadas foram: frequência da asma, sintomas noturnos, comparecimento a serviços de emergência e hospitalização, de acordo com o Teste de Controle da Asma (Asthma Control Test – ACT). **Resultados:** Na primeira consulta, antes do programa de educação em asma, 43% dos pacientes idosos apresentavam sintomas noturnos mais de duas vezes por semana, 53% tinham sintomas diários, 44% precisaram de atendimento de emergência e 31% necessitaram de internação hospitalar. Na segunda consulta, após o início da educação em asma, a maioria desses pacientes idosos apresentavam sintomas intermitentes (67%), não acordavam durante a noite (72%), não necessitaram ir à emergência (88%) e não necessitaram de internação (97%). **Conclusão:** Apesar do menor grau de reversibilidade de asma em idosos, esse grupo apresentou melhora clínica após o início do comparecimento em programa de educação em asma com melhora de sua qualidade de vida, comprovando a importância de uma atenção especial a esse grupo de pacientes.

P0026 ASMA PRÉ-MESTRUAL: ASPECTOS DE IMPORTÂNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA

AMÉRICO DE SÁ LIMA; MARIANA FERREIRA MEIRELES; MARCIANA DA SILVA CONSTANCIO; ALESSANDRA ARAÚJO DE CASTRO; SONAYRA BRUSACA ABREU; IVO ROBERTO DOS SANTOS CARDOSO; SINARA MARQUES DOS SANTOS; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA *UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL*.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL; CLÍNICA

Introdução: Asma pré-menstrual é um quadro relativamente bem descrito na literatura, com citações anteriores a 1931, porém, pouco conhecido por muitos especialistas. De acordo com relatórios de diversos estudos sobre o tema, cerca de 30-40% das mulheres asmáticas possuem um notável aumento dos sintomas da asma bem antes (fase luteal tardia)

ou durante a menstruação. O diagnóstico exato é dependente de uma análise detalhada da história dos sintomas e da demonstração do declínio pré-menstrual no Pico de Fluxo Expiratório (PFE) ou outras medidas da função das vias aéreas. **Objetivos:** Este trabalho visa apresentar uma revisão de literatura acerca da asma pré-menstrual com enfoque sobre sua etiologia e principais alterações clínico-fisiológicas observadas nas pacientes asmáticas. **Métodos:** Realizou-se busca por artigos científicos relacionados ao tema nas seguintes bases de dados: SCIELO, MEDSCAPE e BIREME. **Resultados:** Várias etiologias para a asma pré-menstrual têm sido propostas, porém, poucos estudos foram realizados para se chegar a uma resposta definitiva. Acredita-se que a elevação da relação estrogênio-progesterona, a resposta dos receptores beta-adrenérgicos ao interagir com os hormônios femininos, fatores psicológicos e a própria inflamação nos brônquios (participação de mediadores inflamatórios como leucotrieno C4, interleucina-4 e interleucina-5) contribuem em algum grau para a exacerbação dos sintomas em diferentes mulheres. Visto isso, pondera-se que a patogênese da asma pré-menstrual seja multifatorial. Alguns estudos conseguiram demonstrar alterações na responsividade das vias aéreas durante o ciclo menstrual, notando piora dos sintomas e declínio no PFE das pacientes analisadas, enquanto outros não encontraram alterações significativas das variáveis observadas para o período, conquanto não descartassem a possibilidade de erro durante o estudo ou o fato de trabalharem com pacientes com asma bem controlada. Estima-se que 46% das mulheres asmáticas procuram serviços de emergência durante o período pré-menstrual e como uma das características deste quadro é a ausência de resposta ao corticóide, mesmo em altas doses, uma pequena porcentagem destas pacientes pode evoluir para êxito letal. O tratamento para a asma pré-menstrual é o mesmo proposto pelos guidelines, contudo, devido à gravidade do quadro, algumas pacientes precisarão de doses maiores de corticóide inalatório na segunda metade de seu ciclo menstrual visando evitar exacerbações mais graves. **Conclusão:** As consequências da asma pré-menstrual na vida diária das pacientes precisam ser melhor estudadas. Apesar de ser quadro pouco conhecido, este fenômeno precisa ser considerado como um dos principais problemas de controle da asma e não deve ser acatado simplesmente como manifestação psicológica normal da tensão pré-menstrual (TPM).

P0027 FATORES DE RISCO PARA ASMA EM ADOLESCENTES DE 13 E 14 ANOS DE SÃO LUÍS-MA

BRUNO ROCHA VELOZO; RAPHAEL ROCHA VELOZO; FRANCISCO SÉRGIO MOURA SILVA DO NASCIMENTO; LENISSE ESTELLE ABRANTES GONÇALVES AMORIM; IVO ROBERTO DOS SANTOS CARDOSO; MARIANA FERREIRA MEIRELES; SINARA MARQUES DOS SANTOS; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA *UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL*.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ISAAC; FATORES DE RISCO

Introdução: A asma é um problema de saúde pública mundial e o aumento de sua prevalência nas últimas décadas tem sido associado a vários fatores de risco, cujo conhecimento é imprescindível para a implementação de medidas de intervenção. **Objetivos:** identificar possíveis fatores de risco associados a asma em adolescentes de 13 a 14 anos, residentes na cidade de São Luís – MA. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, analítico e

transversal, realizado no período de julho de 2008 a maio de 2009. Participaram 3.069 adolescentes que responderam ao Questionário Escrito (módulo asma) do International Study for Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) e um questionário complementar sobre fatores de risco. A associação entre asma e fatores de risco foi avaliada pela análise de regressão logística, considerando-se nível de significância estatística de 5%. **Resultados:** Foi encontrada a prevalência de 12,7% de síbilos nos últimos 12 meses. Os fatores de risco significativamente associados a asma foram: síbilo no início da vida (OR=2,79), história familiar de asma (OR=2,72), rinite alérgica (OR=2,43), infecção respiratória no início da vida (OR=1,78), eczema atópico (OR=1,65) e exposição a tabaco (OR=1,41). **Conclusão:** Em nosso estudo, os fatores de risco relacionados a asma foram síbilo no início da vida, história familiar de asma, rinite alérgica, infecção respiratória no início da vida, eczema atópico e exposição a tabaco.

P0028 PRINCIPAIS FATORES ENVOLVIDOS NAS EXACERBAÇÕES DE PACIENTES DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

SONAYRA BRUSACA ABREU; MARIANA FERREIRA MEIRELES; RAPHAEL ROCHA VELOZO; BRUNO ROCHA VELOZO; AMÉRICO DE SÁ LIMA; SINARA MARQUES DOS SANTOS; IVO ROBERTO DOS SANTOS CARDOSO; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EXACERBAÇÃO; TRATAMENTO

Introdução: A asma constitui um importante problema de saúde pública que implica em acentuado número de internações e sofrimentos em diversos graus. É uma doença de difícil controle. Para o seu tratamento, são necessárias não somente a abordagem farmacológica e a identificação de co-morbidades como também a redução da exposição a fatores que podem precipitar uma crise asmática, mesmo quando em uso correto da medicação. Na literatura, são citados vários desses fatores, tais como aeroalérgenos, infecções virais, drogas e poluentes. Além destes, pode-se mencionar aspectos emocionais, uso incorreto da medicação e alterações climáticas. A redução da exposição a esses fatores de risco constitui-se em um dos eixos do controle da asma. Segundo as IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma, todos os pacientes e seus familiares devem receber orientações sobre sua doença e noções de como eliminar ou controlar fatores desencadeantes, especialmente os fatores domiciliares e ocupacionais. Para tanto, torna-se necessária a identificação dos principais agentes envolvidos em crises de asma, em especial naqueles pacientes que já iniciaram o tratamento da doença. **Objetivos:** Identificar fatores envolvidos em crises de asma em pacientes que freqüentam um programa de educação em asma. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo de 78 prontuários de pacientes admitidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) em São Luís – MA no ano de 2008 e que freqüentaram regularmente o programa no decorrer destes dois anos, com o mínimo de uma consulta em três meses. Foram selecionadas as últimas fichas de atendimento de cada paciente para a identificação das seguintes variáveis: gravidade da asma, fator desencadeante da crise e fatores passíveis de serem evitados. **Resultados:** Dos 78 pacientes analisados, 23,07% foram classificados como tendo asma leve, 69,23% com asma moderada e 4,62% com asma grave. Desses pacientes, 42,30% afirmaram apresentar os sintomas

da asma somente quando em contato com algum fator desencadeante. Dentre os quais, foram citados: falta de medicação nos serviços públicos (26,66%); poeira (26,66%); infecções das vias aéreas superiores (16,66%); fumo/fumaça (10%); uso incorreto do dispositivo inalatório (2,56%); contato com animais (3,33%); esforço físico (6,66%); frio/umidade (6,66%) e outros fatores, como cheiros fortes e alimentos (23,33%). De todos os fatores envolvidos, 23,33% estavam associados ao ambiente de trabalho, 39,99% ao ambiente de moradia e 75,87% podiam ser evitados pelos pacientes. **Conclusão:** Em pacientes que já iniciaram o tratamento da asma, a presença de fatores desencadeantes responde por boa parte das crises, sendo que a falta de medicação nos serviços de saúde e o contato com poeira assumem papel de destaque. Dos fatores ambientais, a maioria encontra-se na própria moradia. Quase todos os fatores listados pelos pacientes são passíveis de serem evitados, evidenciando a importância do seu conhecimento.

P0029 IMPORTÂNCIA DO INÍCIO PRECOCE DO TRATAMENTO DE PACIENTES ASMÁTICOS

SONAYRA BRUSACA ABREU; MARIANA FERREIRA MEIRELES; MARCIANA DA SILVA CONSTANCIO; LENISSE ESTELLE ABRANTES GONÇALVES AMORIM; VÍTOR RAFAEL PIRES LINDOSO; VALESKA BRITO DA CUNHA; ALESSANDRO CARVALHO DOS SANTOS; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; TRATAMENTO; PRECOCE

Introdução: A asma é uma das doenças crônicas mais comuns no mundo e importante causa de morbidade e hospitalização. O estabelecimento do diagnóstico somado ao início precoce do tratamento podem melhorar o prognóstico do paciente a longo prazo e evitar as limitações que a doença causa. Contudo, os pacientes asmáticos só buscam atendimento médico quando estão no ápice de suas limitações físicas ou quando já foram em unidades de emergência bem mais do que gostariam de fazer. Reverter essa situação deve ser o primeiro objetivo de uma estratégia que vise a aumentar os tratamentos de prevenção da asma. **Objetivos:** Avaliar a diminuição da intensidade dos sintomas de pacientes asmáticos assim como o número de internações e frequência em unidades de emergência após a instituição de terapia de controle adequada. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal, retrospectivo com 78 prontuários de pacientes atendidos pelo Programa de Assistência ao Paciente Asmático, São Luís, Maranhão. Foram selecionados somente aqueles que ingressaram no programa em 2008. Foram utilizados os prontuários da primeira e da última consulta para comparar as variáveis relacionadas à intensidade dos sintomas diurnos; número de vezes que foi hospitalizado e/ou freqüentou uma unidade de emergência no último mês. **Resultados:** Ao analisar os prontuários da primeira consulta destes 78 pacientes, foi constatado que 29 (37%) pacientes possuíam sintomas intensos (sintomas tão intensos que dificultam a locomoção), 25 (32%) possuíam sintomas moderados (sintomas incomodam ou prejudicam as atividades habituais), 23 (30%) pacientes possuíam sintomas leves (sintomas pouco intensos, atividades habituais não foram prejudicadas) e somente 1 (1%) paciente com sintomas ausentes. Quando foi avaliada a frequência desses pacientes em unidades de emergência, constatou-se que 32 (41%) pacientes foram a um Pronto Socorro pelo menos uma vez no último mês e que 21 (27%) pacientes foram

2 vezes ou mais. Quanto à necessidade de hospitalização, notou-se que 12 (15%) pacientes precisaram ser internados. Avaliando-se os prontuários da última consulta após quase 2 anos de terapia instituída, observou-se que, em relação à intensidade dos sintomas, 38 (49%) pacientes possuíam sintomas ausentes, 32 (41%) pacientes possuíam sintomas de intensidade leve, 6 (8%) pacientes com sintomas de intensidade moderada e somente 2 (2%) com sintomas intensos. Quanto à frequência em unidades de emergência ou necessidade de hospitalização no último mês, somente 5 (6%) pacientes careceram de cuidados em uma unidade de emergência e apenas 2 (2%) necessitaram de internação. Conclusão: A instituição de tratamento adequado para o controle dos pacientes asmáticos não somente possibilitou melhora na qualidade de vida dos mesmos ao diminuir a intensidade de seus sintomas, como possibilitou o declínio na procura por serviços de urgência e emergência para o tratamento da crise, reduzindo os gastos públicos e pessoais no atendimento destes pacientes.

P0030 AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA DOS FORTALEZENSES NO DIA MUNDIAL DA ASMA 2010

MARINA SILVEIRA MENDES¹; NARA GRANJA NUNES²; KARINE PASCHOAL BOTELHO³; CARLA RENATA BRITO⁴; DAVID ANTÔNIO CAMELO CID⁵; RAFAEL DA SILVA HOLANDA⁶; ALINE MENEZES SAMPAIO⁷; MÁRCIA ALCÂNTARA HOLANDA⁸

1,2,3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 8.HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUART GOMES (HOSPITAL DE MESSEJANA), FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; GINA; PFE

Introdução: A asma é um importante problema mundial de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades, predominando em crianças. A prevalência de asma na população brasileira é em torno de 20% entre escolares e adolescentes. **Objetivos:** Avaliar o controle/não controle da asma de asmáticos em tratamento que atenderam ao chamado pela mídia para essa avaliação no Dia Mundial da Asma 2010 em Fortaleza e instruir esses pacientes quanto ao uso correto do medicamento e autocontrole da doença. **Métodos:** Estudo descritivo realizado em praça pública mensurando o pico de fluxo expiratório (PFE) em três tomadas e selecionando-se o melhor e relacionando-o com o predito, dos asmáticos que atenderam ao chamado, notificando a medicação em uso e datando a última crise. Foi feito broncodilatação com beta 2 agonista de curta ação em alguns asmáticos que apresentaram PFE<60% e realizado um novo PFE após 15min. Os dados foram avaliados no Epiinfo versão 3.5.1. **Resultados:** Foram entrevistados 92 asmáticos, sendo 47,8% homens e 52,2% mulheres. A idade variou de 5 a 78 anos, sendo a média de 43 anos. Dos 68 asmáticos que referiram uso de medicação, 35,3% usam apenas beta 2 agonista de curta duração, 5,9% usam apenas corticóide inalatório, 16,2% usam apenas corticóide oral, 25% usam associação de beta 2 agonista de longa duração e corticóide, 5,9% usam anticolinérgico, 3% usam metilxantinas e 9% não sabia referir o medicamento. Em relação à última crise, 22,7% referiram apresentar crises diárias (asma descontrolada), 21,3% relataram mais de uma crise por mês (parcialmente controlada) e 56% apresentam, no máximo, uma crise por mês (parcialmente controlada). O PFE foi maior que 80% do previsto em 34,8% dos asmáticos, entre 60-80% em 32,4% dos entrevistados e inferior a 60% em 32,3% dos asmáticos. Dos 11 asmáticos que fizeram

broncodilatação, 5 tiveram um aumento no PFE previsto superior a 20%. **Conclusão:** A asma dos fortalezenses examinados em praça pública no Dia Mundial da Asma estava descontrolada ou parcialmente controlada, de acordo com os seguintes parâmetros da tabela de níveis de controle da asma (GINA 2009): necessidade de medicação de resgate, função pulmonar e frequência das crises. Usavam pouco o corticóide inalatório, entretanto faziam uso intenso de beta 2 agonista numa demonstração de sub-tratamento e des controle da doença.

P0031 ASMA EM ESTUDANTES DE MEDICINA: PREVALÊNCIA E CUIDADOS COM O TRATAMENTO

MARINA LORDELLO PASSOS¹; IEDA MARIA BARBOSA ALELUIA²; MARISTELA RODRIGUES SESTELO

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ESTUDANTES DE MEDICINA; ISAAC

Introdução: A asma brônquica é uma doença inflamatória crônica, definida por hiper-responsividade das vias aéreas a variados estímulos, inflamação e obstrução das vias aéreas, reversível espontaneamente ou com uso de medicamentos. A prevalência média da asma na população brasileira é de 20%. Sabe-se que os estudantes de medicina têm uma carga muito estressante durante o curso da graduação o que contribui negativamente para os cuidados que os mesmos têm com sua saúde, sua vida e seu bem-estar social e psicológico. O conhecimento que eles adquirem e a carga de trabalho podem causar muitas vezes descuido com sua saúde e também a automedicação. **Objetivos:** Avaliar a prevalência da asma brônquica entre os estudantes de medicina do primeiro ao sexto ano da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e também avaliar o cuidado e a qualidade do tratamento que esses estudantes têm com essa doença e com sua saúde. **Métodos:** É um estudo de corte transversal com uma amostra de 249 alunos de medicina que cursam do primeiro ao sexto ano da EBMSP no primeiro semestre do ano de 2010, por uma amostragem sistemática aleatória, baseada na prevalência média na população geral. O número total da amostra foi distribuído proporcionalmente entre os anos escolares. Foi aplicado o questionário escrito módulo asma do International Study os Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) adaptado, incluindo questões relacionadas ao tratamento e cuidados que os estudantes têm com a asma. Foi utilizado um ponto de corte de 5 para diferenciar asmáticos de não asmáticos. **Resultados:** A prevalência da asma entre os estudantes foi de 6,8% que corresponde a 17 estudantes. Dos participantes. Entre os estudantes asmáticos, 6 (35,3%) fazem tratamento regular para asma e 8 (47,1%) são acompanhados por médico especialista e 7 (41,1%) já se automedicaram para tratar a asma. **Conclusão:** A prevalência da asma entre os estudantes de medicina na EBMSP é de 6,8%, menor que a prevalência média brasileira de 20%. Os estudantes não cuidam adequadamente da saúde, já que apenas 35,3% dos estudantes asmáticos fazem tratamento regular para asma, 47,1% fazem acompanhamento com médico especialista e 41,1% já se automedicaram.

P0032 DISTRIBUIÇÃO DISTRITAL DOS ÓBITOS POR ASMA EM SALVADOR – BAHIA

CAROLINA DE SOUZA-MACHADO¹; JANE DA SILVA CABRAL²; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES³; ADELMIRO SOUZA-MACHADO⁴; ALVARO AUGUSTO CRUZ⁵

1.ESCOLA DE ENFERMAGEM (UFBA)/ PROGRAMA PARA CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (UFBA), SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,4,5.PROGRAMA PARA CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (UFBA), SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA; MORTALIDADE

Objetivos: Analisar a distribuição geográfica de mortes por asma na cidade de Salvador-Bahia no período de 2000 e 2006. **Métodos:** Estudo descritivo. Salvador divide-se em 12 distritos sanitários e estes agregam-se em áreas: Área central - com 21,35% da população da cidade, do núcleo histórico até a orla atlântica; inclui extratos sociais distintos, com predomínio da classe média. Miolo - com 23,22% da população, situa-se entre a BR324 e a zona rural, havendo predominância de população de baixa renda e carência de infra-estrutura urbana. Subúrbio - com 20,86% da população, localiza-se entre a BR324 e a orla da Baía de Todos os Santos, apresentando as condições mais precárias de habitabilidade da cidade. Expansão litorânea - com 15,31% da população, abrange da orla atlântica até a orla do município de Lauro de Freitas (15 km ao norte), com predomínio de população de renda média e alta, e enclaves de baixa renda. Foram analisados os óbitos por asma segundo CID 10, por residência, no período entre 2000 e 2006 (SIM/ DATASUS) e calculadas as taxas de mortalidade (M-asma) por 100.000 habitantes. A distribuição geográfica dos óbitos e o número de óbitos acumulados no período foram distribuídos com base nos distritos sanitários e áreas da cidade. A correlação entre o número de óbitos e de unidades de saúde por distrito foi feita por teste de Correlação de Spearman. **Resultados:** A M-asma em Salvador entre 2000 e 2006 foi em média de 1,609/ 100.000 habitantes, com tendência temporal estável ($R^2 = 0,286$) em leve declínio (-1%). Os números de óbitos acumulados (OA) de 2000 a 2006 por distrito sanitário e a média geral de óbitos (MO) por bairro de cada distrito, por área, foram: A) Área central - Centro Histórico (OA:13; MO: 2,4), Brotas (OA: 26; MO: 3,3), Barra/Rio Vermelho (OA: 39; MO: 1,9); B) Miolo - Cabula/Beiru (AO:34; MO: 2,4), Pau da Lima (OA:11; MO: 1,1), Cajazeiras (OA:15; MO:5); C) Subúrbio - Itapagipe (OA: 22; MO 2,2), São Caetano/Valéria (OA:20; MO: 2,0), Subúrbio ferroviário (OA:49; MO: 3,5), Liberdade (OA: 25; MO: 2,8); D) Expansão litorânea - Itapua (OA:14; MO: 2,3) e Boca do Rio (OA:7; MO: 2,3), óbitos com local ignorado: 14. O Distrito Barra/Rio Vermelho (OA: 39; MO: 1,9) está incluído na área central e expansão litorânea simultaneamente. Houve correlação entre o número de óbitos e número de unidades de saúde por distrito ($r=0,589$), estatisticamente significativa ($p = 0,044$). 80,7% dos óbitos ocorreram em hospitais ou unidades de saúde e 19,3% fora deles. **Conclusão:** A taxa de mortalidade por asma em Salvador permaneceu estável entre 2000 e 2006, com média elevada. Houve correlação entre óbitos e número de unidades de saúde do distrito sanitário. A distribuição cumulativa dos óbitos evidencia concentração em áreas de populações de baixa renda e indica que as práticas atuais nas unidades de saúde não são capazes de prevenir as mortes por asma em Salvador.

P0033 TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE POR ASMA NO BRASIL

CAROLINA DE SOUZA-MACHADO¹; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES²; JANE DA SILVA CABRAL³; ADELMIRO SOUZA-MACHADO⁴

1.ESCOLA DE ENFERMAGEM (UFBA)/ PROGRAMA PARA CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (UFBA), SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,4.PROGRAMA PARA CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (UFBA), SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; MORTALIDADE; TENDÊNCIA TEMPORAL

Introdução: As doenças respiratórias estão entre as maiores causas de morte e incapacidade. **Objetivos:** Identificar as tendências das taxas mortalidade específica por asma (M-asma), por regiões e estados brasileiros de 1998 a 2006 no SUS. **Métodos:** Foram coletados, na base de dados do SIM/ DATASUS, o número de óbitos por asma segundo CID-10, por local de residência, entre os anos de 1998 e 2006, calculadas as M-asma e analisadas as séries temporais destas taxas para cada estado e região do Brasil. Foi usada regressão logarítmica para análise de tendências. **Resultados:** No período de 1998 a 2006 ocorreram 23.758 óbitos por asma no Brasil. A taxa média de mortalidade no país no período foi de 1,516/100.000 hab.. A menor taxa foi observada em 2002 (1,379/100.000 hab.) e as maiores de 1,68 e 1,67/100.000 habitantes em 1998 e 2006, respectivamente. A tendência temporal apresentou-se estável ($R^2 = 0,3346$). A análise das taxas de mortalidade nas regiões brasileiras, as regiões Norte (0,85/100.000 hab) e Sudeste (1,50/100.000 hab) apresentaram as duas menores médias. As médias das M-asma mais elevadas foram as das regiões Nordeste (1,72/100.000 hab) e Sul (1,68/100.000 hab.). As tendências observadas ao comparar o período de 2006 a 1998, para as regiões mostraram-se: em leve declínio no Sul (-23,58%), Sudeste (-8,83%) e Centro-oeste (-26,11%); e em ascensão no Norte (+5,34%) e Nordeste (+31,33%). Esta última região sofreu o maior incremento no número de mortes no período de estudo. Destacaram-se pelas taxas de mortalidade por asma mais elevadas no país o Ceará (2,5/100.000 hab.) e o Espírito Santo (2,3/100.000 hab.). A média mais baixa foi encontrada no Amapá (0,52/100.000 hab.). Comparando as taxas de mortalidade por asma em 2006 e 1998, encontramos as maiores elevações em Roraima (158,5%), Rondônia (145%), Maranhão (142,5%), Piauí (140,7%), Acre (124,6%) e Paraíba (106,4%); e, as reduções mais acentuadas no Amapá (-65,8%), Mato Grosso (-48,6%), Distrito Federal (-38,4%), Rio Grande do Sul (-35,3%) e Amazonas (-23,9%). Na Bahia, as taxas foram de 1,75 e 2,10/100.000 habitantes nos anos de 1998 e 2006, respectivamente (incremento de 19,43% no período). **Conclusão:** No Brasil, as M-asma no período de 1998 a 2006 apresentaram-se com tendência à estabilização. Resultado distinto foi encontrado quando regiões e unidades da federação foram analisadas separadamente. A compreensão das variações nas M-asma requer investigação cuidadosa. A visão equivocada da asma como uma enfermidade episódica banal que não implica em risco de morte pode resultar em sub-notificação dos óbitos por esta doença, especialmente os que ocorram de forma súbita fora dos serviços de saúde.

P0034 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS DE SAÚDE SOBRE ASMA EM SALVADOR-BAHIA

JANE DA SILVA CABRAL; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES; MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA; CAROLINA DE SOUZA-MACHADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; PREVENÇÃO; EDUCAÇÃO

Introdução: Asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, com elevada prevalência e morbidade. O adequado conhecimento sobre a doença concorre para melhor manejo, diagnóstico e controles precoces, reduzindo a morbimortalidade. **Objetivos:** Identificar o nível de conhecimento grupal dos participantes (profissionais e acadêmicos de saúde) nos Ciclos de Palestras: Conhecer para Viver – doenças respiratórias crônicas, sobre asma e caracterizar o perfil sócio-demográfico e de trabalho da amostra estudada. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado durante os Ciclos de Palestras: Conhecer para viver – doenças respiratórias crônicas (DRCs), no período de agosto de 2009 a abril de 2010. Foram coletados dados de pesquisa sócio-demográfico e profissional por meio da aplicação e preenchimento do instrumento de coleta composto por sete questões objetivas, após explicação e assinatura do termo de consentimento livre e pré-esclarecido. Neste estudo foram avaliados participantes do módulo de treinamento teórico-prático em asma, com carga horária de 6 horas. Os indivíduos foram submetidos aos seguintes procedimentos de pesquisa: M1 imediatamente anterior ao início de cada módulo de treinamento e M2 imediatamente posterior ao mesmo e ocorreu no próprio local do evento. Cada participante consecutivamente e sem registro de identificação, recebeu um número de ordem, que foi expresso no instrumento de aplicado a ele (M1 e M2) no intuito de posterior análise dos dados. A análise quantitativa dos dados ocorreu no programa estatístico SPSS. **Resultados:** A amostra foi composta por 110 participantes. O percentual de acertos referente ao questionamento sobre a conceituação da asma foi de 65(59%) no pré-teste e 95(86%) no pós-teste; sintomatologia, pré-teste 94(94%) e pós-teste 110(100%); medida do pico de fluxo expiratório (PFE), 79(72%) e 104(94%) dos pré e pós-treinados respectivamente; 90(82%) e 104(95%) concordaram quanto a via inalatória como via de preferência para administração dos medicamentos; broncodiladores β_2 -agonistas de curta duração (salbutamol, terbutalina ou fenoterol), 75(68%) pré-teste e 98(89%) pós-teste; 41(37%) e 54(49%), pré e pós-teste respectivamente, corroboram com o corticóide inalatório como tratamento de escolha para o controle da asma persistente leve; aspectos clínicos que indicam maior risco de morte em pacientes com asma, 69(62%) e 79(72%) dos pré e pós-treinados. **Conclusão:** o número de acertos dos participantes no pré e pós-teste foi satisfatório. No entanto, observa-se a necessidade de criação de estratégias educativas capazes de despertar maior interesse por esse universo temático, já que ainda é escasso o número de programas educativos frente a divulgação da asma. A ampliação desta ação educativa pode concorrer futuramente para melhor manejo da asma entre pacientes e profissionais.

P0035 DEMOGRAFIA DOS ÓBITOS POR ASMA NO BRASIL DE 1998 A 2005

CAROLINA DE SOUZA-MACHADO¹; ANDRÉIA GUEDES OLIVA FERNANDES²; JANE DA SILVA CABRAL³; ADELMIRO SOUZA-MACHADO⁴

1.ESCOLA DE ENFERMAGEM (UFBA)/ PROGRAMA PARA CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (UFBA), SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3.PROGRAMA PARA CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (UFBA), SALVADOR, BA, BRASIL; 4.INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E PROGRAMA DE CONTROLE DA ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA (UFBA), SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DEMOGRAFIA; MORTALIDADE; ASMA

Introdução: Fatores demográficos influenciam a frequência e o fenótipo da asma. Fatores étnicos, educacionais e faixa etária também podem associar-se à apresentação e gravidade da doença. **Objetivos:** Caracterizar os óbitos por asma no Brasil por faixa etária, sexo, etnia, grau de escolaridade e estado civil de 1998 a 2005, no SUS. **Métodos:** Foram identificados no sítio do DATASUS, IBGE os dados sócio-demográficos dos óbitos por asma e da população brasileira. Os números de óbitos por asma por local de residência, registrados no SIM/DATASUS de acordo com CID-10 nas unidades da federação do Brasil de 1998 a 2005 foram coletados. Os registros de óbitos foram estratificados por sexo, faixa etária, etnia, grau de escolaridade e estado civil. Foram calculadas as taxas de mortalidade específicas por asma por 100.000 habitantes e as proporções de cada característica. **Resultados:** A população brasileira variou de cerca de 161 milhões a pouco mais de 184 milhões de 1998 a 2005. O sexo feminino representa cerca de 51% da população brasileira. Foram identificadas 20.648 mortes por asma no Brasil durante o período de 1998 a 2005, com um máximo de 2.725 em 1999 e mínimo de 2.603 em 2005. A média da taxa de mortalidade neste período foi de 1,49/100.000 habitantes, variando 1,37 a 1,68 por 100.000 habitantes nos anos de 2002 e 1998, respectivamente. As taxas de mortalidade por asma foram frequentemente mais elevadas no sexo feminino. Em mulheres e homens, respectivamente, foram de 1,98 /100.000 e 1,37/100.000 habitantes em 1998 e 1,70/100.000 e 1,11/100.000 habitantes em 2005, caracterizando reduções no período avaliado em ambos os sexos. Quando foram analisadas as taxas de mortalidade por asma, segundo faixas etárias, observou-se estabilização entre os anos de 1998 e 2005, sendo a faixa etária > 65 anos a que tem mortalidade mais elevada. Observou-se as médias das proporções de óbitos por asma no período de estudo foram mais elevadas em indivíduos de pele branca 10.478 (50,9%), parda 5.328 (33,3%), ignorada 3.185 (19,9%), preta 1.396 (6,8%), amarela 209 (1%), indígena 52 (0,3%). Quanto menor a quantidade de anos de estudo, maior o número e a média das proporções de óbitos observados no período, destacando-se os indivíduos com nenhuma escolaridade 4.739 (23%) e de 1 a 3 anos de estudos 2.882 (14,2%). O número de óbitos e média das proporções de 1998 a 2005, segundo estado civil do indivíduo foram: casados 7.448 (36%), solteiro 5.996 (29%), viúvos 4.669 (22,6%), ignorados 1.731 (8,4%), divorciados 604 (2,9%), outros 200 (1,2%). **Conclusão:** Os óbitos por asma no Brasil no período de estudo foram mais frequentes em mulheres, grupos etários mais elevados (adultos em fase laborativa e idosos); indivíduos de pele branca ou parda, com nenhum ou poucos anos de escolaridade (1 a 3 anos de estudo) e estados civis variados de forma regular.

P0036 ANÁLISE DOS FATORES INFLUENCIADORES DO CONTROLE DA ASMA GRAVE

THAISA ANDRÉA DA SILVA MAIA; JEANE LIMA E SILVA; LARISSA LOPES ROCHA ZORZI; ELISA DANIELE GAIO; JOÃO ADRIANO DE BARROS HC-UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA GRAVE; CONTROLE; DETERMINANTES

A asma é uma doença inflamatória crônica do aparelho respiratório que possui um espectro de gravidade baseado na intensidade e frequência com que ocorrem suas manifestações, bem como na quantificação da alteração provocada pela doença em teste espirométrico. Clinicamente, asma grave é definida pela limitação a atividades físicas, sintoma diurnos diários e contínuos e sintomas noturnos frequentes. Em virtude de sua cronicidade e do grande impacto que exerce sobre a qualidade de vida do paciente, é de extrema importância buscar o controle desta patologia. No entanto, inúmeros são os fatores que podem favorecer ou dificultar a obtenção desta meta. Desta forma, o objetivo deste estudo é determinar os fatores que interferem no controle da asma grave. Para tanto, realizou-se estudo observacional de coorte retrospectivo, no qual foram incluídos todos os pacientes com idade superior a 12 anos e diagnóstico de asma grave (conforme as recomendações do III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma) adstritos ao ambulatório do Hospital de Clínicas da UFPR. A coleta de dados foi realizada através da revisão de prontuários e fichas de acompanhamento dos pacientes. Ao total, foram analisados 71 pacientes, dentre os quais apenas 35,2% (IC 95% 0.2510 - 0.4684) atingiu o controle da doença. A maioria persiste distante deste Objetivo, o que corresponde a 64,8% deles (IC 95% 0.5316 - 0.7490), sendo 18,3% (IC 95% 0.1089 - 0.2899) considerados parcialmente controlados. Quando avaliados pacientes com asma controlada versus não controlada (grupo que incluiu os indivíduos parcialmente controlados), a doença do refluxo gastroesofágico configurou-se como fator associado ao não controle da doença ($p=0.0261$). Esta mesma associação esteve presente ao comparar os grupos com relação à presença de mais de uma alteração ao exame físico da primeira consulta ($p=0.0173$). Isoladamente, a presença de roncos na primeira avaliação também se comportou como fator relacionado à asma de pior controle ($p=0.0480$). Quanto à análise de outros fatores como sexo, história familiar de asma, diagnóstico de rinite, presença de 2 ou mais sintomas na primeira consulta e exposição ao cigarro, não foi evidenciada associação entre qualquer um deles e o não controle da doença. Contudo, apesar de não ter sido observada tal correlação, sabe-se que muitas destas variáveis relacionam-se com a gravidade da asma, como mostra a literatura. Cabe salientar também a necessidade de estudos maiores que busquem correlacionar achados da primeira consulta, tanto de anamnese como de exame físico, com o prognóstico e controle da asma.

P0037 PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS ADAPTADOS PARA PACIENTES ASMÁTICOS

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA; CINTIA DETSCH; DIEGO PADILHA VANTI

HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EXERCÍCIO; PROGRAMA

O exercício tem um efeito positivo no tratamento da asma. Atividades físicas controladas e adaptadas podem diminuir os sintomas. A prática de exercícios melhora a mecânica respiratória, proporcionando um melhor

desenvolvimento muscular, redução da dispnéia e melhora da função cardiovascular. Objetivos: Avaliar o efeito de um programa de exercícios físicos domiciliares (caminhada, alongamentos, abdominais e exercícios respiratórios) na capacidade respiratória, mensurada através da espirometria, do Teste de Caminha de 6 minutos (TC6) e da percepção subjetiva das atividades do dia a dia. Métodos: Selecionamos aleatoriamente pacientes adultos com asma atendidos na Unidade de Fisiologia Pulmonar. O tratamento medicamentoso não foi alterado. Realizamos espirometrias de onde retiramos o VEF1, o PF e a CV. No TC6, registramos a FC, SpO2, Dispnéia (escala de Borg) e FR, pré e pós caminhada. O Programa de exercícios constituiu-se de caminhadas, alongamentos, abdominais e exercícios respiratórios em sessões com duração de 25 a 40 minutos, 3 vezes por semana. Incluímos encontros quinzenais para revisão dos exercícios e um monitoramento semanal (telefonema) sobre a adesão. As avaliações completas foram repetidas após 12 semanas do início do estudo. Resultados: O grupo que completou o Programa de 3 meses ficou constituído de 6 pacientes do sexo feminino com média de idade de 61 anos. Comparando-se os resultados obtidos antes e após o programa observamos que o VEF1 médio elevou-se de 1,80L(87%) para 1,89L (94%), a CVF elevou-se de 2,54L(101%) para 3,98 (109%)($p<0.05$) e a média do PEF manteve-se inalterada. No TC6, a média de FC máxima atingida durante o teste decresceu de 148bpm para 119bpm($p<0.05$) e a distância percorrida aumentou de 435m para 458m (23m). A média de dispnéia (segundo escala de Borg) no TC6 passou de 3 (moderada) para 2 (leve) pós teste. A dispnéia (Borg) nas atividades do dia a dia teve média de 4(um pouco forte) antes do programa e 2 após. Conclusão: O aumento da Capacidade Vital e da distância caminhada, a redução da FC com exercício e uma melhora na sensação de esforço nas atividades do dia a dia apontam para um efeito positivo do programa de exercícios desenvolvido para o paciente asmático.

P0038 APLICAÇÃO DA TÉCNICA LIBERAÇÃO DIAFRAGMÁTICA NA MELHORA DA MECÂNICA VENTILATÓRIA EM PACIENTES ASMÁTICOS.

THAIS SAMPAIO DE ARRUDA; PRISCILLA FERNANDA DE OLIVEIRA GUEDES ABREU; MICHELE NOGUEIRA SANTOS CENTRO UNIVERSITÁRIO NILTON LINS, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FISIOTERAPIA; LIBERAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Introdução: A asma é uma síndrome clínica caracterizada pelo aumento da reatividade da árvore traqueobrônquica em presença de diversos estímulos. Uma característica importante é a diminuição da função respiratória dos pacientes devido ao aumento do trabalho respiratório ocasionado por um estreitamento generalizado das vias aéreas em decorrência de broncoespasmos, inflamação da mucosa brônquica e aumento das secreções brônquicas. Esse aumento no trabalho respiratório repercute na mecânica ventilatória (MV) por meio da diminuição da função do diafragma que se torna tenso, aumentando o trabalho da musculatura acessória. Objetivos: Pretende-se com a pesquisa avaliar e registrar os resultados obtidos na intervenção da MV por meio da aplicação isolada da técnica de Liberação Diafragmática (LD). Material e Métodos: A pesquisa é um estudo de caso, onde participaram três pacientes com asma brônquica, do sexo feminino, idade média de 28 anos,

submetidas à técnica de LD. O tratamento foi realizado 1 vez por dia, durante 10 dias seguidos. A avaliação dos parâmetros respiratórios (pressão inspiratória máxima - P_{Imax}, pressão expiratória máxima - P_{E_{max}}, volume corrente - VC, volume-minuto - V/min. e Peak Flow - PF) foi realizada por meio do Manovacuômetro, Ventilômetro e Peak Flow, no primeiro e último atendimento. **Resultados:** Antes do tratamento o valor médio da amostra em relação à P_{Imax} encontrava-se dentro da normalidade (-96,67 cm H₂O). Entretanto, os demais valores encontravam-se alterados: P_{E_{max}} baixa (+76,67 cm H₂O); VC aumentado (601 ml); VM aumentado (10,98 L/min.); PF baixo (263 L/min.), sendo que este valor corresponde a 62,54% do valor normal que indica obstrução brônquica leve. Contudo, após aplicação da técnica observou-se aumento em todos os parâmetros: P_{Imax}: -116,67 cm H₂O (aumento de 20,70%); P_{E_{max}}: +90,0 cm H₂O (aumento de 13,90%); VC: 647 ml (aumento de 7,60%); VM: 11,98 L/min. (aumento de 9,10%); e PF: 300 L/min. (aumento de 13,90%). Quando analisados, os resultados sugeriram um aumento importante em todos os parâmetros respiratórios, provavelmente, em decorrência da liberação das fibras musculares do diafragma que se encontravam tensionadas. O relaxamento do músculo, potencializou a função diafragmática que repercutiu na MV aumentado a expansibilidade torácica, registrada no aumento dos volumes pulmonares (VC e VM), melhorando a força da musculatura respiratória, evidenciada no aumento da P_{Imax}, P_{E_{max}} e PF. Além disso, os pacientes relataram melhora na respiração ao realizarem suas atividades de vida diária, e foi observada, à palpação, diminuição na tensão da região diafragmática. **Conclusão:** Apesar de uma amostra reduzida, de acordo com os resultados, conclui-se que a LD promoveu alterações positivas na MV. É importante ressaltar que não foram encontrados, na literatura, trabalhos a respeito da LD relacionada à mecânica ventilatória, o que sugere a importância e o pioneirismo do presente estudo.

P0039 ADESAO AO USO DO CORTICOIDE INALATÓRIO EM UM PROGRAMA DE GERENCIAMENTO

MARIA DARCILIA ARAGAO¹; DANIELA MARIA FERNANDES COURA²; LILIAN TIEMI KURANISHI³; FERNANDO SERGIO STUDART LEITAO FILHO⁴; CRISTIANO RABELLO NOGUEIRA⁵; ARIANE MUTTI⁶; YONARA RIVELLE NEVES DAVID⁷; **MARIA ALENITA DE OLIVEIRA⁸**

1.HOME CARE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4,6,7,8.TOTAL CARE, SAO PAULO, SP, BRASIL; 5.TOTALCOR, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA ; CORTICOIDE ; ADESAO

Introdução: No monitoramento de programas de gerenciamento o acompanhamento dos indicadores de qualidade são necessários para a avaliação da qualidade do atendimento e para a formulação de práticas de melhoria. Um dos preceitos que rege a coleta a escolha do indicador é a sua validade e facilidade de coleta. O uso do corticoide inalatório é fundamental para o controle da doença e ações devem ser realizadas para a otimização do seu uso. **Objetivos:** avaliar as causas do percentual abaixo do esperado do indicador uso do corticoide inalatório em pacientes asmáticos cadastrados em um programa de gerenciamento da asma. **Métodos:** De janeiro a junho de 2009 foram realizados 215 atendimentos de pacientes asmáticos. Em cada atendimento foi preenchido uma planilha eletrônica com os dados a serem monitorados no programa de gerenciamento. Em relação a pergunta uso do corticoide inalatório Foram identificados 146 atendimentos (67%) no qual a pergunta foi respondida

de forma positiva e negativa em 63 (29%). Com o objetivo de avaliar as causas deste percentual abaixo do esperado foram feitos auditorias nos prontuários médicos e contato telefônicos com os pacientes. **Resultados:** Dos 63 pacientes onde a pergunta uso do corticoide inalatório foi negativa na planilha eletrônica, o médico tinha documentado sua indicação na evolução e na receita em 43 pacientes, e destes 37 (83%) pacientes tinham sido atendidos pela primeira vez e ainda não tinham retornado para atualização dos dados observados. Foi conseguido contato com 31 pacientes para avaliar a concordância entre as informações descritas no prontuário e as adquiridas com o paciente: Destes pacientes 21 estavam usando o corticoide inalatório, informação concordante em 90% com o prontuário médico, 11 pacientes não estavam usando o corticoide inalatório, informação concordante em 45% com o prontuário médico. **Conclusão:** Um dos vieses deste indicador são os pacientes que entram no programa e este deve ser considerado para a estimativa da meta esperada, para desencadear ações para a sua melhoria. Apesar de prescrito pelo médico 45% dos pacientes não estavam utilizando o corticoide inalatório percentual de não adesão descrito na literatura

P0040 RELAÇÃO ENTRE O IMC E PARÂMETROS FUNCIONAIS PULMONARES EM PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

AMÉRICO DE SÁ LIMA; IVO ROBERTO DOS SANTOS CARDOSO; LENISSE ESTELLE ABRANTES GONÇALVES AMORIM; JEZRAEL WAGNER LIMA PIRES; MARIANA FERREIRA MEIRELES; SONAYRA BRUSACA ABREU; ILDELY NIEDJA ARAÚJO COSTA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA

UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; IMC; PARÂMETROS FUNCIONAIS

Introdução: A asma é uma doença que tem como base um processo inflamatório crônico das vias aéreas inferiores, resultando em um estado de hiperresponsividade brônquica com limitação reversível ao fluxo aéreo. Dados demonstram um crescente número de casos de pacientes asmáticos em todo mundo, tornando-a um importante problema de saúde pública a ser enfrentado. Muito disso se deve a uma mudança no estilo de vida da população, aglomerada nos grandes centros urbanos e sujeita ao confinamento e a exposição à poluição ambiental, o que sem dúvida contribui para elevação destes números. Outro fato que tem chamado a atenção é sua crescente associação com outro importante problema de saúde pública: a obesidade. Existem diversos trabalhos que corroboram o papel da obesidade na fisiopatogenia da asma, com significativa melhora nos níveis de controle em pacientes que obtiveram perda de massa corporal. **Objetivos:** Avaliar as variáveis espirométricas (VEF1, PFE e CVF) em pacientes asmáticos adultos atendidos no Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) São Luís-MA em relação ao seu índice de massa corporal (IMC) com enfoque no papel que o IMC exerce sobre parâmetros funcionais nestes pacientes. **Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, retrospectivo com análise dos prontuários de 156 pacientes atendidos entre 2005 e 2010 e com idade superior a 18 anos, onde foram analisados quanto ao índice de massa corporal (IMC), parâmetros funcionais como volume expiratório forçado (VEF1), capacidade vital forçada (CVF) e o pico de fluxo expiratório (PFE) obtidos através da espirometria. Os pacientes foram divididos em

dois grupos de acordo com seu IMC. **Resultados:** Pacientes com IMC < 25 obtiveram VEF1 > 80% em 28,37% dos casos; 33,78% ficaram entre 80%-60% e 37,83% apresentaram VEF1 < 60%. Estes apresentaram ainda CVF superior a 80% do previsto em 64,86% dos pacientes; 24,32% ficaram entre 80%-60% e 10,81% dos pacientes abaixo de 60% do previsto. O PFE mostrou-se maior que 80% em 21,62% dos pacientes avaliados; 35,13% deles apresentavam PFE entre 80%-60% e 43,24% para os pacientes abaixo de 60% do previsto. Pacientes com IMC ≥ 25 apresentaram VEF1 > 80% em 30,48% dos pacientes, 35,36% obtiveram VEF1 entre 80%-60% e 34,14% apresentaram VEF1 abaixo de 60%. A CVF revelou os seguintes dados: 51,21% com CVF > 80%, 40,24% entre 80%-60% e 8,53% com CVF < 60%. O PFE apresentou 20,73% dos pacientes acima de 80% do valor previsto, 40,24% ficaram entre 80%-60% e 39% tiveram o PFE abaixo de 60%. **Conclusão:** Entre as variáveis funcionais analisadas constatou-se significativa alteração na capacidade vital forçada (CVF) nos pacientes com IMC ≥ 25, o que demonstra o papel que a elevação do IMC exerce sobre a dinâmica respiratória normal, diminuindo a expansibilidade torácica e, consequentemente, o volume de ar que entra nos pulmões durante a respiração, acarretando em um possível fator complicador no nível de controle destes pacientes atendidos no ambulatório.

P0041 AVALIAÇÃO DA INFLAMAÇÃO EOSINOFÍLICA DAS VIAS AÉREAS E SUA COMPARAÇÃO COM HIPER-RESPONSIVIDADE BRÔNQUICA

CLERISTON FARIAS QUEIROZ; MARIA DE LOURDES SANTANA BASTOS; MARTA FERREIRA LEITE DE SÁ; TATIANA SENA GALVÃO NONATO; FERNANDA PIRES; MANOELA TRINDADE; CHARLESTON RIBEIRO PINTO; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA LEMOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOPROVOCAÇÃO; EOSINÓFILOS; ESCARRO INDUZIDO

Introdução: A inflamação crônica da mucosa brônquica e a obstrução variável do fluxo aéreo estão presentes em todos os fenótipos de asma, inclusive nos quadros mais leves envolvendo diferentes células e mediadores. A técnica de broncoprovocação com agente farmacológico é um método de avaliação da hiperresponsividade das vias aéreas. O escarro induzido é um método utilizado para avaliar a inflamometria das vias aéreas. **Objetivos:** Comparar atividade inflamatória eosinofílica, pela análise do escarro induzido, com a hiperresponsividade brônquica pela técnica de broncoprovocação. **Métodos:** Os pacientes avaliados eram provenientes do ambulatório de asma do serviço de pneumologia do C-HUPES / UFBA. Todos foram submetidos ao teste de broncoprovocação com carbacol nas seguintes concentrações do protocolo: 0, 0,625, 0, 125, 0,50, 0,1, 0,2 e 0,4 mg/ml dosadas no espirômetro KOKO digidose /Ferraris respiratory. Uma espirometria basal foi realizada, antes da indução da 1ª concentração de carbacol, observando os valores do VEF1 e CVF. A seguir doses progressivas de carbacol foram inaladas pelo paciente e dois minutos após a inalação de cada concentração, nova avaliação de VEF1 e CVF foi realizada, até se observar um declínio de 20% do VEF1 ou CP20 (concentração padrão que ocasionou a queda dos 20% do VEF1). Nos pacientes que apresentam CP20 positivo foram utilizados 200mcg de salbutamol via inalatória e nova avaliação espirométrica foi realizada para avaliar o recovery.

A coleta do escarro induzido foi realizada após o paciente submeter-se a nebulização de salina hipertônica. Nas amostras coletadas, foi avaliada a inflamometria das vias aéreas com ênfase nos eosinófilos. No PRICK-TEST foram aplicados os seguintes antígenos (*D. pteronyssinus*, *B. tropicalis*, *A. fumigatus*, epitélio de cão e gato e histamina) foi considerado positivo para pápula > 03 mm e negativo para < 03 mm. **Resultados:** Foram avaliados oito pacientes portadores de asma que apresentaram espirometria basal normal. Seis pacientes eram do sexo (F) com média de idade ± 20,4. O PRICK-TEST foi positivo em 04 pacientes, 50%, e todos tinham eosinofilia. O teste de broncoprovocação foi positivo em 8/8 (100%) dos pacientes sendo que 05 62,5% mostraram eosinofilia, e em 03 havia ausência de eosinófilos. Nos cinco pacientes com eosinofilia a mesma variou de 14 a 33% e o VEF1 pós carbacol nos pacientes com eosinofilia foi de ± 2,15 e na ausência de eosinófilos foi ± 2,33. A CP20 em pacientes com eosinófilos foi de ± 0,24 e em ausência de eosinófilos foi de ± 0,33. Em todos os pacientes observou-se que o VEF1 pós recovery alcançou valores próximos ao VEF1 basal. **Conclusão:** Este estudo em pacientes asmáticos demonstra que tanto o teste de broncoprovocação como a técnica de escarro induzido foram métodos seguros. Não houve diferença na queda do VEF1 entre os pacientes com e sem eosinofilia, no entanto a CP20 de carbacol foi 72,7% maior nos pacientes sem eosinofilia.

P0042 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE ATENDIDO NO AMBULATÓRIO DE ASMA DO CENTRO DE CLÍNICA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

JOÃO VÍCTOR CAMPOS DE ALMEIDA; GABRIEL VIEIRA PONTES; CARMEN LÍVIA FARIA DA SILVA MARTINS
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA/HUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; PERFIL; EPIDEMIOLÓGICO

Introdução: A asma é uma doença que acomete pessoas de todas as idades, de diferentes níveis sociais e culturais e com graus variados de gravidade e frequência. Sua prevalência está aumentando em todas as regiões do mundo, principalmente em crianças. **Objetivos:** Definir e atualizar as características demográficas e epidemiológicas do paciente no ambulatório de Asma do Centro de Clínicas Pediátricas do Hospital Universitário de Brasília. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo e descritivo, onde foram coletados dados referentes à idade, gênero e procedência dos pacientes atendidos no ambulatório de Asma do Centro de Clínicas Pediátricas do HUB entre maio de 2005 e agosto de 2010. **Resultados:** O total de crianças e adolescentes portadoras de asma registradas neste ambulatório até o momento é de 688. Dos pacientes atendidos entre maio de 2005 até agosto de 2010, quanto ao sexo: 55,37% masculino e 44,63% feminino; quanto à procedência: Ceilândia (12,58%), Samambaia (10,36%), Planaltina (9,43%), Taguatinga (7,63%), Santa Maria (7%), Recanto das Emas (3,72%), São Sebastião (4,96%), Gama (3,88%), Sobradinho (4,96%), Paranoá (1,87%), Riacho fundo (1,87%), Plano Piloto (3,09%), Guara (1,07%), Brazilândia (1%), Estrutural, (1%) Outras localidades do DF (15%), Localidades fora do DF (5,33%), não informado (5,25%). No que concerne a idade: Lactentes (14,25%), pré-escolar (46,54%), escolar (17,55%), adolescentes (18,72%) e não informado (2,94%). **Conclusão:** Além da literatura pertinente os autores compararam os resultados com as pesquisas realizadas anteriormente no

Serviço. O sexo masculino continua sendo mais frequente entre os pacientes atendidos no referido ambulatório. O pré-escolar representou a maior prevalência no ambulatório estando de acordo com dados da literatura. O escolar e o adolescente jovem praticamente dividem a segunda posição. Dado interessante observado foi a manutenção do aumento do número de atendimentos ao lactente no Serviço, refletindo um encaminhamento precoce de bebês para o referido ambulatório. Em relação à procedência, a cidade de Ceilândia continua com a maior prevalência de atendimentos, Samambaia continua em segundo lugar e Planaltina que tinha baixa frequência no serviço manteve a terceira posição. O presente trabalho possibilitou atualizar o perfil demográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Asma do Centro de Clínicas Pediátricas do HUB.

P0043 DEPRESSÃO NA ASMA: UM FATOR QUE NÃO DEVE SER ESQUECIDO

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA¹; LILIAN ARAIS DA SILVA¹; KHARINA MOREIRA DIAS¹; KONRADO DEUTSCH²; MARCEL DORNELES³; RUI ÁVILA⁴; CAROLINA BARONE⁵; PAULINE ZANIN⁶
HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; DEPRESSÃO; ACT

Pacientes com doenças crônicas apresentam maior predisposição à desordens psiquiátricas, em relação à população em geral. Entre asmáticos, foi encontrada uma prevalência de 9% de depressão. Esta pode intensificar os sintomas da asma e está associada a asma de difícil controle. **Objetivos:** Avaliar a presença de sintomas depressivos em um grupo de pacientes asmáticos em acompanhamento ambulatorial no HCPA. **Métodos:** Aplicamos o questionário de depressão de Beck (QB) auto-aplicado em asmáticos adultos participantes de um Ambulatório de Asma. O questionário possui 21 questões de escolha múltipla, graduadas de 0 a 3. O total de pontos classifica a severidade da depressão: severa se acima de 30, moderada entre 29 e 19, leve entre 18 e 10. Avaliamos o grau de obstrução através do VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1 segundo-absoluto e percentual) retirado da espirometria e o controle da asma pelo ACT (Asthma Control Test): 25 pontos (totalmente controlada), 24-20 (parcialmente controlada) e abaixo de 19 (não controlada). **Resultados:** O grupo ficou constituído de 34 asmáticos com média de idade de 56 anos, 9 homens e 25 mulheres. Pelo grau de distúrbio ventilatório obstrutivo, encontramos: 7 Normais, 9 Leves, 14 Moderados e 4 Graves. Valor médio do VEF1: 1606(62%). Em relação à QB, encontramos 14 normais e 20 (59%) classificados como depressão: 10 leve, 10 moderada e nenhum grave, valor médio: 14 pontos(leve). Pelo ACT, que avalia a opinião do paciente, encontramos: 9 com asma parcialmente controlada e 23 com asma não controlada. Asmáticos com obstrução grave não possuíam os escores mais baixos no ACT e no Beck. Correlacionando-se os valores do QB com o ACT encontramos: $r = -0.55$ ($p < 0.01$) e os valores VEF1 com ACT encontramos $r = 0.41$ ($p < 0.01$). Entre o QB e o valor do VEF1 não houve correlação significativa. **Conclusão:** Na nossa amostra, o índice de depressão superou valores da literatura e apresentou correlação significativa com outro critério subjetivo: o ACT, mas não houve correlação com valores objetivos de gravidade. Chamamos atenção para o aspecto emocional do asmático, que interfere no tratamento, mas nem sempre está muito evidente.

P0044 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

RAPHAEL ROCHA VELOZO¹; ALESSANDRA ARAÚJO DE CASTRO²; FRANCISCO SÉRGIO MOURA SILVA DO NASCIMENTO³; VINÍCIUS MARTINS VALOIS⁴; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA⁵; BRUNO ROCHA VELOZO⁶

UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; PROGRAMA; ASSISTÊNCIA

Introdução: O Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), foi fundado em 1996 pela professora Dra. Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, que institui um ambulatório dedicado aos pacientes com asma brônquica, sendo a fundadora sua coordenadora até o momento atual. Em 2003, com a participação ativa dos acadêmicos nos ambulatórios surgiu a Liga Acadêmica de Asma. Os pilares do programa são o ensino, a pesquisa e a extensão em pneumologia, focalizando a enfermidade asma, cuja incidência e prevalência no estado do Maranhão são significativas. O acompanhamento aos pacientes é realizado trimestralmente, mediante orientação sobre a doença, os sintomas, a influência do ambiente e o uso de medicação. Os discentes realizam reuniões para discussão de casos clínicos, apresentação de artigos e participam da elaboração de trabalhos científicos. **Objetivos:** Proporcionar aos discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da UFMA uma melhor formação acadêmica na área de Pneumologia, através do atendimento e acompanhamento ambulatorial de pacientes asmáticos. Acrescente-se a este objetivo um fim social ao proporcionar aos atendidos melhor qualidade de vida mediante práxis respaldada no conhecimento científico hodierno. **Métodos:** Atualmente, o PAPA funciona em um prédio anexo do HU-UFMA. É composto por uma equipe de 4 pneumologistas, 37 alunos – voluntários e bolsistas – , 1 gastroenterologista, 2 enfermeiras e 4 técnicos de enfermagem. As consultas ocorrem às segundas, quartas e sextas-feiras no turno matutino. Além de consultas, são prestadas orientações em saúde, enfocando aspectos da patologia e também para co-morbidades, tais como hipertensão arterial, pneumonia, rinite alérgica e rinossinusite, através de acompanhamento sistemático. **Resultados:** O PAPA possui aproximadamente 1000 pacientes. Elabora e publica textos científicos para fins de participação nos principais eventos da Pneumologia brasileira. Organiza jornadas científicas e eventos relacionados à ciência em voga. **Conclusão:** As atividades desenvolvidas pelo PAPA proporcionam maior conhecimento teórico, prático e metodológico sobre os mecanismos de intervenção médica em pneumologia, especialmente no atendimento de pacientes asmáticos, público alvo desta Liga acadêmica.

P0045 AVALIAÇÃO VENTILATÓRIA: UM MARCADOR DA MELHORA EM ASMÁTICOS.

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA¹; KONRADO DEUTSCH²; LILIAN ARAIS DA SILVA¹; KHARINA MOREIRA DIAS³; MARCEL DORNELES⁴; RUI ÁVILA⁵; CAROLINA BARONE⁶; PAULINE ZANIN⁷

1.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ESPIROMETRIA; EDUCAÇÃO

A educação do paciente asmático tem como objetivo otimizar a qualidade de vida dos pacientes e a compreensão da doença. A melhora das condições ventilatórias reflete a melhora da

permeabilidade brônquica, embora a avaliação dos sintomas não consiga refletir a real obstrução. **Objetivos:** Avaliar a evolução das condições ventilatórias em um grupo asmáticos acompanhados ambulatorialmente no HCPA. **Métodos:** Em um grupo de pacientes ambulatoriais, avaliamos: a CV (Capacidade Vital), o VEF1 (Volume Expiratório Forçado no 1º segundo), e a variação com o broncodilatador (BD) obtidos de espirometrias realizadas no início do atendimento e após 12 meses de acompanhamento ambulatorial. As consultas foram realizadas a cada 1,2 ou 3 meses (de acordo com a gravidade da asma) com revisão do tratamento. A intensidade do DVO (distúrbio ventilatório obstrutivo) foi classificada de acordo com as DBFP de 2002. **Resultados:** O grupo de 66 pacientes (10 homens e 56 mulheres), com média de idade de 48 anos (± 15), apresentava 16 exames normais e 50 com DVO: 21 leves, 15 moderados e 14 graves na avaliação inicial. Na avaliação final havia: 21 exames normais e 45 com DVO (21 leves, 16 moderados e 8 graves). Na primeira espirometria, o valor médio da CV foi 2494ml (± 857) 76% previsto, do VEF1 foi 1687ml ($+733$) 61% do previsto e a variação com o BD foi 308ml (CV) e 280ml (VEF1). Na espirometria final: o valor médio da CV foi 2708 (± 833) 84% do previsto, do VEF1 foi 1842ml ($+744$), 69% do previsto e a variação com o BD foi 211 (CV) e 230ml (VEF1). Comparando os dois exames, observamos que o aumento da CV, do VEF1 e a redução da variação com o BD na CV foram variações significativas ($p < 0.01$). **Conclusão:** Observamos melhora da função ventilatória nos asmáticos do ambulatório seguidos de forma regular, evidenciada pelo aumento da CV e VEF1 e redução da responsividade ao BD. Mesmo nos casos com persistência da obstrução houve melhora no grau do DVO.

P0046 ASSIDUIDADE DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, EM MANAUS-AM

MARIA DO SOCORRO LUCENA CARDOSO; SUZI MARLA CARVALHO MARON; ERICO LIMA DE MELO; GISELLE LIMA AFONSO
UFAM, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ASSIDUIDADE; PACA

Introdução: Asma é uma síndrome caracterizada por três componentes distintos: episódios recorrentes de obstrução ao fluxo de ar que se resolve espontaneamente ou com tratamento; resposta broncoconstritora exacerbada a estímulos de efeito pequeno ou nulo nos indivíduos não asmáticos, fenômeno conhecido como hiperreatividade das vias aéreas; e inflamação das vias aéreas. Ainda que a inflamação das vias aéreas seja reversível, atualmente postula-se que as alterações nas vias aéreas dos pacientes asmáticos sejam irreversíveis em alguns aspectos. Diante do exposto é fundamental a adesão ao tratamento por parte do paciente com asma, a fim de que tais alterações não se instalem, e caso já estejam instaladas, não se agravem (DREZEN, J.M. 2007). **Objetivos:** Quantificar o número de pacientes atendidos pelo Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA) que frequentam com assiduidade as consultas do projeto. **Métodos:** O referente estudo é de caráter descritivo retrospectivo, realizado através de abordagem observacional dos prontuários dos pacientes atendidos pelo PACA de agosto de 2003 a julho de 2010, verificando-se sua respectiva assiduidade nas consultas que ocorrem a cada 3 meses. **Resultados:** Dos 799 prontuários estudados, 531

pacientes (66%) estavam frequentando o programa sem nenhuma falta às consultadas, ao passo que 268 (34%) apresentavam ao menos uma falta às consultas. **Conclusão:** Frente aos resultados obtidos, pode-se concluir que mais da metade dos pacientes frequentam com assiduidade as consultas do programa, o que já é passo importante na adesão ao tratamento e que, por consequência, aumenta as chances de levar o paciente a um nível menor de gravidade da asma, bem como atenuar o número de pacientes com alterações irreversíveis nas vias aéreas.

P0047 PERFIL TERAPÊUTICO E DE CONTROLE DE PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO EM 2010.

RAPHAEL ROCHA VELOZO; BRUNO ROCHA VELOZO; ALESSANDRA ARAÚJO DE CASTRO; FRANCISCO SÉRGIO MOURA SILVA DO NASCIMENTO; VINÍCIUS MARTINS VALOIS; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA

UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CONTROLE; MEDICAÇÕES

Introdução: A asma é uma doença muito prevalente, sendo um importante problema de saúde pública. O seu tratamento é dirigido para controlar os sintomas e prevenir crises. Sabe-se que um programa assistencial efetivo para atendimento da asma, com assistência farmacêutica gratuita, possibilita um controle das exacerbações da enfermidade, como consequência do emprego de medidas não medicamentosas e fármaco-terapia. **Objetivos:** Avaliar o perfil terapêutico de pacientes asmáticos atendidos pelo Programa de Assistência ao Paciente Asmático (PAPA) do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), no ano de 2010. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal com 84 pacientes atendidos pelo programa, no ano de 2010. Os dados foram obtidos a partir de prontuários e de questionário padronizados aplicado aos pacientes durante a consulta. A classificação da asma foi realizada de acordo com os critérios definidos pela IV Diretrizes Brasileiras para Manejo da Asma, avaliando-se os sintomas clínicos, crises, uso de BD de alívio e parâmetros funcionais. O controle da asma foi estabelecido a partir do questionário ACT (Asthma Control Test) aplicado nos pacientes. **Resultados:** Dos 84 pacientes avaliados, 72 (91,2%) asmáticos usaram o β -2 agonista de curta duração (BD) para alívio de sintomas da asma. O uso de corticóide inalatório (CI) associado com β -2 agonista de longa duração (LABA) foi feito por 45 (57%) pacientes, 7 (8,9%) usavam CI isolado e nenhum usava apenas BD de alívio. 34 (43,6%) pacientes não apresentaram sintomas de asma no período interconsultas; 14 (17,9%) apresentaram sintomas diariamente. Quanto à ida a emergência, 11 pacientes foram pelo menos uma vez ao PS. Um bom controle da asma foi observado em 51 (64,6%) pacientes. **Conclusão:** Na amostra estudada, percebe-se que a maioria dos pacientes apresenta uma asma bem controlada. Esse controle pode estar relacionado com a gravidade ou o próprio dispositivo de inalação. O elevado uso de β -2 agonista de curta duração se justifica pelo grande número de pacientes que tem exacerbação somente quando expostos a fatores desencadeantes de sintomas.

P0048 PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE ASMA NO AMBULATÓRIO DE ASMA DO CENTRO DE CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA COM BASE NAS DIRETRIZES BRASILEIRAS DO MANEJO DE ASMA DA SBPT.

CARMEN LÍVIA FÁRIA DA SILVA MARTINS; GABRIEL VIEIRA PONTES; JOÃO VICTOR CAMPOS DE ALMEIDA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO; ASMA; DIRETRIZES

Justificativa: A asma é doença crônica pediátrica mais freqüente e 3ª causa de internação/ SUS. As diretrizes do tratamento visam o controle da doença, que depende entre outros, do diagnóstico da gravidade da doença e início precoce do corticóide inalatório. O principal tratamento da asma é a profilaxia com meta na adesão ao tratamento e acompanhamento do controle da doença. **Objetivos:** Proposta de implantação de fluxograma de atendimento dos pacientes portadores de asma no ambulatório de asma do Centro de Clínicas Pediátricas do Hospital Universitário de Brasília, por meio da utilização de ficha médica estruturada com base nas Diretrizes Brasileiras do Manejo de Asma da SBPT. **Métodos:** Em janeiro de 2009, foi introduzida no referido ambulatório uma forma de atendimento estruturado pautado em três modelos de fichas: 1ª consulta, 1º retorno e 2º retorno. A ficha da 1ª consulta: propõe-se ao diagnóstico, classificação inicial da gravidade e início do tratamento. A ficha do 1º retorno enfatiza educação e adesão ao tratamento, iniciando o acompanhamento do estado de controle da doença. A ficha do 2º retorno reforça adesão ao tratamento e estado de controle. As fichas apresentam dados demográficos, frequência de idas ao PS/ internações, antecedentes pessoais/familiares, antropometria, anamnese/ exame físico, desencadeantes de crise, PFE, quadro das diretrizes para classificação e estado de controle da doença, medicamentos/tempo de uso, educação em asma, adesão, calendário vacinal, sono, atividade física, condições socio-econômicas, exames, controle do ambiente, uso dos dispositivos inalatórios e retorno. A utilização das fichas estabeleceu um fluxograma de atendimento que organizou o serviço. 1. Pré-consulta: acolhimento por estudantes de medicina: identificação e registro de dados pessoais, antropometria, medida do pico de fluxo, intervalo da última consulta, número de crises, idas ao PS, uso de medicação de resgate; 2. Consulta médica com preceptores, internos e residentes; 3. Pós- consulta: uso de espaçadores, dispositivos inalatórios, reforço da prescrição e retorno por técnica de enfermagem. **Resultados:** Os dados das fichas foram categorizados na estatística de 2009, demonstrando 437 atendimentos, média mensal: 39,73. A classificação demonstrou: 247 asma persistente leve (56,5%), 133 moderada (30,4%), 29 grave (6,6%) e 26 intermitente (5,9%). O estado de controle: 143 (32,9%) controlados, 255 (58,5%) parcialmente controlados e 37 (8,5%) não controlados. A não adesão foi 10,9% (48) e internação de 5,7% (25). **Conclusão:** as formas de prevalência da doença foram similares a literatura. A adoção de uma ficha estruturada estabeleceu uma lógica de fluxo de atendimento, fornecendo margem a que se estabeleçam ações de planejamento para o ensino, pesquisa e assistência. Os autores acreditam no uso desta ficha para o atendimento médico da doença na rede básica de saúde, uma vez que ela torna fácil o entendimento das diretrizes de manejo da doença e do acompanhamento do paciente.

P0049 GRAVIDADE DA DOENÇA ASMÁTICA NOS PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA (PACA) DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, EM MANAUS-AM.

SUZI MARLA CARVALHO MARON; MARIA DO SOCORRO LUCENA CARDOSO; HENRIQUE MARTINS OLIVEIRA; ERICO LIMA DE MELO; GISELLE LIMA AFONSO; RAPHAEL PEREIRA SILVA; SEIARAMERI LANA VIOLA OLIVEIRA

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; GRAVIDADE; PACA

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas em que várias células e elementos celulares participam. A inflamação crônica associa-se com hiperreatividade das vias aéreas, que determina episódios recorrentes de sibilos, dispnéia, aperto no peito e tosse, especialmente à noite e cedo pela manhã. Estes episódios associam-se com obstrução ao fluxo aéreo difusamente nos pulmões, mas variável, reversível espontaneamente ou com medicações. De acordo com a gravidade, a asma pode ser classificada em quatro níveis: intermitente, persistente leve, persistente moderada e persistente grave (Global Initiative in Asthma, 2006). **Objetivos:** Classificar os pacientes atendidos no Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA) quanto à gravidade da asma. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, de caráter retrospectivo, sendo efetuada uma abordagem observacional, em que foram avaliados dados colhidos nos prontuários dos pacientes asmáticos em sua primeira consulta no Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA), do Servido de Pneumologia do Ambulatório Araújo Lima (HUGV) de agosto de 2003 até julho de 2010 (fim da referida pesquisa). A população assistida pelo projeto consiste em 1028 pacientes, os quais foram submetidos a um questionário, anamnese e exame físico, sendo então classificados de acordo com os critérios do GINA 2006 no grau de gravidade do seu quadro asmático. **Resultados:** Dos 1028 pacientes atendidos pelo projeto PACA, 39 sofriam de asma intermitente (9 controlados e 30 em crise), 11 de asma persistente grave (6 controlado e 5 em crise), 420 de asma persistente leve (125 controlados e 295 em crise) e 558 de asma persistente moderada (206 controlados e 352 em crise). **Conclusão:** Mais da metade dos pacientes atendidos pelo PACA apresentam asma persistente moderada (54%), outra parte significante possui asma persistente leve (41%), ao passo que apenas 4% foram classificados com asma intermitente, e somente 1% apresentam asma persistente grave. No entanto quando há boa resposta ao tratamento o paciente pode ser levado a um nível de menor gravidade. Assim, o objetivo do PACA consiste exatamente em estabelecer uma frequência regular dos pacientes nas consultas, a fim de que haja boa adesão ao tratamento e, por conseguinte, diminuição da gravidade do seu quadro asmático.

P0050 REALIZAÇÃO DO TESTE DE CONTROLE DA ASMA (ACT) NOS PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE DA ASMA DO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS.

SUZI MARLA CARVALHO MARON; MARIA DO SOCORRO LUCENA CARDOSO; DIEGO DA COSTA MATOS; HENRIQUE MARTINS OLIVEIRA; JESSICA PIRES FIGUEIREDO; CAMILA MENDES DA SILVA; MARCELO VIANA CARLOS CARDOSO; RAPHAEL PEREIRA SILVA

UFAM, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PACA; ACT; TRATAMENTO

Introdução: A asma é uma doença recorrente crônica extremamente comum, apresentando tipicamente uma distribuição global. No Brasil, constitui um grave problema de saúde pública, pois leva a cerca de 2.500 óbitos/ano que poderiam ser evitados em grande número dos casos. O nível de controle da asma é um fator muito importante na determinação do melhor tratamento da doença. O Teste de Controle da Asma (ACT) é um teste simples, prático e de rápida realização, que proporciona aos pacientes asmáticos e seus médicos uma pontuação útil, que os ajudará a determinar e avaliar o tratamento. **Objetivos:** Esse estudo foi realizado com a finalidade de avaliar o controle da asma dos pacientes registrados no Programa de Assistência e Controle da Asma (PACA), no Ambulatório Araújo Lima da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) na cidade de Manaus – AM, utilizando o Teste de Controle da Asma como método avaliativo. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal por sorteio aleatório, que consistiu na avaliação de 151 pacientes do PACA com mais de 12 anos e com diagnóstico estabelecido de asma há pelo menos 6 meses de programa. O instrumento de investigação utilizado foi o questionário de Teste de Controle da Asma (ACT) contendo 05 questões, sendo este aplicado por acadêmicos de Medicina sob supervisão da médica pneumologista. Foram considerados fora do alvo de controle aqueles que obtiveram uma pontuação menor que 20, controlados aqueles entre 20 e 24 pontos e excelentes, totalmente assintomáticos, os com 25 pontos. **Resultados:** Foram entrevistados 151 pacientes, sendo 90 (60%) considerados controlados, enquanto 61 (40%) fora do alvo de controle. Dos 90 pacientes considerados controlados, 64 (71,1%) mantiveram-se dentro do controle da doença e os demais 26 (28,9%) apresentaram-se totalmente assintomáticos. **Conclusão:** O ACT é um teste simples, claro, muito fácil de ser aplicado e eficaz na determinação no nível de controle da asma. Os resultados do teste mostraram que a maioria dos pacientes estudados estava com a doença sob controle e fora das crises, o que indiretamente reflete o excelente nível de aproveitamento dos pacientes no programa, demonstrando assim que o controle é possível com o uso correto do esquema terapêutico associado a medidas de educação.

P0051 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS INTERAÇÕES POR ASMA ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PERTENCENTES AO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APS.

MARIA LUCIA MEDEIROS LENZ¹; RUI FLORES²; PAULO ROBERTO SILVA DA SILVA³; NORMA BEATRIZ VIEIRA PIRES⁴; ELINEIDE CAMILLO⁵

1.PROGRAMA DA ASMA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4.5.PROGRAMA DA ASMA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; HOSPITALIZAÇÃO; ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estudo transversal descritivo do resultado de entrevistas realizadas com pais ou responsáveis de crianças hospitalizadas por asma e assistidas por um serviço de atenção primária à saúde (APS). **Objetivos:** descrever circunstâncias em que ocorreram as internações por asma para subsidiar

o planejamento de ações visando melhor controle da doença. **Métodos:** entrevistas realizadas com familiares de menores de 19 anos de idade e hospitalizados por asma entre 01/01/2007 a 31/12/2009. As visitas às crianças hospitalizadas por esse motivo fazem parte das ações de monitoramento e avaliação deste serviço. Um formulário específico é utilizado nas entrevistas e os dados são digitados em Access® e analisados em planilha de Excel®. **Resultados:** entre as 170 crianças estudadas, 154 (91%) estavam sendo acompanhadas nas unidades de APS, 78 (44%) eram reinternações, 139 (81%) famílias conheciam o diagnóstico ou as crianças já haviam tido as mesmas manifestações. Entre essas 139, 115 (83%) faziam uso de broncodilatador e 91 (79%) de forma inadequada. Os principais motivos de inadequação foram: 69 (76%) demoravam para iniciar, 53 (58%) utilizavam subdose, 61 (67%) eram medicados com intervalos longos entre as doses e 33 (36%) descreviam técnica inalatória inadequada. Apenas 24 (17%) faziam uso de corticóide inalatório e 7 (5%) utilizavam um plano de ação escrito. **Conclusão.** Apesar de tratar-se de um problema sensível à atenção primária, as internações por asma no território de atuação de um serviço de APS evidenciam a necessidade de estimular e qualificar estratégias de educação e saúde, utilização de plano de ação e educação permanente dos profissionais.

P0052 SÍNDROME DE KARTAGENER: DOIS EXTREMOS DA MESMA DOENÇA COM EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO DIFERENTES EM PACIENTES JOVENS.

GLADIS I YAMPARA¹; ROBERTSON RODRIGUES P. JUNIOR²; LIVIA REGINA THEILACKER³; ÂNGELA SANTOS FERREIRA⁴; NICOLAU PEDRO MONTEIRO⁵; JORGE EDUARDO M. DE CARVALHO⁶; CARLOS ROBERTO M. DE ANDRADE⁷; GREGORY THEILACKER⁸

1.HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITEROI, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,6,8.HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO,UFF, NITEROI, RJ, BRASIL; 7.UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO, BRAGANCA PAULISTA, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE KARTAGENER; BRONQUIECTASIAS; SITUS INVERSUS TOTALIS

Introdução: A síndrome de Kartagener é uma doença congênita rara caracterizada pela triade clássica: sinusopatia crônica, bronquiectasias e *situs inversus totalis*.

Objetivos: Relatar dois casos de síndrome de Kartagener (SK) com evolução e prognóstico diferentes em pacientes jovens. **Métodos:** Dois casos de SK são descritos, analisando-se os sintomas clínicos, os aspectos radiográficos e evolução clínica. **Resultados:** Relato de Casos: Caso 1, mulher de 37anos, relatava dispnéia aos grandes esforços, infecções de repetição do trato respiratório superior com 3 anos de evolução e dificuldade de engravidar. Ao exame se apresentava em bom estado geral, ausculta pulmonar com sibilos esparsos, ausculta cardíaca normal. A paciente do caso 2, de 23 anos, apresentava dispnéia aos pequenos esforços e relatava infecções do trato respiratório superior e inferior há 10 anos. Ao exame em mau estado geral, emagrecida, hipocorada, taquipeica, com baqueteamento digital e cianose periférica. Ausculta pulmonar com sibilos, roncos e estertores crepitantes difusos, ausculta cardíaca RCR 2T, desdobramento de B2 (P2>A2), sopro sistólico no foco aórtico (anatomicamente foco pulmonar). O diagnóstico nos dois casos foi confirmado pelos achados radiológicos e tomografias de seios de face, tórax e abdome. A TC de tórax do caso 1 mostrou dextrocardia e bronquiectasias

esparsas enquanto que o caso 2 revelou além de dextrocardia, parênquima pulmonar com infiltrado alveolar bilateral, bronquiectasias cilíndricas e saculares difusas. Ecocardiograma do caso 1 revelou dextrocardia com coração estruturalmente normal, do caso 2 mostrou dextrocardia, septo interatrial abaulado para esquerda, crescimento do átrio direito. HAP com PSAP de 66 mmHg, leve crescimento do VD, função sistólica global do VE e VD preservadas. A espirometria do caso 1 foi normal, entretanto a do caso 2 revelou distúrbio ventilatório obstrutivo grave. Muitos estudos têm avaliado a qualidade de vida dos pacientes com SK, porém devido às variações genéticas e fenotípicas desta desordem é possível encontrar pacientes que evoluem de maneira satisfatória como a paciente do caso 1 e outros de forma drástica culminando em óbito semelhante a do caso 2. **Conclusão:** Os autores concluem que outros fatores além da herança genética tais como maior número de infecções, condições ambientais e socioeconômicas devem contribuir para deteriorização do quadro clínico desses pacientes e ao tentarmos identificá-los, talvez possamos interferir na progressão da doença e suas sequelas.

P0053 SÍNDROME DE KARTAGENER EM PACIENTE FEMININA – RELATO DE CASO

ALEX AMARANTE COSTA¹; NATÁLIA AMARANTE COSTA²; ALEXANDRE DE SOUZA MARQUES³; CARLOS ANDRÉ BARCELOS⁴; PEDRO LUIZ PERINEI⁵; THAIS FERREIRA MARINHO⁶; LUIZ FERNANDO MELO⁷; FRANCISCO PACHECO DA SILVA⁸

1,3,4,5,7.HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS, TEIXEIRA DE FREITAS, BA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 8.HOSPITAL MUNICIPAL DE MEDEIROS NETO, MEDEIROS NETO, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE KARTAGENER; DISCINESIA CILIAR; BRONQUIECTASIA

Introdução: A Síndrome de Kartagener foi descrita em 1933 e possui caráter autossômico recessivo com incidência em cerca de 1:40.000. É composta por imobilidade ciliar, sinusite, bronquiectasias, situs inversus e infertilidade -Todas as estruturas que contêm cílios, como espermatozoides e trompas de Falópio, tem sua função comprometida - caracterizando-se clinicamente, por história de infecções de repetição do trato respiratório superior e inferior, otite média, bronquiectasia e rinosinusite. **Objetivos:** Relatar caso de Síndrome de Kartagener em paciente do sexo feminino.

Relato de Caso: Paciente feminina, 37 anos, casada, do lar. Procurou pronto-atendimento com quadro de dispnéia, tosse e sibilos. História Patológica: tosse crônica e sinusite de repetição desde a infância. História Fisiológica: Infertilidade(G:0 P:0 A:0). Ao exame, estava levemente dispnéica e apresentava unha em “vidro de relógio” em esboço de baqueteamento digital. Presença de sibilos expiratórios esparsos na ausculta pulmonar associada à localização atípica do ictus cordis e focos clássicos em hemitórax direito no exame cardíaco. Radiografia de tórax evidenciou dextrocardia(figura.1) Espirometria: Distúrbio ventilatório obstrutivo leve sem resposta broncodilatadora. A tomografia de tórax(figura.2 e 3) revelou situs totalis inversus mais bronquiectasias cilíndricas e císticas na lingula, com focos de impação mucóide configurando aspecto de “árvore em brotamento” e a tomografia de seios da face(figura.4), espessamento mucoso dos seios etmoidais, esfenoidais e maxilares, estes últimos com níveis líquidos associado.

Tratamento instituído consistiu em antibioticoterapia oral, corticóide oral na fase aguda e corticóide inalatório contínuo na fase de manutenção, imunização contra vírus H1N1, influenza e pneumococo, com boa resposta clínica e encaminhamento à clínica de fertilização. **Conclusão:** A Síndrome de Kartagener estaria incluída como subgrupo de discinesia ciliar, sendo diagnóstico inconfundível, pois engloba situações de fácil verificação clínica e radiológica.

P0054 PERFIL MICROBIOLÓGICO DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS

RAQUEL ESTEVES SALLES; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; THIAGO THOMAZ MAFORT; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; ELIZABETH DE ANDRADE MARQUES; WALTER COSTA; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; ROGÉRIO RUFINO

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; PERFIL MICROBIOLÓGICO; PSEUDOMONAS AERUGINOSA

Introdução: A piora da expectoração crônica dos pacientes com bronquiectasias costuma se relacionar com a intensificação dos sintomas respiratórios e com a deterioração da qualidade de vida. Alguns autores sugerem que a interrupção do ciclo vicioso através do uso de antibióticos de largo espectro e fisioterapia respiratória pode apresentar um impacto positivo na evolução clínica desses pacientes. A determinação do perfil microbiológico do paciente com bronquiectasias úmidas é fundamental para orientação terapêutica. **Objetivos:** Analisar o perfil microbiológico dos pacientes com bronquiectasias úmidas. **Métodos:** No ambulatório de bronquiectasias da UERJ/HUPE, 16 pacientes concordaram em fornecer material para análise microbiológica, no período intercrise. Não estavam em uso de antibióticos. Este material era obtido no dia da consulta e prontamente encaminhadas ao laboratório. Todas as culturas para germes piogênicos foram quantitativas. Também foi avaliado o crescimento de fungos e micobactérias em meios próprios. Os pacientes com fibrose cística foram excluídos do estudo. **Resultados:** A maioria dos pacientes desta amostra é do sexo feminino (62%), a média de idade é de 52,7+17,2 anos, e 7 pacientes tem história de tuberculose pulmonar tratada. Os achados radiográficos/tomográficos foram muito variáveis, mas apenas um paciente não apresentava lesões bilaterais. Nenhum paciente apresentou BAAR positivo e nenhuma cultura foi positiva para micobactérias. Apenas 1 paciente apresentou cultura negativa para piogênicos. Um paciente apresentou amostra positiva para *Aspergillus* sp, além da presença de *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*. A *Pseudomonas* foi a bactéria mais frequentemente (75%) encontrada, sendo da cepa mucóide em 7 pacientes e não mucóide em 5. A cultura para *Staphylococcus aureus* foi positiva em 3 pacientes (18%) e para *Haemophilus influenzae* em 2 (12,5%). Outros microorganismos encontrados foram *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Acinetobacter* spp e *Streptococcus* do grupo D. **Conclusão:** A positividade de crescimento bacteriano no escarro de pacientes com bronquiectasias foi muito alta (97%) e predominou o achado de *Pseudomonas aeruginosa*.

P0055 ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE BRONQUIECTASIA E DE ASMA NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ASMÁTICO

SONAYRA BRUSACA ABREU¹; IVO ROBERTO DOS SANTOS CARDOSO²; FLORENIR GLÓRIA DA SILVA PAES³; VÍTOR RAFAEL PIRES LINDOSO⁴; VALESKA BRITO DA CUNHA⁵; REINALDO IZIDÓRIO DOS SANTOS FILHO⁶; VINÍCIUS MARTINS VALOIS⁷; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA⁸

1,2,4,5,6,7,8.UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL; 3.UNICEUMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; ASMA; SINTOMAS

Introdução: Bronquiectasia é uma enfermidade caracterizada por dilatações anormais e definitivas de um ou mais brônquios em decorrência da destruição dos componentes elástico e muscular de sua parede. Enquanto isso, a asma é definida como doença inflamatória das vias aéreas associada à hiperreatividade e à obstrução das mesmas, porém reversível espontaneamente ou com medicações. Ambas as enfermidades cursam com episódios recorrentes de dispnéia, tosse, síbilo e aperto no peito. A semelhança do quadro clínico entre elas é responsável por ocasionais diagnósticos de bronquiectasias em programas especializados em asma ou até mesmo subdiagnósticos, sendo enquadradas como asma de difícil controle. **Objetivos:** Fazer uma comparação entre a prevalência dos principais sintomas clínicos de asma e de bronquiectasia. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, comparativo entre 60 fichas de pacientes com diagnóstico de asma segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Manejo em Asma e 60 fichas de pacientes com diagnóstico de bronquiectasia do Programa de Assistência ao Paciente Asmático - PAPA. As fichas-prontuário utilizadas no trabalho forma referentes à ficha de admissão. **Resultados:** Dos 60 pacientes com bronquiectasia 51,7% apresentam tosse a maior parte da semana (5 a 7 dias); 46,67% têm produção de escarro a maior parte da semana (5 a 7 dias); 13,33% apresentam dispnéia vários dias na semana (2 a 4 dias); e 18,33% sibilância em vários dias na semana (2 a 4 dias). Quando analisado os prontuários dos pacientes com asma verificou-se que 25 (41,66%) apresentavam qualquer um dos sintomas em menos de duas vezes por semana. Para os que apresentavam frequência maior que essa (58,34%), foi observado que a tosse e a dispnéia estavam presentes na maior parte da semana em 65,71%, síbilo em 28,57%; e escarro em 34,28%. **Conclusão:** O quadro clínico de bronquiectasia foi mais intenso do que o encontrado em pacientes asmáticos, indicando uma maior morbidade para essa afecção. No entanto, pode-se observar a semelhança dos sintomas encontrados em cada enfermidade, evidenciando a necessidade de investigação de casos de bronquiectasias em programas de educação especializados em asma.

P0056 IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA; PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; CÁSSIO RAFAEL DE MELO; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA; LUIZA HELENA DEGANI COSTA; LUIZ AUGUSTUS PEREIRA COSTA; RODRIGO BARBOSA UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIAS; DEFICIÊNCIA IMUNE; INFECÇÃO DE REPETIÇÃO

Introdução: Imunodeficiência primária definida por redução dos níveis séricos de IgG associada a baixos níveis de IgM e IgA. Afeta 1 em cada 25 mil indivíduos com início tipicamente

antes dos 30 anos. Estes indivíduos são suscetíveis a infecções por germes encapsulados principalmente no trato respiratório, doença pulmonar crônica está presente em 50% dos indivíduos e é caracterizada por bronquiectasias secundárias a infecções recorrentes. Relato: JGR, 61 anos, natural e procedente de Cambuí MG, comerciante. Procurou o hospital com tosse, sibilância, dispnéia progressiva e emagrecimento de 10Kg há 2 meses. Antecedente de sibilância e infecções de repetição na infância com diagnóstico de Deficiência de Imunoglobulina Comum e Variável há 14 anos em acompanhamento ambulatorial. Uso prévio de terapia empírica para tuberculose pulmonar mesmo com pesquisa negativa no escarro. Em uso irregular de gamaglobulina (IgG). Ex tabagista 20 anos/maço. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, hipocorado + /4+, afebril; AR: murmúrio vesicular presente com roncos difusos, f 22 irpm, SpO2 88%; ACV: bulhas rítmicas sem sopros, FC 90 bpm, PA 120 x 70 mmHg; abdome e extremidades sem alterações. TC de tórax: linfonodomegalia subcarinal, brônquios de paredes espessadas e calibre aumentado, micronódulos centrolobulares com distribuição peribrônquica, aspecto de árvore em brotamento, áreas de impatção mucóide em lobos inferiores e perfusão em mosaico. PFP: distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado sem resposta ao BD. Internado por desconforto respiratório e hipoxemia e iniciada investigação de perda de peso IgA e IgM abaixo do limite inferior da normalidade, com níveis séricos de IgG normais. Pesquisa de M. tuberculosis no escarro negativa. EDA para investigação de emagrecimento evidenciou gastrite erosiva grave de antro; 2 lesões úlcero-infiltrativas na incisura gástrica, profundas e hiperemiadas. Anatomopatológico compatível com adenocarcinoma gástrico tipo difuso de moderado grau. As equipes de gastrocirurgia e oncologia indicaram conduta cirúrgica gastrectomia total com esofagectomia. Entretanto, paciente optou por tratamento clínico frente ao alto risco cirúrgico. Segue em quimioterapia ambulatorial. **Discussão:** O acometimento gastrointestinal é comum em indivíduos com esta imunodeficiência, principalmente doença inflamatória intestinal. Doenças auto-imunes, trombocitopenia e neoplasias (linfoma não Hodgkin e adenocarcinoma gástrico) são descritas. O manejo desses pacientes inclui diagnóstico precoce, reposição de imunoglobulinas, rastreio de neoplasias e tratamento de infecções. A evolução para bronquiectasias altera drasticamente o curso da doença com maior mortalidade.

P0057 DISCINESIA CILIAR PRIMÁRIA – RELATO DE DOIS CASOS

RODOLFO BORGES CARVALHO DE SOUZA¹; SOLANGE DE MORAIS MONTANHA²; CARLOS ALBERTO FERREIRA³; RUBENS DARIO MOURA JUNIOR⁴

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO-GROSSO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER (HJUM), CUIABÁ, MT, BRASIL; 3,4. HOSPITAL SÃO MATHEUS, CUIABÁ, MT, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; TRANSTORNOS DA MOTILIDADE CILIAR; INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

Introdução: A discinesia ciliar primária (DCP) é uma doença hereditária autossômica recessiva com incidência de 1:15-30.000 indivíduos, que em geral se apresenta com sinusopatia crônica, bronquiectasia, infertilidade e dextrocardia, esta última presente em 50% dos casos, formando a Síndrome de Kartagener completa. A DCP causa deficiência no transporte de secreções em todo o trato respiratório,

favorecendo a instalação de infecções e o surgimento de bronquiectasias e suas consequências. O diagnóstico é feito com base no quadro clínico-radiológico e confirmado pela microscopia eletrônica. O tratamento se baseia no controle das infecções secundárias e em medidas de suporte. Neste trabalho, relatamos dois casos de DCP. **Objetivos:** Relatar dois casos de Discinesia Ciliar Primária e revisar literatura. **Métodos:** Revisão de prontuário de pacientes do serviço de pneumologia do Hospital São Matheus (HSM) em Cuiabá-MT. **Resultados:** Relato de Casos: 1) ZO, 39 anos, masculino, casado, em acompanhamento ambulatorial no HSM desde agosto/2005, sintomático desde o primeiro ano de vida, com quadro crônico de tosse e secreção nasal, história de pneumonia e sinusite de repetição, infertilidade, com testes negativos para fibrose cística, tuberculose, HIV, deficiência de alfa-1 antitripsina e para distúrbios imunes (contagem de linfócitos T e B, dosagem de imunoglobulinas, avaliação da produção ativa de anticorpos, todos normais), apresentando espirometria com distúrbio ventilatório misto grave, espermograma com espermatozoides imóveis e TC tórax com bronquiectasias difusas, cilíndricas, varicosas e císticas, com bolhas gigantes à direita. Após 4 anos de acompanhamento, pela piora gradativa do quadro e devidos critérios, foi indicado o transplante pulmonar, realizado com sucesso em Porto Alegre-RS. 2) JBS, 19 anos, masculino, solteiro, história de sinusite e pneumonia de repetição, TC seios da face revelando sinusopatia, TC tórax com dextrocardia e bronquiectasias difusas, principalmente em regiões inferiores, espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo moderado e queda da capacidade vital; espermograma com ausência de espermatozoides. Continua em acompanhamento ambulatorial, em tratamento conservador, sem indicação de transplante até o momento. **Conclusão:** A discinesia ciliar primária, também conhecida como Síndrome de Kartagener, é uma doença rara, de caráter hereditário, causadora de importante morbidade, principalmente pelo acometimento do trato respiratório inferior, levando a bronquiectasias. O acompanhamento contínuo e multidisciplinar é essencial e o tratamento é de suporte, com sintomáticos, antibióticos e fisioterapia respiratória. O prognóstico e a morbidade são variáveis, por vezes requerendo o transplante pulmonar como único tratamento efetivo em casos mais graves. Deve entrar no rol de diagnósticos diferenciais dos quadros de infecções de repetição do trato respiratório, principalmente se associadas à dextrocardia e infertilidade.

P0058 INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS NO RISCO DO PORTADOR DE BRONQUIECTASIAS NÃO-FIBROCÍSTICAS SER FUMANTE NA VIDA

GRACIANE LAENDER MOREIRA; BEATRIZ MARTINS MANZANO; FERNANDO SERGIO STUDART LEITAO FILHO; AMÍLCAR MARCELO BIGATÃO; MAGALI ROCHA; VALDECIR MARVULLE; JOSÉ R. JARDIM; SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS

AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE BRONQUIECTASIAS-PNEUMOLOGIA/UNIFESP E PREV-FUMO-PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIAS; TABAGISMO; PREDITORES

Introdução: As defesas contra infecções respiratórias estão diminuídas nos fumantes, tornando estes indivíduos mais suscetíveis a doenças respiratórias. A prevalência do tabagismo em indivíduos com DPOC e asma já foi reportada, no entanto pouco se sabe sobre a prevalência, o histórico e os possíveis fatores que podem influenciar no comportamento

tabagístico de pacientes com bronquiectasias. **Objetivos:** Avaliar a influência de variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, nível de escolaridade e classificação sócio-econômica) no comportamento tabagístico (estado, consumo, idade de iniciação e tempo de exposição) em portadores de bronquiectasias não-fibrocísticas. **Métodos:** Avaliados portadores de bronquiectasias (confirmadas por TCAR de Tórax), de etiologia não-fibrocística (casos de Fibrose Cística diagnosticados por dosagem de sódio e cloro no suor, método lontoforesc por Pilocarpina). Estado tabagístico categorizado em: fumantes na vida (número de ex-fumantes + fumantes atuais) e nunca fumantes. As informações sobre o histórico tabagístico, nível de escolaridade e nível sócio-econômico (Classificação Brasil) obtidas por questionário de avaliação inicial. Para a comparação do estado (fumante na vida e nunca fumante) e perfil tabagístico (idade de início, consumo de cigarros e tempo de tabagismo) com as variáveis sócio-demográficas foram utilizados o teste qui-quadrado e Regressão Logística para o cálculo do Risco Relativo (RR). Para as variáveis com diferença significativa, na análise de regressão logística múltipla, foi calculado a razão de chance. O nível de significância estatística adotada foi de 5%. **Resultados:** Avaliados 212 pacientes (idade $48,6 \pm 16,8$ anos) com bronquiectasias não-fibrocísticas: 88 homens (idade $49,1 \pm 17,3$ anos) e 124 mulheres (idade $48,3 \pm 16,5$ anos), sem diferença significativa entre idades ($p > 0,05$). Oitenta (37,7%) eram fumantes na vida e 132 (62,3%) nunca fumantes. Houve diferença significativa na proporção do estado tabagístico entre os sexos (proporção maior de fumantes na vida no sexo masculino, $p = 0,005$), faixas etárias (proporção maior de fumantes na vida na faixa etária maior ou igual a 40 anos, $p < 0,001$) e escolaridade (proporção maior de fumantes na vida entre os de escolaridade baixa, contra alta e média, $p < 0,001$). Não encontrada diferença significativa na classificação sócio-econômica ($p = 0,125$). O RR de portadores de bronquiectasias do sexo masculino, com idade igual ou maior a 40 anos e baixo nível de escolaridade ser fumante na vida é, respectivamente, 2,59 (IC 95%: 1,39-4,80); 3,59 (IC 95%: 1,64-7,84) e 2,29 (IC 95%: 1,14-4,61) vezes maior que mulheres, idade inferior a 40 anos e alto ou médio nível de escolaridade. **Conclusão:** Portadores de bronquiectasias não-fibrocísticas apresentam alta prevalência de tabagismo na vida; pacientes do sexo masculino, com idade igual ou superior a 40 anos e com baixo nível de escolaridade apresentam maior risco de serem fumantes na vida.

P0059 BRONQUIECTASIAS E INFECÇÃO PULMONAR POR MYCOBACTERIUM ABCESSUS - UM RELATO DE CASO

GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; MAIRA CAROLINA OLIVEIRA GARCÊZ; RICARDO BENETI; LEONARDO FANTINATO MENEGON; JOSÉ MAURÍCIO SANTOS CRUZ

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIAS; MYCOBACTERIOSE ATÍPICA; TUBERCULOSE

Introdução: O *Mycobacterium abscessus* é um organismo comumente isolado do solo ou da água, cada vez mais reconhecido como importante patógeno humano, sendo de crescimento ou reprodução acelerada e muito resistentes a antibioticoterapia. Recentemente a associação de bronquiectasias e infecção crônica pelo *M. abscessus* tem sido

reconhecida como importante fator na morbi-mortalidade destes pacientes, especialmente portadores de Fibrose Cística. **Objetivos:** Descrevemos caso de paciente portadora de pulmão único - pneumectomia há 5 anos devido a destruição por bronquiectasias - com rápida deterioração clínica associada a presença de infecção por *M. abscessus*. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 21 anos, residente em Álvares Machado/SP, foi admitida na Enfermaria de Pneumologia do Hospital Regional de Presidente Prudente/SP com quadro clínico de tosse com expectoração purulenta, dispnéia aos pequenos esforços, febre e emagrecimento de 6kg em um mês. Apresentava-se em regular estado geral, notadamente desnutrida, levemente dispneica. À ausculta pulmonar notava-se murmúrio vesicular abolido em hemitórax D e diminuído em hemitórax E, com estertores finos em base E. Apresentava pneumonias recorrentes desde a infância, sendo hospitalizada na maioria das vezes. Durante as hospitalizações foram realizadas sorologia para HIV e PPD, sendo não reagentes, e dosagem de Sódio e Cloro no suor, com valores dentro da normalidade. Foi submetida a lobectomia inferior D aos 13 anos, devido a atelectasia. Aos 16 anos, realizou pneumectomia total direita. Em Janeiro de 2010 foi realizada amputação de coto brônquico devido processo inflamatório crônico, sendo realizada biópsia do material e culturas, e posteriormente, broncofibroscopia de controle com coleta de material e culturas, sendo estas positivas para *Mycobacterium abscessus*. Na ocasião da internação, após revisão do resultado das culturas, foi submetida a tratamento com Amicacina, Cefepime, Claritromicina e Ciprofloxacino durante 30 dias, apresentando melhora parcial do quadro. Foi então optado por manutenção de antibioticoterapia com Claritromicina, Ciprofloxacino e Doxiciclina, com programação de tratamento por no mínimo 6 meses - ainda em andamento. **Conclusão:** Apresentamos caso clínico de paciente portadora de pulmão único e bronquiectasias com deterioração do quadro clínico devido à infecção por *Mycobacterium abscessus*. Oferecemos breve revisão da literatura sobre o tema.

P0060 PACIENTE PORTADOR DE BRONQUIECTASIAS POR DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

DANIELA TAÍSA FUDO; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; VANESSA ALVES DE LIMA; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; DÉBORAH MADEU PEREIRA; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI; MAURO GOMES; ROBERTO STIRBULOV
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO PAULO-SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DEFICIÊNCIA; ALFA-1 ANTITRIPSINA; BRONQUIECTASIAS
Introdução: A alfa-1 antitripsina é uma proteína produzida principalmente no fígado e atua como uma antiprotease, tendo como principal função degradar a elastase neutrofílica. A deficiência de alfa-1 antitripsina é um distúrbio genético, e caracteriza-se principalmente pela mutação do alelo Z, que determina a polimerização. PiMM significa níveis normais da enzima, já no genótipo PiMZ há redução parcial dos níveis da proteína referida e, por fim, em PiZZ há redução acentuada dos níveis da mesma. O acúmulo da proteína nos hepatócitos, decorrente desta alteração genética, leva à doença hepática por diminuição da sua excreção. Já a sua redução leva à doença pulmonar, principalmente sob a forma de enfisema (há descrição de alguns casos de bronquiectasia e infecções pulmonares de repetição). O diagnóstico pode ser feito pela dosagem de

alfa-1 antitripsina sérica. Além do tratamento usual para DPOC, existe atualmente uma terapia de reposição da proteína, porém ainda sem eficácia clínica definitivamente comprovada, além do problema do custo-efetividade. **Relato de Caso:** AJR, 40 anos, branco, desempregado, natural da Bahia, procedente de SP QD: tosse com catarro e falta de ar. Paciente refere tratamento para tuberculose pulmonar durante 3 anos (sem diagnóstico confirmado) há 30 anos. Refere tosse produtiva crônica e dispnéia progressiva com exacerbações frequentes e uso de antibioticoterapia. Exame físico: Regular estado geral, dispnéico, emagrecido, MV pouco diminuído com EC, roncos e sibilos esparsos, sat O2 94% ar ambiente. **Evolução:** Durante acompanhamento ambulatorial, diagnosticado bronquiectasias e realizado triagem para etiologia. Evidenciado deficiência de alfa 1 antitripsina, genótipo ZZ. Iniciado azitromicina, fisioterapia respiratória e reposição de alfa 1 antitripsina com melhora da sintomatologia. Contra-indicado transplante pulmonar por dificuldade técnica. **Conclusão:** Apesar da reposição de alfa 1 antitripsina não ser comprovadamente eficaz, foi observado uma melhora significativa dos sintomas do paciente desde iniciada tal terapêutica.

P0061 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE KARTAGENER

CINTHIA REGINA MIRANDA MEDAGLIA; DANIELLE DE PAULA E SILVA CARNEIRO; FERNANDA COSTA AGUIAR; CARINA MARIA ALFREDO; MAYRA MANFRON; FLAVIA TANAKA DE OLIVEIRA; GABRIELLA MIOTTO SCHNORR; GABRIELA TRAIANO
PUC, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: KARTAGENER; BRONQUIECTASIAS; SINUSITE

Introdução: A discinesia ciliar primária possui caráter genético autossômico recessivo, decorrendo de alterações na estrutura ciliar das mucosas do trato respiratório, ouvido médio, ventrículos cerebrais, trompas uterinas e espermatozoides. Como consequência os cílios têm desde atividade lentificada até imobilidade ciliar. As manifestações clínicas características incluem infecções recorrentes de vias aéreas e a presença de situs inversus (parcial ou total) associada à infecção sinusobronquial crônica, as quais decorrem da estase de muco e secreções. Desenvolvem-se com o tempo bronquiectasias e DPOC. **Objetivos:** É evidente que a qualidade de vida dos portadores da discinesia ciliar primária é inferior se comparada à de pessoas saudáveis, já que os pacientes tornam-se vítimas de internamentos frequentes, inclusive em UTIs e possuem gastos elevados com antibióticos e outros medicamentos na busca de melhora clínica. O objetivo deste trabalho foi demonstrar, através de um relato de caso, a possibilidade de um paciente portador desta síndrome, mesmo em casos mais raros como na presença de situs inversus totalis, possuir uma boa qualidade de vida e um bom prognóstico, quando em acompanhamento adequado e quando conscientizado sobre a importância da aderência fiel ao tratamento. **Métodos:** Paciente portadora de Síndrome de Kartagener, diagnosticada desde de 1993 devido a queixas frequentes de tosse produtiva e dispnéia desde a infância. Ao exame de precórdio, percebeu-se ictus situado ao lado direito. Realizado tomografia de tórax que evidenciou situs inversus totalis, bronquiectasias e sinais de pneumopatia inflamatória nos lobos inferiores direito e lingula. Tomografia de seios da face revelou sinusite recorrente. Espirometrias sequenciais mostraram prova de função pulmonar absolutamente

normais em todo o período de acompanhamento. Durante a evolução do quadro, até 2010, a paciente apresentou apenas dois episódios de pneumonia, tratadas ambulatoriamente. Apresentou episódios de bronquite bacteriana sendo isolado *Pneumococos* e *N. Catarrhalis*. Tratada clinicamente com antibióticos (cefalosporinas e quinolonas), agonistas B2 inalatório e fisioterapia respiratória. **Resultados:** A paciente mantém-se em bom estado geral apenas com tratamento clínico de manutenção, sem necessidade de internamentos e complicações que levem a cuidados intensivos. Apresenta qualidade de vida comparável a de indivíduos saudáveis, sendo mãe de três filhos e realiza suas atividades de vida diárias de forma ativa e satisfatória. **Conclusão:** A discinesia ciliar primária cursa na maior parte dos casos com alteração de função pulmonar, infecções, em raros casos, afecções neurológicas. Percebe-se que o reconhecimento pelo paciente da gravidade de sua doença, dos sinais de exacerbações, que podem ser controlados se identificados precocemente, e da importância de sua boa adesão ao tratamento e ao acompanhamento médico, podem evitar evoluções desfavoráveis e internamentos.

P0062 SÍNDROME DE KARTAGENER

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR¹; ANA CAROLINA BARRETO DA SILVA²; ANGELO FERREIRA SILVA³; AMANDA BARRETO SILVA⁴; ANDRÉ BARRETO SILVA⁵; RODRIGO VIANA CABRAL⁶

1,2,6.UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL, TUBARÃO, SC, BRASIL; 3.HOSPITAL LARA RIBAS- HU, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 4.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE-UNIPAC, LAGES, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE KARTAGENER; SÍNDROME DE KARTAGENER; BRONQUIECTASIA CENTRAL

Introdução: A Síndrome de Kartagener foi descrita em 1933, caracterizando a tríade composta por pansinusite crônica, bronquiectasia e situs inversus com dextrocardia, como uma patologia distinta. A Síndrome de Kartagener é um subtipo de Discinesia ciliar primária (DCP), a qual é uma doença hereditária, determinada pela alteração de proteínas que compõe o epitélio respiratório e são responsáveis por sua movimentação ciliar. A DCP por ser uma doença autossômica recessiva, tem prevalência de aproximadamente 1/20.000, em 50% dos casos está associada a tríade de Kartagener e acomete ambos os sexos. **Objetivos:** O Objetivo deste trabalho é relatar, um caso de Síndrome de Kartagener, o qual é característico na história clínica e achados radiográficos, e evidenciar a importância da malformação situs inversus para o precoce diagnóstico e assim melhor prognóstico para o paciente. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo baseado em um relato de caso feito com um paciente portador de Síndrome de Kartagener, proveniente do Hospital Universitário Ermani Polydoro São Thiago - HU de Santa Catarina - situado em Florianópolis. **Relato de Caso:** Paciente masculino de 16 anos, branco, natural e procedente de Florianópolis. Procurou auxílio médico, por queixar-se de dispnéia progressiva e em repouso. Na evolução, tosse constante e produtiva, com secreção nasal, rinorréia perene e otites. Paciente com história de sinusite crônica, pneumonias de repetição e crises de sibilância desde a infância e malformação situs inversus totalis constatada aos 12 anos de idade. **Resultados:** Na radiografia de seios da face evidenciam-se pansinusite e pólipos nasais. À radiografia de tórax além de situs inversus, caracteriza-se

também a hiperinsuflação dos pulmões. Na tomografia computadorizada de alta resolução de tórax apresentou-se bronquiectasia central nas duas bases pulmonares, sem contudo apresentar atelectasias. A partir dos exames, o diagnóstico da Síndrome de Kartagener pode ser estabelecido com a tríade que o caracteriza: sinusite crônica, situs inversus e bronquiectasia central, o qual é relatado no caso. Em apenas 50% dos casos de pacientes com Discinesia ciliar primária a Síndrome de Kartagener ocorre. Afinal, nem sempre os casos de DCP estão associados a situs inversus, não se enquadrando assim na Síndrome de Kartagener. Por isso se diz que essa Síndrome é apenas um dos subtipos da DCP, pois a metade dos casos não apresentam a malformação situs inversus no quadro clínico. **Conclusão:** O diagnóstico de situs inversus é de extrema importância quando há suspeita por Discinesia ciliar primária, sugerindo então a Síndrome de Kartagener, a qual se baseia na tríade: sinusite crônica, bronquiectasia central e situs inversus. Porém, só em 50% dos casos a DCP está associada a situs inversus, necessitando então de atenção para não vincular a DCP apenas a malformação e excluir o possível diagnóstico.

P0063 PROPRIEDADES VISCOELÁSTICAS DO MUCO BRÔNQUICO DE PACIENTES COM BRONQUIECTASIAS APÓS TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

GRACIANE LAENDER MOREIRA¹; ERYC MARA CIPULO RAMOS²; DIONEI RAMOS³; JOSÉ R. JARDIM⁴

1,4.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3.UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIA; MUCO; VISCOSIDADE

Introdução: Diversas doenças respiratórias agudas e crônicas estão associadas à retenção de secreção nas vias aéreas devido ao aumento na produção de muco e/ou disfunção no transporte mucociliar. Para facilitar o transporte e consequentemente diminuir a retenção de secreção pulmonar, diferentes técnicas fisioterapêuticas respiratórias tem sido utilizadas. Estudos avaliaram a efetividade das técnicas drenagem postural (DP), tapotagem (TAP), tosse técnica (TT) e outros tipos de tosse, como o huffing. No entanto, o tempo de aplicação e a qualidade do muco expectorado por elas, merecem ser mais elucidados. **Objetivos:** Avaliar a efetividade da DP, TAP, huffing e TT por meio da avaliação da quantidade (mensuração do peso úmido e seco do muco brônquico) e qualidade (propriedades viscoelásticas) do muco respiratório removido por estas técnicas. **Métodos:** 22 pacientes estáveis com bronquiectasias (6 homens; média de idade de 51,5 anos), foram submetidos a quatro sessões com intervalo de 48 horas. Em cada sessão o paciente era orientado a tossir até expectorar todo o volume de secreção possível a cada vinte minutos, em quatro períodos (basal, 20 minutos, 40 minutos e 60 minutos). A primeira sessão foi denominada de controle (CONT) e não era realizada nenhum tipo de técnica fisioterapêutica. Em cada uma das três sessões subsequentes foi realizada a técnica de DP associada a um tipo específico de tosse e/ou conduta (DP+TT; DP+TAP+TT e DP+huffing); sendo a técnica aplicada em três períodos de vinte minutos contínuos, intercalados por dez minutos de repouso (20 minutos, 40 minutos e 60 minutos). A conduta fisioterapêutica era escolhida de maneira aleatória, de forma que os pacientes não fossem submetidos à mesma sequência. No início (basal) e ao final de cada período (20, 40 e 60 minutos) coletava-se o muco expectorado para posterior

análise da sua viscoelasticidade, por meio do viscosímetro duplo capilar. Para a comparação da relação peso seco e peso úmido, viscosidade e elasticidade, entre os períodos avaliados (basal, 20 minutos, 40 minutos e 60 minutos), foi utilizado o teste de Friedman. E para comparação destas variáveis entre as condutas aplicadas (CONT, DP+TT, DP+TAP+TT e DP+huffing), foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** As técnicas DP+TAP+TT e a DP+huffing foram mais eficazes que a TT e DP+TT para a remoção de maior quantidade de secreção, sendo que a DP+TAP+TT foi a técnica mais efetiva para remover maior quantidade de muco, em menor período de sessão. Adicionalmente foi a associação da DP+TAP+TT que removeu muco mais viscoelástico. **Conclusão:** A associação de DP+TAP+TT foi a conduta que removeu maior quantidade de secreção em menor período de sessão, além de remover o muco com pior perfil reológico.

P0064 BOLA FÚNGICA PULMONAR – AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO.

HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS; FABIO NISHIDA HASIMOTO; MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; RENATO DE OLIVEIRA; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO
UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BOLA FÚNGICA; BRONQUIECTASIA; CIRURGIA TORÁCICA

Introdução: A cirurgia para a ressecção pulmonar em síndromes supurativas tem sido realizada com frequência, principalmente no Brasil onde a Tuberculose ainda se destaca como uma infecção prevalente. As cirurgias são indicadas quando se somam seus sintomas respiratórios com as evidências de alterações parenquimatosas pulmonares irreversíveis, sejam bronquiectasias, destruições pulmonares, bolas fúngicas, entre outras. Muitos destes pacientes tem antecedentes de tratamento para Tuberculose e apresentam como principais sintomas a hemoptise e/ou a pneumonia de repetição. **Objetivos:** Análise retrospectiva das cirurgias para ressecções pulmonares indicadas por síndromes supurativas com infecção fúngica associada. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente os prontuários dos pacientes com síndromes supurativas e doenças fúngicas operados nesta instituição no período de agosto de 2005 a agosto de 2010. **Fatores de inclusão:** dados completos nos arquivos, como antecedentes, dados peri-operatórios e da evolução clínica. Foram incluídos somente pacientes com diagnóstico de infecção fúngica, confirmada pelo o anatomopatológico. **Resultados:** Neste período foram operados 85 pacientes com o diagnóstico síndrômico de supuração pulmonar e dentre eles foram selecionados 21 pacientes com o diagnóstico de doença fúngica. A média de idade foi de 47,57 anos (8 a 64 anos), sendo dezessete (80%) do sexo masculino e apenas quatro (19%) do sexo feminino. O principal sintoma do pré-operatório foi hemoptise e muitos deste pacientes tinham o antecedente de tratamento para a Tuberculose há pelo menos dois anos. Todos foram submetidos a algum tipo de ressecção pulmonar: quatro segmentectomias (19%), onze lobectomias (52,35%), duas bilobectomias (9,65%) e quatro pneumonectomias (19%). Em dezessete casos (80,95%) se confirmou a presença de *Aspergillus sp*, em três (14,28%) o *Actinomyces sp* esteve presente e em um caso (4,76%) houve a evidência de Zigomicose pulmonar. As complicações dos pós-operatórios foram escape aéreo prolongado, empiema, necessidade de pleurostomia, entre outras.

Destaca-se o óbito na mesma internação de três pacientes (14,28%), dois deles submetidos à pneumonectomia e outro a segmentectomia. **Discussão:** As cirurgias para síndromes supurativas, em destaque para as bolas fúngicas, merecem atenção pelas dificuldades operatórias encontradas. Normalmente são ressecções pulmonares trabalhosas devido às aderências e aos sangramentos de regiões inflamatórias crônicas. Desta forma apresentam maiores chances de complicações pós-operatórias, principalmente pelas condições clínicas e nutricionais dos pacientes. Apesar das dificuldades, a necessidade do tratamento operatório é evidente pela baixa resolatividade de outros Métodos. A associação com embolização pré-operatória ainda não esta definida, mas pode ser uma alternativa interessante. Nesta série constatamos uma elevada mortalidade (14,28%), principalmente associada à pneumonectomia.

P0065 BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROCÍSTICAS: PERFIL DE PACIENTES NO PRIMEIRO ANO DE FUNCIONAMENTO DE UM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA.

MARA RÚBIA FERNANDES DE FIGUEIREDO; RAFAELA ELIZABETH BAYAS QUEIROZ; TÂNIA REGINA BRIGIDO DE OLIVEIRA; ROSINELI LEOPOLDINO DE OLIVEIRA; NATÁLIA PAULA GOMES; EANES DELGADO BARROS PEREIRA

HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIAS NÃO FIBROSE CÍSTICA; CENTRO DE REFERÊNCIA; PERFIL DE PACIENTES

Introdução: Os estudos sobre o perfil dos pacientes com bronquiectasias não fibrose cística são poucos e incompletos. É importante que estes pacientes sejam acompanhados em centros de referência com equipe multidisciplinar assim como ampliar números de bons estudos nesta área. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos pacientes atendidos no primeiro ano de funcionamento de um ambulatório de bronquiectasias não fibrocísticas em um hospital de referência para doenças pulmonares. **Métodos:** Análise descritiva do perfil da população encontrada no Ambulatório de Bronquiectasias do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart em Fortaleza – Ceará no seu primeiro ano de funcionamento de junho de 2009 a junho de 2010. Foram incluídos neste período 158 pacientes com diagnóstico clínico e tomográfico de bronquiectasias, pacientes Fibrocísticos diagnosticados não foram referenciados para este ambulatório, assim como crianças. Avaliamos então o perfil epidemiológico, clínico, microbiológico, imagem, função pulmonar, e diagnóstico etiológico desta população de bronquiectásicos. **Resultado:** Do total de 158 pacientes 69 % eram mulheres, com 54 (+/-16) anos da idade atual, tendo início da doença aos 28 (+/-21) anos de idade, 35% (n=56) eram ex tabagistas. Principais sintomas encontrados na história da doença foram tosse produtiva 81% (n=129), hemoptise 29% (n=47) dos pacientes e destes 12% (n=6) foram volumosas impondo risco de vida, episódio de dispnéia mesmo que apenas nas exacerbações foi referido por 85% (n=135) dos pacientes. 64% apresentaram mais que 4 exacerbações ao ano, necessitando de antibioticoterapia. Cultura semiquantitativa de escarro ou quantitativa de LBA n=69 pacientes: Negativo em 42% (n=29), *Pseudomonas aeruginosa* 40% (n=28), *H.influenza* 10%(n=7) e outros em 8%(n= 5). Espirometria realizada em 103 pacientes: 15% normais, 66% padrão obstrutivo (30% obstrução leve, 16% obstrução moderada e 20% obstrução grave) destes 14,5% com resposta a BD,

9% restritivo e 10% distúrbio misto (Grave). Na Tomografia Computadorizada de Tórax de Alta resolução encontramos formas : Cilíndricas isoladas (25%), Císticas isoladas (16%) e varicosas (4%) , Conjuntas císticas e varicosas(19%) , fibroatelectasias e bronquiectasias de tração(36%) . Etiologias encontradas : Pós tuberculose 37% e outras pos infecciosas 13%, Discinesia Ciliar (4,5%) , outras condições associadas (7%) como Artrite Reumatóide, DRGE , Deficiência de Imunoglobulina, Traqueobroncomegalia , Micobacteriose atípica , ABPA . Causa indefinida 39%. Conclusão: 1.A população estudada necessita de seguimento em centro de referência visto sua complexidade através da condição clínica, funcional, de imagem e microbiológica encontrada. 2.Esta é uma primeira amostra de um bom número de pacientes que agora conhecemos seu perfil e podemos estudar mais apuradamente para definir suas causas ainda idiopáticas e também elaborar e executar pesquisas científicas futuras.

P0066 TRAQUEOBRONQUIOMEGALIA (SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN)

THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; FELIPE VIEIRA; CHRISTIANE CARVALHO; SAMIA RACHED; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; REGINA DE CARVALHO PINTO; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRAQUEOBRONQUIOMEGALIA; BRONQUIECTASIAS; MOUNIER-KUHN

Introdução: A síndrome de Mounier-Kuhn, também chamada de traqueobroncomegalia, é uma entidade rara, congênita, caracterizada pela dilatação anormal da traquéia e dos brônquios principais em face da atrofia das fibras elásticas e redução da camada de músculo liso. Pode haver divertículos entre os anéis cartilagosos em face da fragilidade do tecido músculo-membranoso. **Métodos:** Série de três casos desta rara síndrome que fazem acompanhamento no ambulatório de Bronquiectasias do Hospital das Clínicas da FMUSP. **Resultados:** A idade variou entre 50-70 anos, ambos os sexos, referindo sintomas desde a infância e história de infecções de vias aéreas de repetição. Os quadros variam desde tosse seca a episódios de hemoptise e dispnéia aos esforços. Todos eram acompanhados previamente por diagnósticos diversos (doença pulmonar cística, asma, bronquiectasias). O volume espiratório forçado no 1º segundo (VEF1) é inversamente proporcional às queixas, sendo o menor no valor de 0,76ml (28% do predito) e consequentemente com MRC 4 e exacerbações frequentes. As imagens das alterações parenquimatosas revelam bronquiectasias difusas císticas, traqueomegalia e divertículos de traqueia, sendo o diâmetro médio da traquéia em torno de 4,5cm . O tratamento instituído dependeu do grau de obstrução e exacerbações dos pacientes, incluindo broncodilatadores, corticóides inalatórios, macrolídeos, fisioterapia respiratória e vacinação, nenhum dos pacientes utiliza oxigenoterapia suplementar. **Conclusão:** Trata-se de uma causa rara de bronquiectasia na qual caracteriza-se dilatação de vias aéreas proximais. O diagnóstico depende da demonstração do aumento do diâmetro traqueal. Na radiografia de tórax convencional, notadamente no perfil, é possível notar o alargamento da coluna de ar traqueal, mas o aumento das dimensões da traquéia e brônquios principais é melhor caracterizado na tomografia computadorizada de tórax, tendo-se em conta os diâmetros normais previstos. Não existe tratamento efetivo, senão aquele preconizado para as bronquiectasias.

P0067 BRONQUIOLITE FOLICULAR: RELATO DE CASO

RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; VANESSA ALVES DE LIMA; DANIELA TAÍSA FUDO; DÉBORAH MADEU PEREIRA; JOSÉ GUSTAVO BARIAN ROMALDINI; MAURO GOMES; ROBERTO STIRBULOV
IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO PAULO-SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITES; FOLICULAR; BRONQUIECTASIAS

Introdução: A bronquiolite folicular caracteriza-se pela presença de folículos linfóides hiperplásicos com centros germinativos reativos distribuídos ao longo do feixe broncovascular, devido resposta a estímulos imunes extrínsecos ou alterações da resposta imune sistêmica. Raramente há extensão para o interstício pulmonar, em infiltrado pulmonar. Geralmente os casos de bronquiolite folicular estão associados com condições clínicas subjacentes, como doenças associadas ao colágeno ou vasculites. Há ainda os casos associados a imunodeficiências, além das idiopáticas. O quadro clínico pode ser bastante variado, sendo mais comum dispnéia progressiva. Na TCAR podem-se encontrar nódulos centrolobulares, além de opacidades em vidro fosco e áreas de atenuação em mosaico, caracterizando distúrbio ventilação-perfusão. O diagnóstico de certeza é feito por biópsia. O tratamento quase sempre é direcionado à doença de base (quando há), e no uso de corticoterapia em altas doses, e, em casos refratários, imunossuppressores, como azatioprina ou a ciclofosfamida. **Relato de Caso:** Paciente S.S.S., sexo feminino, sem antecedentes morbidos conhecidos, aos 4 anos iniciou quadro de dispnéia progressiva aos moderados esforços. Apresentava à ausculta pulmonar murmúrios vesiculares fisiologicamente distribuídos com estertores crepitantes difusos, predominantemente em ambas as bases pulmonares. À TC da época sem alterações significativas, com Prova de Função Pulmonar (PFP) com distúrbio ventilatório combinado sem resposta a bronco-dilatador. Aos exames laboratoriais: Testes Imunológicos negativos, FAN, Anti-DNA, ANCA, Anti-cardiolipina e HIV não reagentes, Imunoglobulinas, Pesquisa de Cloro no Suor e Alfa-1 Antitripsina normais. Realizou biópsia a céu aberto aos 6 anos, com diagnóstico anátomo patológico compatível com Bronquiolite Folicular. Paciente continuou acompanhamento ambulatorial e, mesmo com indicação de transplante pulmonar, recusou submeter-se a tal procedimento cirúrgico. Hoje com 23 anos, apresenta à TCAR bronquiectasias difusas e bilaterais, predominando nos campos pulmonares inferiores; múltiplas opacidades em árvore em brotamento bilaterais, mais evidentes nos campos pulmonares inferiores, compatíveis com impactação mucóide; além de áreas de atenuação em mosaico. À PFP, mantendo distúrbio ventilatório combinado, porém evoluindo clínica e hemodinamicamente estável, com apenas uma internação hospitalar por exacerbação nos últimos 5 anos, e em uso de imunomodulador (azitromicina) e oxigenioterapia noturna (apesar da indicação de 24hs/dia - paciente má aderente) com relato de melhora do quadro, e, agora, na fila de transplante pulmonar.

P0068 EFEITO DA TÉCNICA DE PRESSÃO EXPIRATÓRIA POSITIVA OSCILANTE SOBRE A TRANSPORTABILIDADE E ÂNGULO DE ADESÃO DO MUCO DE BRONQUIECTÁSICOS.

RAFAELA CAMPOS CUISSI; RAFAEL SAUCEDO DOMINGUES; RAFAELA BONFIM; LUCIANA CRISTINA FOSCO; ALESSANDRA CHOQUETA DE TOLEDO; ERCY MARA CIPULO RAMOS; DIONEI RAMOS

FCI-UNESP, PRES. PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIAS; DEPURAÇÃO MUCOCILIAR; ESCARRO.

Introdução: O epitélio respiratório produz continuamente muco e juntamente com o movimento ciliar garantem a integridade do sistema respiratório. Uma redução da depuração mucociliar e produção excessiva de muco podem levar a infecções recorrentes e inflamação crônica e predispor a doenças respiratórias como a bronquiectasia. Dentre os dispositivos que a fisioterapia respiratória dispõe para terapias de higiene brônquica, tem-se o aparelho de oscilação de alta frequência associada à pressão expiratória positiva (Flutter VRP1®), muito utilizado em quadros hipersecretivos como a bronquiectasia. Modelos experimentais in vitro que o utilizaram demonstraram que diversas variáveis, como por exemplo, a pressão expiratória e tempo de execução, influenciam o efeito da técnica sobre o muco brônquico. No entanto, são escassos os trabalhos realizados in vivo que associam o efeito dessas variáveis sobre a transportabilidade do muco brônquico. Portanto, tornam-se necessários estudos in vivo, que por meio da análise do muco brônquico, investiguem uma forma de utilização capaz de gerar maiores benefícios dessa técnica de higiene brônquica. **Objetivos:** Analisar o efeito do dispositivo Flutter VRP1® realizado de forma contínua com pressão expiratória de 15 cmH₂O, sobre o ângulo de adesão e a transportabilidade pela tosse do muco brônquico de pacientes bronquiectásicos. **Métodos:** Foram avaliados nove pacientes (cinco homens) com bronquiectasia, clinicamente estáveis, com média de idade de 54,5 ± 15,7 anos; VEF1/CVF = 58,1 ± 12,7% e CVF = 74,2 ± 26%. O muco brônquico foi coletado por escarro em quatro momentos: antes de qualquer procedimento (T0), após a primeira tosse voluntária durante a execução da técnica (T1), após 20 minutos de realização da técnica (T20) e, finalmente, após período de descanso de 20 minutos (T40). Para garantir a manutenção da pressão expiratória de 15 cmH₂O foi utilizado um bucal acoplado a um manovacuômetro. O muco coletado foi conservado a -20°C em tubos plásticos eppendorf's que continham óleo mineral para evitar o ressecamento das amostras. Posteriormente, foram realizadas análises das amostras por meio do deslocamento do muco na máquina simuladora da tosse e da medida do ângulo de adesão. Diante da normalidade dos dados, foi realizado teste t de Student não pareado. **Resultados:** Houve uma redução estatisticamente significativa (p<0,01) para a medida do ângulo de adesão nos tempos T1, T20 e T40 (7,93 ± 3 graus vs. 11,5 ± 8,7 graus vs. 12,28 ± 10 graus, respectivamente) em relação ao T0. Em relação à transportabilidade pela tosse não houve diferença estatisticamente significativa entre os momentos T0, T1, T20 e T40 (média e desvio padrão: 13,4 ± 5,8 cm vs. 13,2 ± 6,2 cm vs. 16,8 ± 6,8 cm vs. 13,7 ± 5 cm, respectivamente). **Conclusão:** Em pacientes bronquiectásicos estáveis a utilização do dispositivo Flutter VRP1® realizado de forma contínua com pressão expiratória de 15 cmH₂O melhorou o ângulo de adesão do muco brônquico, reduzindo-o.

P0069 REGRESSÃO DO HIPOCRATISMO DIGITAL EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO TRATADOS CIRURGICAMENTE E REVISÃO DA LITERATURA

JOSÉ DA SILVA MOREIRA; MARLENE HAAS; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA; JOSÉ CAMARGO; JAMES FLECK

PAVILHÃO PEREIRA FILHO-SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPOCRATISMO DIGITAL; BAQUETEAMENTO DIGITAL; ÂNGULO HIPONIQUEAL

Objetivos: Estudar e documentar através de avaliações objetivas a ocorrência de regressão do hipocratismo digital (HD) em pacientes portadores de câncer de pulmão cirurgicamente tratados, e revisar a literatura sobre o assunto. **Métodos:** Sessenta e um pacientes com câncer de pulmão não de pequenas células - 40 com e 21 sem hipocratismo digital - foram tratados por cirurgia de ressecção pulmonar, 11 deles (18,0%) recebendo posteriormente também radioterapia. No pré e no pós-operatório imediato (7º dia), recente (18º dia) e tardio (após 90 dias), o ângulo hiponiquial (AH) e a relação entre as espessuras falangeana distal e interfalangeana (EFD/EIF) foram determinados sobre imagens da projeção da sombra de dedos indicadores em perfil. Revisão (1954-2007) sobre reversão do HD foi também efetuada. **Resultados:** Do pré-operatório ao pós-operatório tardio, o ângulo hiponiquial diminuiu de 200,5±5,0º para 193,3±6,8º (p<0,001), e a relação EFD/EIF de 1,014±0,051 para 0,956±0,045 (p<0,001), no grupo de 40 pacientes com hipocratismo. Em 33 (82,5%) destes pacientes, ambas as medidas diminuíram, mas em 7 - seis com evolução desfavorável - os valores não se reduziram. Nos 21 pacientes sem hipocratismo, tanto o AH (184,5±5,5º) como a relação EFD/EIF (0,937±0,046) permaneceram inalterados após a cirurgia. De 1954 a 2007 foram encontradas 33 referências com 52 casos em que a regressão do HD, observada em diversas condições clínicas, foi explicitamente referida, 5 das quais em câncer de pulmão. **Conclusão:** O hipocratismo digital em câncer de pulmão regride na maioria dos casos após tratamento efetivo do tumor, o que pode também ocorrer com outras condições.

P0070 METÁSTASES PULMONARES DE COLANGIOCARCINOMA (TUMOR DE KLATSKIN):UM RELATO DE CASO

LILIAN RECH PASIN; PAULO JOSÉ Z. TEIXEIRA; SAMANTA MADEIRA DE OLIVEIRA; FERNANDA WALTRICK MARTINS; EDUARDO HERMES; LEONARDO HAAS SIGNORI; ENEMARA CRISTIANE PRETTO

ISCMPA/PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: METÁSTASE PULMONAR; COLANGIOCARCINOMA; TUMOR DE KLATSKIN

Introdução: Colangiocarcinoma(CC) corresponde a 3% das neoplasias malignas do TGI e 2/3 surgem na confluência dos ductos hepáticos(Tumor de Klatskin).É mais prevalente em homens entre 50 e 70 anos.Mais de 90% são adenocarcinomas,possuindo crescimento lento,alta taxa de invasão local,sendo metástases a distância incomuns.**Relato de Caso:** S.K,56 anos,branco,procedente de Três Coroas/RS. Previamente hígido,iniciou com dispnéia progressiva há 7 meses associado à tosse seca,dor ventilatório-dependente,inapetência e emagrecimento de 5Kg/2 meses.Ex-tabagista há 32 anos.Ao exame físico,mucosas hipocoradas;ausculta pulmonar com MV diminuído,sem RA e dor à palpação de hipocôndrio direito. À TC Tórax,presença de diversas opacidades nodulares,com atenuação em vidro

fosco de predomínio no lobo superior esquerdo(LSE) e,por vezes,com áreas de escavação central;lesões consolidativas nas regiões corticais do LSE e na base pulmonar direita;pequeno derrame pleural e/ou espessamento pleural à direita.Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve,sem resposta broncodilatadora.Fibrobroncoscopia sem lesões vegetantes e colapso traqueobrônquico moderado a tosse(Lavado brônquico e Broncoalveolar negativos para fungos,bactérias e BAAR).Ecografia abdominal:fígado com dimensões normais,contornos regulares e textura homogênea;vias biliares sem sinal de dilatação;veia porta com 1 cm.Exames laboratoriais demonstraram:TGO 116,TGP 162,GGT 2757,FA 614,Bilirrubina Total 0,8 e direta 0,5;marcadores virais negativos.Foram realizadas RNM de abdome superior e colangio-ressonância:proeminência da via biliar intra-hepática com acentuado estreitamento da via biliar com formação tissular associada do nível da confluência dos ductos hepáticos principais e segmento proximal do hepatocolédoco;a lesão envolve a porção mais distal da veia porta e segmentos proximais dos ramos portais direito e esquerdo,com importante estreitamento da luz;pequeno trombo no interior do ramo portal esquerdo. Procedeu-se à minitoracotomia esquerda,tendo-se ao exame anatomopatológico:embolização arterial em parênquima pulmonar por adenocarcinoma bem diferenciado,associado a trombos em organização e eventual pequeno infarto;imuno-histoquímica com CK-7,CK 20 e Vilina positivos,compatíveis com metástase de adenocarcinoma,de possíveis sítios primários:trato GI,vias biliares e pâncreas.Diagnosticado CC,do tipo adenocarcinoma bem diferenciado,com trombo neoplásico em ramo portal esquerdo e embolia neoplásica pulmonar;T3N1M1-Estadio IV.Contra-indicada cirurgia de ressecção tumoral,sendo efetuado tratamento paliativo.Faleceu 4 meses após o diagnóstico. Conclusão:Colangiocarcinoma é uma neoplasia de curso insidioso,com sobrevida média em 5 anos de 5 a 10%.Na literatura,estudos com autópsias de pacientes com CC ditam a presença de metástases em 75 a 80%,sendo sítios mais comuns gânglios regionais,fígado e peritôneo. Metástases pulmonares são mais raras,estando presentes em 10 a 15% dos casos em estudos relatados.

P0071 TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO

IGOR BASTOS POLONIO; DÉBORAH MADEU PEREIRA; ROBERTO GONÇALVES; ROBERTO SAAD JÚNIOR
SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARCINÓIDE; ATÍPICO; BRÔNQUICO

Paciente MCF, 31 anos, branca, professora do ensino médio, natural e procedente de São Paulo, Capital. Paciente deu entrada em consulta ambulatorial em dezembro de 2009 com história de 4 dias de febre, dor pleurítica à esquerda, tosse com expectoração amarelada. Antecedente de asma desde a adolescência em tratamento irregular com formoterol e budesonida. Internação em junho de 2009 em outro serviço devido a pneumonia bacteriana, por 15 dias, recebendo alta sem intercorrências. Exame físico: Bom estado geral, febril: 38o.C, acianótica, PA: 120x80; FC: 96 bpm; FR: 24 IRPM. Ap respiratório: diminuição do murmúrio vesicular em base esquerda, com sopro brônquico, sibilos localizados em hemitórax esquerdo. Ap cardiovascular: bulhas rítmicas, sem sopro. Abdome e extremidades sem alterações. Realizada radiografia de tórax, que revelou opacidade retrocardíaca compatível com atelectasia de lobo inferior esquerdo.

Tomografia de tórax evidenciando formação tumoral de 1,5 cm em brônquio principal esquerdo, obliterando brônquio de lobo inferior esquerdo que se encontrava atelectasiado. Broncoscopia com lesão polipóide, de grandes dimensões sésil com coloração vinhosa, sangrante ao toque do aparelho e localizada em porção distal do brônquio principal, obstruindo brônquio de lobo inferior. Biópsia compatível com neoplasia neuroendócrina sem mitoses por campo de grande aumento. Realizado então toracotomia a esquerda com lobectomia inferior esquerda e resultado compatível com tumor carcinóide brônquico atípico com 3 mitoses por campo microscópico, sem linfonodos acometidos. Paciente evoluiu bem no pós operatório, sem intercorrências em seguimento ambulatorial, sem evidências de recidiva tumoral.

P0072 COMPARAÇÕES ENTRE PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO COM IDADE SUPERIOR E INFERIOR A 80 ANOS

LUIZ FERNANDO AZAMBUJA; CÁSSIO RAFAEL DE MELO; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; ILKA LOPES SANTORO; MEYER ISBICKI; SERGIO JAMNIK

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS; IDADE ACIMA DE 80 ANOS

Introdução: Aproximadamente metade dos pacientes com câncer de pulmão tem idade superior a 70 anos. Recentemente, maior atenção vem sendo dada em pacientes com mais de 70 anos. Mesmo assim, encontram-se poucos estudos de pacientes com mais de 80 anos de idade. **Objetivos:** Descrever as principais características dos portadores de câncer de pulmão com idade igual ou superior a 80 anos e comparar com outros pacientes mais jovens. **Métodos:** Estudo retrospectivo, onde para cada doente com idade igual ou superior a 80 anos foram selecionados, aleatoriamente, dois pacientes com idade inferior a 80 anos. O material foi colhido do banco de dados do ambulatório de oncopneumologia da UNIFESP entre 2002 e 2008. Foram colhidos dados sobre sexo, história de tabagismo, tipo histológico, comorbidades, índice de Karnofsky e tratamento. Foram realizadas análises estatísticas com teste do qui-quadrado. **Resultados:** Foram selecionados 29 pacientes com idade igual ou maior de 80 anos e 55 com idade inferior. Não houve diferenças significativas entre os pacientes portadores de câncer de pulmão e idade igual ou maior de 80 anos comparando com os de idade inferior em relação a porcentagem de pacientes do sexo masculino (51,7% x 50,9%), porcentagem de pacientes tratados (44,8% x 47,3%) e índice de Karnofsky (76,90 ± 14,66 x 78,73 ± 14,91). Houve diferenças na porcentagem de pacientes tabagistas (65,5% x 74,5%) e na presença de comorbidades (13,8% x 29,2%). Adenocarcinoma foi o tipo histológico mais frequente nos dois grupos (54,5% x 55,2%). **Conclusão:** Não se observaram diferenças significativas em nenhuma das variáveis analisadas.

P0073 RELATO DE CASO: TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA E DERRAME PLEURAL

CÁSSIO RAFAEL DE MELO; SERGIO JAMNIK; ILKA LOPES SANTORO; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS; FABIO NISHIDA HASIMOTO; BRUNO GUIMARÃES SILVA; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA; FELIPE DE GALIZA BARBOSA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE PLEURA; DERRAME PLEURAL; MASSA PULMONAR

Introdução: Tumor Fibroso Solitário (TFS) de Pleura é uma rara neoplasia mesenquimal, cuja histogênese não é totalmente esclarecida. Cerca de 65% desses tumores originam-se da pleura visceral e 35% da pleura parietal. A incidência é de 2,8 casos por 100.000 internações hospitalares. O quadro clínico depende do tamanho e localização, podendo ser assintomático ou causar dispnéia, tosse, dor torácica e até síndromes paraneoplásicas como hipoglicemia e osteocondropatia. **Relato de Caso:** C.J., 52 anos, masculino, não tabagista, procurou nosso serviço por dispnéia aos grandes esforços há um mês. Negou outros sintomas respiratórios. Passou em avaliação em outros serviços, onde foi detectado derrame pleural e realizado repetidas toracocenteses, cujo líquido pleural mostrou exsudato (PT 6,4g/dl; albumina 3,1g/dl; LDH 308U/L), citologia oncológica negativa e biópsia pleural compatível com lipossarcoma bem diferenciado. A RNM e TC de tórax revelaram massa pulmonar, heterogênea, de contornos definidos, ocupando metade inferior do hemitórax direito, medindo cerca de 19cm, com desvio das estruturas mediastinais e derrame pleural. A broncoscopia mostrou sinais de compressão extrínseca em L1D. Foi submetido à pneumonectomia direita, com identificação de tumoração de 2689 g, cujas biópsias e imunohistoquímica foram compatíveis com tumor fibroso solitário com margens cirúrgicas coincidentes com a pseudo-cápsula tumoral. Não se identificaram metástases e o paciente segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Em virtude de raridade, o diagnóstico de TFS de pleura nem sempre é óbvio e os diferenciais incluem tumores de pulmão, lipoma, fibrossarcoma, neurinoma e metástases pleurais. Derrame pleural é uma apresentação incomum e ocorre em apenas 10% dos casos e geralmente com características de exsudato. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica e em 87% dos casos não há necessidade de tratamentos adicionais. No entanto, é necessário vigilância pois até 13% podem apresentar invasão e recorrência locais.

P0074 APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO: RELATO DE UM CASO

IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO; HYLAS PAIVA DA COSTA FERREIRA; PEDRO SALES LIMA DE CARVALHO; ROMERO DE LIMA FRANÇA; HILKEA CARLA DE SOUZA MEDEIROS LIMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: APRESENTAÇÃO CLÍNICA; ATÍPICA; ADENOCARCINOMA

Introdução: Mundialmente o câncer de pulmão corresponde a 13% de todas as neoplasias¹. Os tumores não-pequenas células, correspondem a 85% de todos os tumores malignos de pulmão, sendo o adenocarcinoma seu principal representante^{2,3}. Este, responde por cerca de 40% dos tumores de pulmão, causando sintomas que dependem do seu tamanho e localização. Os principais são: tosse, hemoptise, dispnéia, sibilos, dor e rouquidão⁴. Conforme a literatura, metástases cerebrais de câncer de pulmão foram mais frequentes em pacientes com adenocarcinoma^{5,6,7} e além do tipo histológico, o tamanho do tumor primário e o comprometimento de linfonodos intratorácicos, também contribuem para aumentar a probabilidade de metástases cerebrais^{5,7}. **Objetivos:** relatar um caso de adenocarcinoma pulmonar com metástases cerebrais múltiplas, tendo parestesia na planta do pé direito, como única manifestação

clínica. **Métodos:** homem, 59 anos, tabagista - 200 maços/ano - procura pneumologista para fazer avaliação clínico-radiológica. Assintomático respiratório. O único sintoma referido na anamnese foi uma parestesia na planta do pé direito e ao exame físico: ausculta pulmonar normal e adenomegalia cervical esquerda, endurecida, fixa e indolor. Foram solicitadas radiografia de tórax (RXT), espirometria com broncodilatador e avaliação cirúrgica para biópsia de gânglio cervical. Uma semana após consulta com pneumologista, antes de procurar o cirurgião, apresentou parestesia de todo o membro inferior direito que evoluiu para hemiparesia direita, levando-o a procurar neurologista. Após ressonância nuclear magnética do encéfalo (RNM), realizou tomografia computadorizada de tórax (TCT), cintilografia óssea, tomografia computadorizada de abdome (TCA) e biópsia ganglionar cervical esquerda, confirmando o diagnóstico. **Resultados:** RXT: pequena opacidade mal definida em 1/3 inferior do pulmão direito. Espirometria com broncodilatador: normal. TCT: lesão com densidade de partes moles, em base pulmonar direita, justa-mediastinal, subpleural e com espessamento de septos interlobulares neste mesmo local. Presença de nódulos satélites em lobos médio e superior direitos e linfadenomegalias hilar e mediastinal. Cintilografia óssea e TCA: normais. RNM: múltiplas lesões nodulares em todo o encéfalo, sugestivas de metástases. Biópsia de gânglio cervical com imunohistoquímica: adenocarcinoma pouco diferenciado pulmonar metastático. Foi submetido a tratamento quimioterápico, com melhora da parestesia e diminuição dos implantes tumorais em novo exame de imagem. Atualmente evolui bem. **Conclusão:** Apesar de ser o mais comum dos tumores primários de pulmão, o adenocarcinoma é capaz de dar metástases à distância precocemente, apresentando muitas vezes como única manifestação clínica, um sintoma decorrente da metástase. Daí a importância de uma avaliação clínica criteriosa frente a um paciente tabagista, mesmo sem sintomas respiratórios.

P0075 CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR EM ACHADO RADIOGRÁFICO INCIDENTAL

THULIO MARQUEZ CUNHA¹; RODRIGO RESENDE PALHARES²; ERIKA CRISTINE TREPTOW³; MIGUEL KOITE RODRIGUES⁴; MAYRON FARIA OLIVEIRAS⁵; MARCIA GONÇALVES DE OLIVEIRA⁶; MAURO GOMES⁷; JOSE ALBERTO NEDER⁸

^{1,2,3,4,5,6,8}.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; ⁷.UNIFESP/HOSPITAL SAMARITANO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR; NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO; SCREENING

Introdução: Nódulo pulmonar solitário (NPS) é definido como lesão pulmonar intraparenquimatosa <3cm de diâmetro. 90% são achados radiológicos com prevalência de 8-51% e apresentam risco para neoplasia (30%). Os diagnósticos diferenciais são tumores malignos (primário de pulmão, tumor carcinóide e metástase) e tumores benignos (granulomas infecciosos e hamartomas). A abordagem do paciente deve basear-se na probabilidade de câncer, tamanho, tabagismo, idade e características da margem do nódulo na imagem. A conduta geral é acompanhamento com imagem e ressecção cirúrgica se média/alta probabilidade para malignidade. **Relato de Caso:** Sexo feminino, 47 anos, ex-tabagista 30 maços/ano com cessação há 2 anos, assintomática. Procurou pneumologista em consulta de rotina com relato por perda recente de irmão com câncer de pulmão. Trouxe RaioX

de tórax com laudo normal. Avaliado cuidadosamente, notou-se imagem nodular de 1,5cm em ápice de pulmão direito. Solicitado TC de tórax que mostrou opacidade irregular em LSD com halo em vidro fosco, sem linfonodos regionais ou lesões satélites. Submetida à videotoracoscopia com segmentectomia pulmonar cuja congelção demonstrou malignidade. Realizada então lobectomia superior direita que confirmou adenocarcinoma bronquioloalveolar (BA). Discussão: As principais características de malignidade no NPS são idade, com relação crescente (65% acima dos 50 anos), e fatores de risco como tabagismo, história familiar e exposição ocupacional. Sinais radiológicos de malignidade são tamanho (0,2% de malignidade em NPS menores de 3mm e 50% em maiores de 20mm), margens e contornos (lisos, lobulados, irregulares, espiculados ou vidro fosco). Deve-se ressaltar que contornos regulares não excluem malignidade, pois 21% dos nódulos malignos mostram margens definidas. Outro aspecto na avaliação de NPS é presença de gordura ou padrões de calcificação, que sugerem causa benigna. Todos tipos de tumores pulmonares podem apresentar-se como NPS. O BA é mais comum seguido pelo de grande células e células escamosas. Os primeiros somam 50% dos NPS malignos e 20 a 25% carcinomas de células escamosas. Metástases representam 25% em pacientes com câncer extrapulmonar sendo mais comum metástases de melanomas, sarcomas e carcinomas de cólon, mama, rim e testículos. O câncer de pulmão vem aumentando em mulheres (50% das mortes) e o adenocarcinoma representa 50% dos casos. O BA é um tipo com localização periférica, citologia diferenciada, crescimento em septos alveolares, propagação aerogênica e linfática, com incidência de 5-24%. 38% apresentam-se como NPS periférico, assintomático. Cirurgia é o tratamento de escolha, preferível no estágio I a lobectomia. O prognóstico depende do estadiamento, com sobrevida média de 59, 42, 34 e 23 meses para os estádios IA, IB, IIA e IIB respectivamente. Outros fatores interferem na sobrevida: tamanho, histologia, marcadores moleculares, comorbidades e experiência do serviço.

P0076 LINFOMA PRIMÁRIO DE GRANDES CÉLULAS B MADIASTINAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

ELIANE VIANA MANCUZO; ANGELICA TAVARES PONTELHO NEVES; BRUNO DO NASCIMENTO ANTUNES; MARIA CECILIA ALVIM COSTA TEIXEIRA; MARIA CLARA FERRAZ DE ARAUJO; MELINA CERQUEIRA PEREIRA; SEPHORA FONSECA

HOSPITAL SEMPER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFOMA PRIMARIO DE GRANDES CÉLULAS B MADIASTINAL; TUMORES DO MADIASTINO; ICTERICIA

Introdução: O linfoma primário de grandes células B mediastinal acomete principalmente mulheres jovens entre 30 e 40 anos. Na sua evolução, apresenta crescimento rápido da massa e cursa com derrame pericárdico/pleural, síndrome da v. cava superior, elevação da desidrogenase láctica (DHL) e tendência a acometimento extra-nodal de locais como fígado, rins e sistema nervoso central. Essa entidade distingue do ponto de vista prognóstico, anatomo-patológico e genético do linfoma difuso de grandes células B, que representa o subtipo mais comum de linfoma não Hodgkin. Entretanto, a diferenciação clínica é mais difícil e sua demora pode acarretar em atraso de terapêutica adequada. **Objetivos:** relatar o caso de paciente com raro subtipo de linfoma não Hodgkin de acometimento

mediastinal internado em um hospital geral com icterícia a esclarecer. **Métodos:** descrever a história clínica e exames realizados durante a investigação diagnóstica de internado no período de abril a maio de 2010. **Resultados:** trata-se de M.P.A.R., 35 anos, previamente hígido, história prévia de uso de drogas, admitido no hospital com quadro de dor em hipocôndrio direito e icterícia (bilirrubina total=25, bilirrubina direta= ?), amilase de 2000. Inicialmente com hipótese de pancreatite. O paciente evoluiu sem queda de bilirrubinas e persistência da dor após 10 dias. Colangiopressonância mostrou lesão comprimindo colédoco a nível de hilo hepático e ecocardiograma transtorácico evidenciou derrame pericárdico de 600ml, anterior às câmaras direitas, com sinais de tamponamento cardíaco. Admitido no CTI do Hospital Semper com dor em hipocôndrio direito, icterícia (Bilirrubina total: 25) e estabilidade hemodinâmica. Realizada pericardiocentese, sem complicações. Tomografia (TC) de tórax e abdome evidenciaram grande massa mediastinal (18x12x8,5cm), com necrose central e invasão pericárdica e peritrapeal, linfonodomegalia mediastinal e 2 massas na cabeça do pâncreas (2 e 1,5cm). Na enfermaria submetido à colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com papilotomia e implante de prótese biliar que possibilitou melhora rápida da icterícia. Durante a internação, apresentou dor cervical importante à esquerda, turgência jugular bilateral, principalmente à direita e edema progressivo da face, sugerindo síndrome da veia cava superior. Angiotomografia dos vasos cervicais evidenciou trombose de veia jugular interna e subclávia esquerdas. Iniciado anticoagulação e corticoterapia. Biópsia mediastinal revelou linfoma de grandes células B mediastinal, CD20 positivo. Recebeu alta hemodinamicamente estável, com melhora do edema de face, sem dor abdominal ou cervical, para realizar quimioterapia. **Conclusão:** biópsia mediastinal revelou linfoma de grandes células B mediastinal, CD20 positivo.

P0077 LINFANGITE CARCINOMATOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

ELIANE VIANA MANCUZO; ANGELICA TAVARES PONTELHO NEVES; BRUNO DO NASCIMENTO ANTUNES; MARIA CECILIA ALVIM COSTA TEIXEIRA; MARIA CLARA FERRAZ DE ARAUJO; MELINA CERQUEIRA PEREIRA; SEPHORA FONSECA

HOSPITAL SEMPER, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CANCER DE PULMÃO; LINFANGITE CARCINOMATOSA; DISPNEIA A ESCLARECER

Introdução: Os pulmões estão entre os mais comuns locais para metástases de uma grande quantidade de neoplasias. A disseminação intersticial da neoplasia que se propaga através dos linfáticos pulmonares é conhecida como linfangite carcinomatosa (LC). A LC constitui aproximadamente 7% das metástases pulmonares e comumente não é diagnosticada sendo confundida com outras doenças intersticiais pulmonares. As alterações radiológicas incluem infiltrados lineares, dirigindo do hilo para as porções mais periféricas dos pulmões e pleura, com nódulos e vidro fosco. Linfadenomegalia hilar e mediastinal, além de derrame pleural, podem estar presentes. A LC manifesta-se geralmente com tosse, falta de ar e cansaço. Geralmente a evolução da LC é lenta e, frequentemente, acomete pacientes com tumores primários dos pulmões, mama, intestino, estômago, entre outros. **Objetivos:** relatar o caso de uma paciente internada em hospital geral com dispnéia

a esclarecer. Métodos: trata-se de paciente IRO, 61 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica. Após internação em setembro 2009 devido a hemorragia digestiva alta por úlcera péptica iniciou quadro de tosse seca e posteriormente dispnéia para grandes esforços. Nessa ocasião não foi realizada nenhuma investigação e nem foi utilizado nenhum tratamento. Entretanto, a paciente evoluiu com piora da dispnéia sendo admitida neste serviço em março de 2010 em insuficiência respiratória. Resultados: à admissão foram realizados exames laboratoriais (leucograma: global de leucócitos: 7.630, segmentados: 79%, linfócitos: 15%, monócitos: 6%, Hemoglobina:10,8, hemácias 4.500.000, Hematócrito:35,4, gasometria: PH:7,47, PCO2: 44 mmHg, PaO2:73 mmHg, StO2: 95%, HCO3: 33,1, BE:9,4) e radiografia de Tórax que evidenciou infiltrado intersticial bilateral difuso. Tomografia de tórax: espessamento do tecido conjuntivo peribroncovascular e septos interlobulares, pequeno derrame pleural bilateral, linfonodos mediastinais hilares.. Iniciado antibioticoterapia, broncodilatador e corticóide. A paciente evoluiu com piora da dispnéia sendo submetida a fibrobroncoscopia com biópsia transbrônquica sem Conclusão diagnóstica. Encaminhada então para a biópsia pulmonar e posteriormente transferida para o centro de tratamento intensivo(CTI) aonde foi entubada e iniciado ventilação mecânica. No CTI evolui com piora hemodinâmica e óbito confirmado em 13/04/2010. Conclusão: anátomo-patológico: fragmentos de pulmão apresentando freqüentes êmbolos tumorais de tamanhos variados em vasos linfáticos e também nas luzes de alguns alvéolos. As células tumorais mostram núcleos pelomórficos e citoplasma claro. Os achados histopatológicos são compatíveis com a hipótese clínica de linfangite carcinomatosa.

P0078 LINFOMA PRIMÁRIO PULMONAR - RELATO DE CASO

THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; FAUSTO MORABITO; DAVID LOPES LIMA CAVALCANTI COELHO; RAFAEL SILVA MUSOLINO; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; BRUNO GUEDES BALDI; THAIS MAUAD; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LINFOMA; LINFOADENOMEGALIA; CONSOLIDAÇÕES

Introdução: Linfoma pulmonar primário é muito raro, corresponde a menos de 4% dos linfomas extranodais e a 1% das neoplasias malignas pulmonares. Apresentam-se de forma indolente e assintomática, com sintomas pulmonares inespecíficos, ou sintomas relacionados ao acometimento secundário. Ocorrência de sintomas B são raros. Radiologicamente podem ser observados doença linfonodal, nódulos (escavados ou não), opacidades alveolares, acometimento do interstício septal, vidro fosco e, raramente, árvores em brotamento. Predileção pelo feixe broncovascular é característica. O diagnóstico deve ser histológico e imunofenotípico. Tratamento baseia-se em quimio e radioterapia. Caso clínico: Paciente masculino diabético, 69 anos, assintomático, em radiografia de tórax de rotina observou-se opacidades reticulares e alveolares bibasais. Exames laboratoriais normais. Tomografia computadorizada (TC) de tórax mostrava adenomegalias mediastinais, espessamento de septos interlobulares e consolidações em lobos inferiores. Biópsia transbrônquica: processo inflamatório crônico inespecífico. Evoluiu posteriormente com sudorese noturna, perda de peso e febre

baixa. Novos exames mostraram pancitopenia, elevação da desidrogenase láctica e piora da função renal. Nova TC de tórax e abdome constatou aumento das adenomegalias mediastinais, novas adenomegalias axilares, cervicais, supraclaviculares, intra-abdominais e retroperitoniais, e aumento das consolidações e do espessamento de septos interlobulares em lobos inferiores e médio. Nova biópsia transbrônquica constatou a presença de linfoma de grandes células B sem linfoma BALT associado. Resolvido por início de tratamento com esquema quimioterápico CHOP (Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina, Prednisona), apresentando boa resposta. Atualmente encontra-se em remissão de doença. Conclusão: O subtipo mais comum de linfoma primário pulmonar é originário do Tecido Linfático Associado ao Brônquio (BALT), normalmente uma neoplasia de baixo grau. Linfoma de grandes células B acometendo primariamente o pulmão é raramente observado, sendo mais comum sua ocorrência em pacientes imunossuprimidos. Associação entre linfoma BALT e linfoma de grandes células B foi observada, comportando-se como linfoma de baixo grau. O prognóstico do linfoma de grandes células B isolado é incerto, podendo ocorrer recidiva em 50 a 60% dos casos.

P0079 IMPACTO CLÍNICO DA INCORPORAÇÃO DA PET-FDG NO ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS

FAUSTO MORABITO1; RAFAEL SILVA MUSOLINO2; TERESA YAE TAKAGAKI3; JOSE CLAUDIO MENEGHETTI4; JOSE SOARES JUNIOR5

1,2,3.DISCPLINA DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4,5.SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PET; CÂNCER DE PULMÃO; ESTADIAMENTO

Introdução: Após o diagnóstico inicial de um câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC), um estadiamento TNM acurado é crucial para determinação da terapêutica adequada e estimativa mais fiel de seu prognóstico. Estadiamento não-invasivo foi substancialmente melhorado com o uso da tomografia por emissão de pósitron com 2-[18F] fluor-2-deoxi-D-glicose (PET-FDG). Um grande número de estudos de acurácia e metanálise demonstraram que a PET é superior à tomografia computadorizada (TC) para o estadiamento linfonodal mediastinal nos pacientes com CPNPC potencialmente operáveis. Além disso, após um estadiamento convencional negativo, metástases ocultas podem ser achadas pelo PET em 5-29% dos pacientes. Evitando-se, dessa forma cirurgias sem efeitos curativos. Sensibilidades e valores preditivos negativos foram comparáveis entre PET e mediastinoscopia para o estadiamento linfonodal mediastinal, entretanto o valor preditivo positivo da PET é menor devido a falso-positivos gerados por etiologias inflamatórias e infecciosas. No caso da PET mediastinal positiva, a biópsia é necessária para confirmar metástases linfonodais. Objetivos: Testar a hipótese de que a utilização da PET-FDG no estadiamento do CPNPC poderia evitar cirurgias não terapêuticas. Métodos: Estudo piloto prospectivo realizado entre junho de 2006 e janeiro de 2010 no Instituto Central e InCor do HC/FMUSP, com a realização de PET-FDG em pacientes com diagnóstico histológico de CPNPC potencialmente operáveis quando avaliados pelo estadiamento convencional. O estadiamento convencional consistia de TC de Tórax e Abdome Superior com contraste nos pacientes com estagio

I à IIb, além da realização de TC de crânio e cintilografia óssea com tecnécio, quando houvesse sintoma sugestivo de doença metastática nesses sítios ou do estagio III em diante, mesmo que assintomáticos. **Resultados:** Foi realizado PET-FDG em 90 pacientes com CPNPC, sendo que 57 destes eram potencialmente operáveis, quando avaliados pelo estadiamento convencional. A PET mudou o estadiamento em 41 (45%) dos 90 casos, aumentando a identificação de metástases e/ou linfonodos em 35 casos. Houve aumento na detecção de metástases à distância em 22 casos. No estadiamento mediastinal, em 34 casos ocorreu aumento do N. Em 31 (34%) dos casos, a realização da PET-FDG modificou a conduta. Das 57 cirurgias propostas, apenas 30 permaneceram indicadas após o estadiamento com a PET-FD. **Conclusão:** O PET-FDG é um instrumento efetivo para o estadiamento do CPNPC, modificando o estadiamento, dessa forma, alterando a conduta e o prognóstico, evitando cirurgias não terapêuticas.

P0080 TUMOR PRIMÁRIO DE TRAQUEIA – UMA NEOPLASIA RARA

ABDIAS BAPTISTA DE MELLO NETO; JOSÉ WELLINGTON ALVES DOS SANTOS; AYRTON SCHNEIDER FILHO; ROSEANE CARDOSO MARCHIORI; JANAÍNA TEIXEIRA GOMES MARTIGNONI; JULIANA KACZMARECK FIGARO; PAULO ROBERTO CANTELE; LEONARDO GONÇALVES MARQUES TAGLIARI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR PRIMÁRIO DE TRAQUEIA; TUMOR DE CÉLULAS ESCAMOSAS; NEOPLASIA

Introdução: Tumores primários de traquéia são patologias raras que possuem caráter maligno predominantemente em adultos. Dentre os tipos histológicos o carcinoma de células escamosas é o mais encontrado. Relatamos o caso de paciente masculino com carcinoma de células escamosas primário de traquéia. **Caso clínico:** Paciente masculino, 74 anos, natural e procedente de São Francisco de Assis (RS), agricultor aposentado, tabagista 60 maços/ano e etilista social. Apresenta-se com tosse e expectoração hemoptóica há 10 dias. Refere perda ponderal recente, disfonia e dispnéia aos moderados esforços de longa data. À tomografia de tórax evidencia-se lesão expansiva de 3,5 cm no maior diâmetro, envolvendo a traquéia distal, determinando abaulamento da parede posterior, com linfonodopatia mediastinal sendo a maior subcarinal com 4,3 cm de diâmetro, além de atelectasia subsegmentar em lobo inferior esquerdo. Prosseguiu-se investigação com fibrobroncoscopia flexível a qual evidenciou lesão na parede posterior do terço distal da traquéia comprometendo aproximadamente 60% da luz. Biópsia da tumoração revelou carcinoma de células escamosas com áreas de necrose. Exames complementares não evidenciaram sítios de tumores primários ou metastáticos. A lesão foi então classificada como tumor primário de traquéia. O paciente foi submetido à radioterapia paliativa para alívio de sintomas respiratórios obstrutivos, uma vez que o tumor foi considerado irresecável. **Discussão:** Tumores primários de traquéia são raros e geralmente malignos em adultos, ao passo que em crianças a maioria deles se mostra com caráter benigno. A incidência de tumores primários malignos de traquéia encontra-se em torno de 2,62 para cada 10.000 pacientes e corresponde a 0,02% de todas as malignidades. O carcinoma de células escamosas (CCE) é o tipo histológico mais comum em todas as faixas etárias acometendo principalmente

homens na sexta e sétima décadas de vida. Os sintomas são predominantemente relacionados a obstrução das vias aéreas, como tosse, dispnéia progressiva e hemoptise. O início de tosse com sibilância deve alertar o médico para a possibilidade de lesão traqueal. O diagnóstico diferencial deve-se fazer com outros tumores traqueais como tumores carcinóides, carcinoma mucoepidermóide, condroma, sarcoma e carcinoma adenóide cístico. O tratamento pode ser realizado por cirurgia, ressecção endoscópica e/ou radioterapia sendo esta última modalidade a indicada para aqueles CCE que sejam irresecáveis ou em pacientes sem condições cirúrgicas, como tratamento paliativo para alívio de sintomas. **Conclusão:** A ocorrência de sintomas relacionados com obstrução de vias áreas deve atentar o clínico para a possibilidade de tumor endotraqueal, uma vez que o diagnóstico precoce está relacionado ao prognóstico do carcinoma de células escamosas e sua terapêutica.

P0081 TUMOR DE ASKIN – RELATO DE CASO

ABDIAS BAPTISTA DE MELLO NETO; ROSEANE CARDOSO MARCHIORI; MARTA PIRES DA ROCHA; MAURICIO DE VARGAS SOARES; JANAÍNA TEIXEIRA GOMES MARTIGNONI; TÁSSIA KOLTERMANN; ROBERTA AMARAL BERTÃO; JULIANA KACZMARECK FIGARO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR DE ASKIN; TUMOR NEUROENDÓCRINO PRIMITIVO; NEOPLASIA

Introdução: O Tumor de Askin (TA) é uma entidade clinicopatológica única classificada no grupo dos tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET) que por sua vez tem sido incluído na família do Sarcoma de Ewing devido suas semelhanças biológicas. Têm origem neural, podendo comprometer o sistema nervoso central ou periférico. Relatamos o caso de uma paciente feminina com TA. **Caso Clínico:** Mulher branca, 50 anos, tabagista, apresentando dor em hemitórax direito e crescimento de massa subcutânea há 1 mês, em região infraescapular ipsilateral. Tomografia computadorizada de tórax evidenciava tumor de parede torácica de 2cm de diâmetro além de espessamento pleural adjacente. Ao exame físico, regular estado geral, lesão subcutânea em região infraclavicular direita, com aproximadamente 9cm em maior diâmetro. Ausculta respiratória apresentava diminuição dos murmúrios vesiculares em terço inferior direito. Após 15 dias de evolução a paciente persistia com dispnéia além de crescimento do tumor o qual atingiu 11cm, com surgimento de lesão em região frontal do crânio. Ressonância nuclear magnética de tórax mostrou lesão expansiva heterogênea em terço médio direito com invasão intratorácica e derrame pleural. Não havia evidências de lesão óssea associada ou linfonodopatia mediastinal. Biópsia incisional da lesão inicial revelou neoplasia maligna indiferenciada do grupo Sarcoma de Ewing/ Tumor Neuroendócrino Primitivo. A paciente evoluiu com pneumonia nosocomial e subsequente sepse respiratória. O desfecho clínico foi o óbito 3 meses após o início da sintomatologia. **Discussão:** O PNET de localização torácica recebeu a denominação de “Tumor de Askin”. Por definição ocorre na região toracopulmonar atingindo tecidos moles torácicos ou a periferia pulmonar de maneira agressiva. Acomete principalmente crianças e adultos jovens. A apresentação mais comum são tumores de base pleural que crescem invadindo e deslocando o pulmão e mediastino no sentido medial, sendo o sintoma mais precoce a sensação de dispnéia progressiva. O TA tende a recorrer

localmente e usualmente metastatiza para ossos, pulmões, pleuras, sistema nervoso central, cadeia simpática, glândulas adrenais, fígado e órbitas. O diagnóstico diferencial é feito com Sarcoma de Ewing, neuroblastoma, rabdomiossarcoma e linfomas. Não parecem existir grandes diferenças histológicas entre TA e Sarcoma de Ewing ósseo localizado fora dos campos toracopulmonares. Somente a imunohistoquímica é capaz de diferenciar PNET de outras neoplasias de pequenas células redondas. Proteína S-100, HNK-1 e NSE são mais específicas para o grupo PNET. O achado de Rosetas de Homer-Wright ao exame anatomopatológico e qualquer um destes marcadores positivos confirmam o diagnóstico de PNET. A terapêutica está condicionada pela extensão local do tumor e a despeito de intensivo tratamento com quimioterapia, ressecção cirúrgica e/ou radioterapia, o prognóstico é reservado, permanecendo a mediana da sobrevida em apenas oito meses.

P0082 ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO MIMETIZANDO UM CâNCER DE PULMÃO

JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; FLORA KAZUMI IKARI; SUELI MAYUMI NIKAEDE

INSTITUTO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA TORÁCICA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CORPO ESTRANHO; CâNCER DE PULMÃO; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Introdução: Aspiração de corpo estranho (ACE) é um acidente observado comumente em crianças e idosos que apresentam fatores predisponentes, tais como, distúrbios neurológicos, dentição precária e consumo de álcool. É uma condição infrequente em adultos saudáveis. Nestes, o corpo estranho pode permanecer indetectável por meses ou até mesmo por anos e apresentar manifestações clínicas inespecíficas, tais como dispnéia, sibilância, febre ocasional e diminuição do murmúrio vesicular na região afetada. Por essa razão, a presença de um corpo estranho na árvore brônquica pode ser erroneamente interpretada como asma, bronquite, pneumonia e até câncer de pulmão. Seu diagnóstico precoce é importante como forma de impedir as inevitáveis sequelas pulmonares. Em casos suspeitos a broncoscopia é o exame mandatório. **Objetivos:** Ilustrar o assunto em discussão mostrando caso de nossa casuística. **Métodos:** Apresentação de caso clínico de ACE em paciente idoso e encaminhado a serviço de referência para diagnóstico, por hipótese clínica de neoplasia pulmonar. **Resultados:** Paciente masculino, 67 anos, branco encaminhado a Serviço de Oncopneumologia com forte suspeita de câncer de pulmão. Referiu, na admissão, quadro de tosse esporádica, sibilância e dispnéia aos esforços, desde há cinco meses. Negava febre e perda ponderal. Ausência de história que levasse a suspeitar de ACE. Ex-fumante 20 anos/maço. Hipertensão arterial controlada de longa data. Trouxe Raio-X de Tórax que mostrava condensação em lobo inferior esquerdo compatível com atelectasia. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou massa associada a atelectasia lobar inferior esquerda. Indicada broncofibroscopia que visualizou uma estrutura pontiaguda de consistência pétrea em brônquio fonte esquerdo, cuja base se encontrava fixa à sua porção distal. Não foi possível removê-la, mas a primeira hipótese formulada foi de um corpo estranho de natureza a ser esclarecida. O CE foi retirado através de broncoscopia rígida e o material removido tratava-se de um fragmento de osso. **Conclusão:** ACE em pacientes idosos deve estar

incluído no diagnóstico diferencial de imagens radiológicas de natureza obstrutiva, mesmo na ausência de história que identifique aspiração de corpo estranho. Como neste caso, a broncoscopia é procedimento de extrema importância para o seu diagnóstico e tratamento.

P0083 CARCINOMA BRÔNQUICO DE PULMÃO

ANGELO FERREIRA SILVA1; ANA CAROLINA BARRETO DA SILVA2; AMANDA BARRETO SILVA3; ANDRÉ BARRETO SILVA4; RODRIGO VIANA CABRAL5; ANGELO FERREIRA SILVA JÚNIOR6

1.HOSPITAL LARA RIBAS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2,5,6. UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL, TUBARÃO, SC, BRASIL; 3.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE-UNIPLAC, LAGES, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA BRÔNQUICO DE PULMÃO ; CâNCER DE PULMÃO; TABAGISMO

Introdução: O Carcinoma Brônquico de Pulmão é o mais comum dos tumores malignos de pulmão, apresentando um aumento por ano de 2% na incidência mundial. A mortalidade para essa patologia é elevada e o prognóstico está relacionado com a fase em que é diagnosticada. O tabagismo é principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão, sendo responsável por 90% dos casos desse tumor. Entretanto, há casos em que indivíduos que não fazem uso do tabaco, apresentam a patologia. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é além de relatar um caso da doença em questão, característico na história clínica, achados radiográficos e exames laboratoriais, ressaltar a importância do diagnóstico precoce dessa patologia. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo baseado em um relato de caso feito com um paciente portador de Carcinoma Brônquico de Pulmão, proveniente do Hospital Nossa Senhora da Conceição – HNSC de Tubarão em Santa Catarina. **Relato de Caso:** Paciente branca de 56 anos, procedente de Tubarão, procurou atendimento médico relatando emagrecimento de 6 kg em 2 semanas, queixava-se ainda de dispnéia e rouquidão sem fator desencadeante. Após alguns dias internada apresentou melhora da dispnéia, porém também, tosse seguida de escarro sanguinolento. Paciente com disfonia crônica, tabagista há 15 anos e sem história familiar de patologias do pulmão. Radiografia de tórax, de 6 meses antes, realizada durante um quadro de pneumonia, já havia evidenciado uma lesão suspeita. **Resultados:** À laringoscopia, revelou somente Edema de Reinke. À fibrobroncoscopia, evidenciou lesão vegetante em brônquio principal esquerdo. Na tomografia de tórax, foi encontrado adenomegalia hilar de 2 cm e consolidação/atelectasia de todo pulmão esquerdo com desvio de mediastino. Foram realizadas tomografias de pelve feminina e abdome que se apresentaram dentro dos padrões de normalidade enquanto aos achados radiográficos. A radiografia de tórax e a ultrasonografia de tórax foram fiéis aos exames anteriores, revelando opacificação subtotal do hemitórax esquerdo e desvio lateral do mediastino, com ausência de derrame pleural. A biópsia endobrônquica revelou o diagnóstico de carcinoma epidermóide. A espirometria evidenciava um volume expiratório forçado no primeiro segundo de 25% do previsto, correspondendo a 750 ml. **Conclusão:** O carcinoma brônquico de pulmão tem como principal fator de risco o tabagismo, portanto é mandatório a realização de exame radiológico de controle após quadro pneumônico em pacientes tabagistas.

P0084 RELATO DE CASO: FIBROSE PULMONAR PÓS-IRRADIAÇÃO TORÁCICA

CÁSSIO RAFAEL DE MELO; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA; PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA; ILKA LOPES SANTORO; SERGIO JAMNIK UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; RADIOTERAPIA; FIBROSE PULMONAR

Introdução: A radioterapia (RT) por objetivo melhorar a sobrevida em alguns grupos de pacientes com câncer de pulmão, entretanto pode ter consequências pulmonares. A incidência de lesão pulmonar por RT é incerta e depende do volume irradiado, fracionamento da dose, dose total e também da definição utilizada para caracterizar a síndrome. Alguns estudos, estimam que a taxa de pneumonites sintomáticas varia de 1 a 34%. Pode haver a presença de fibrose por RT sem história de pneumonite aguda. Dentre os efeitos agudos, dispnéia é o sintoma mais comum, mas tosse, febre baixa, dor pleurítica e até SARA podem ocorrer. A fibrose por RT pode ser assintomática ou apresentar-se com tosse e graus variáveis de dispnéia. **Relato de Caso:** W.O.F., 73 anos, feminino, ex-tabagista de 15 anos-maço, procurou nosso serviço por linfonodo supraclavicular esquerdo com 1cm, indolor e aderido associado a perda de 5kg. Negou sintomas respiratórios. O USG cervical detectou dois nódulos hipoecogênicos em cadeia jugulo carotídea esquerda com 17 e 9 mm e tireóide homogênea e hipoecóide. Realizou TC de tórax que mostrou massa de 4,3cm em segmento superior de LIE. RNM de crânio e Cintilografia Óssea não revelaram metástases. Realizou-se biópsia excisional de linfonodo, cujo AP demonstrou carcinoma indiferenciado de não pequenas células, sugerindo adenocarcinoma (IIIB - T2N3M0). Realizaram-se seis ciclos de QT com Cisplatina e Vinorelbine. Após o término da QT, em nova TC de tórax, observou-se aumento da massa, agora com 7cm. Foi iniciada RT sequencial (dose total de 60Gy) e quatro meses após o seu término, surgiram disfagia e tosse seca. A TC de tórax agora mostra redução volumétrica do pulmão esquerdo, com distorção arquitetural, bronquiectasias de tração e estrias residuais em lobo inferior. A paciente recebeu prednisona 40 mg/dia por quatro semanas, sem melhora da tosse e segue com neoplasia estável e em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O dano pulmonar por RT é raro usando doses <25Gy, comum com 35-40Gy e universal em doses >40Gy. Além de efeitos pulmonares, a RT pode causar danos cardíacos e esofágicos. O uso da TC é fundamental para o diagnóstico e seguimento destas lesões. Alguns diagnósticos diferenciais devem ser considerados: recorrência do tumor, metástases, pneumonia e linfangite. Os corticosteróides (CE) são o tratamento principal da pneumonite aguda. Porém, o uso de CE como profilaxia não mostrou benefício. Estudos mostram que quando os CE são efetivos, a resposta é dramática, entretanto alguns casos podem ser refratários, mesmo em doses altas. Portanto, o tratamento da fibrose crônica consiste principalmente em medidas de suporte como antitussígenos, expectorantes, broncodilatadores e suplementação de oxigênio.

P0085 O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO E SUAS IMPLICAÇÕES NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS NA ERA DAS MOLÉCULAS-ALVO E DOS PREDITORES DE RESPOSTA.

JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; FLORA KAZUMI IKARI; SUELI MAYUMI NIKAEADO

INSTITUTO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA TORÁCICA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; IMUNO-HISTOQUÍMICA; TRATAMENTO

Introdução: O câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP) é uma neoplasia extremamente heterogênea que só pode ser classificada adequadamente quando todo o tumor é avaliado. Quando se comparam os resultados histopatológicos do primeiro diagnóstico da neoplasia e do material proveniente de uma ressecção pulmonar, apenas 10-15% dos resultados são coincidentes. Com elevada frequência as pequenas biópsias, apenas coradas pela hematoxilina-eosina, tendem a produzir resultados pouco esclarecedores e inadequados, tais como: carcinoma indiferenciado ou carcinoma de células não pequenas. **Objetivos:** Os autores procuram avaliar o impacto deste insuficiente diagnóstico histopatológico e sua implicação no tratamento do CPCNP. **Métodos:** Retrospectivamente foram avaliados, dentre todos os pacientes portadores de CPCNP admitidos em serviço de referência, aqueles com diagnóstico histopatológico de neoplasia de tipo indeterminado. Uma amostra aleatória desses casos foi submetida a exame imuno-histoquímico e os resultados foram avaliados. **Resultados:** Entre janeiro/2000 e dezembro/2009 foram admitidos 3727 pacientes com o diagnóstico histopatológico de neoplasia pulmonar, sendo 2516 (67,5%) homens e 1211 (32,5%) mulheres. Em 914 ocasiões (24,5%) o tipo histológico da neoplasia não pode ser devidamente caracterizado e o tumor ficou classificado como indeterminado. Desse grupo, 61 amostras (6,67%) foram selecionadas aleatoriamente e submetidas a exame imuno-histoquímico, correspondendo a 42 (7,67%) para os pacientes do sexo masculino e 19 (5,17%) para os do sexo feminino. A imuno-histoquímica desse material identificou que entre os homens 18 casos (42,8%) eram carcinoma escamoso, 17 (40,4%) adenocarcinoma e dois (4,7%) eram tumores neuroendócrinos. Três blocos (7,1%) permaneceram como tumores indiferenciados e em outras duas ocasiões, a imuno-histoquímica, diagnosticou um linfoma primário de pulmão e um melanoma. Para os pacientes do sexo feminino foram identificados 13 casos (68,4%) de adenocarcinoma, quatro (21%) de carcinoma escamoso e dois (10,5) carcinomas neuroendócrinos. **Conclusão:** Os resultados acima apontam ser imprescindível um detalhado exame imuno-histoquímico do tecido neoplásico para a adequada escolha do tratamento de um CPCNP. Em quase 25% dos pacientes com neoplasia pulmonar, o diagnóstico histopatológico foi impreciso. Desde que vários daqueles pacientes foram equivocadamente tratados, isto se torna um grave problema que necessita ser superado. O emprego das moléculas-alvo e de preditores de resposta tumoral (TS, ERCC1 e RRM1), neste segmento populacional, é impraticável mantendo-se a atual política de saúde pública.

P0086 RELATO DE CASO: TUMOR CARCINOIDE BRÔNQUICO

DHIANCARLO GEISER; CARLA BARTUSCHECK; FABIO MARCELO COSTA; LUCAS MOREIRA; JAIR SPONHOLZ ARAUJO; SÉRGIO DO AMARAL DERGINT; DANTE LUIZ ESCUISSATO; CINTHIA REGINA MIRANDA MEDAGLIA

HOSPITAL DE CLÍNICAS HC-UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR; CÂNCER; CARCINOIDE

Introdução: Tumores carcinóides brônquicos (TCB) são um grupo raro de neoplasias pulmonares caracterizadas por diferenciação neuroendócrina e comportamento clínico relativamente indolente. Representam 1-2% de todas as malignidades pulmonares em adultos e são a neoplasia pulmonar primária mais comum em crianças e adolescentes. Carcinóides típicos são quatro vezes mais comuns que atípicos. **Objetivos:** Relatar caso de TCB em paciente jovem. **Métodos:** Descrição de caso clínico e revisão de literatura. **Resultados:** Masculino, 19 anos. Episódios recorrentes de pneumonias em 2002, 2003 e 2004. Apresentações clínicas com síndrome febril, tosse produtiva e dor torácica ventilatório-dependente à esquerda. Perda ponderal de 7 Kg em 2 anos. Sem história de tabagismo ou exposição relevante. Ao exame físico, redução da expansibilidade e do murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo. Radiografia de tórax evidenciou redução volumétrica em hemitórax esquerdo. TC de tórax com imagem nodular com densidade de partes moles medindo 20mm, projetando-se para a luz do brônquio fonte esquerdo e captando heterogeneamente o contraste. Fibrobroncoscopia revelou lesão vegetante, obstruindo totalmente a luz do brônquio fonte esquerdo. Durante a realização de biópsias observou-se sangramento abundante, controlado com instilação de adrenalina. Análise anatomopatológica revelou neoplasia neuroendócrina padrão carcinóide típico, confirmado por imuno-histoquímica. Submetido à ressecção tumoral conservadora e broncoplastia com anastomose término-terminal do brônquio fonte esquerdo. Linfonodos mediastinais ressecados, sem evidência microscópica de invasão neoplásica. Encontra-se em seguimento ambulatorial periódico, sem sinais clínico-radiológicos de recorrência local ou metástases à distância. **Conclusão:** TCB típicos são tumores de baixo-grau e crescimento lento. Associação com tabagismo não foi demonstrada. Em sua maioria, crescem em vias aéreas proximais e são sintomáticos, manifestando-se por tosse, síblos, hemoptise, dor torácica ou pneumonia recorrente no mesmo segmento ou lobo. Quando periféricos, são assintomáticos e se apresentam como nódulos pulmonares solitários. Metástases hilares ou mediastinais ocorrem em 5-20% dos casos. O envolvimento linfonodal não contraindica cirurgia com objetivo curativo. Raramente enviam metástases extratorácicas. Apenas 1-5% dos casos manifestam a síndrome carcinoide, refletindo baixa incidência de metástases hepáticas. Quando presente, os sintomas podem ser atípicos e a dosagem urinária de 5-HIAA é menos sensível para o diagnóstico. Devido à natureza vascular, há risco de sangramento em biópsias, embora complicações maiores sejam raras. Ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha. Técnicas de broncoplastia são seguras. Terapia adjuvante não está indicada. Têm excelente prognóstico e sobrevida em 5 anos de 87-100%. Recomenda-se seguimento prolongado pois recorrência local ou à distância pode ocorrer muitos anos após tratamento.

P0087 SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO- RESPOSTA DRAMÁTICA A RADIOTERAPIA

LUIZ AUGUSTUS PEREIRA COSTA; TASSIANE CINTRA DE ALVARENGA OLIVEIRA; MILTON ALEXANDRE ARANHA; LUIZA HELENA DEGANI COSTA; FLAVIO FERLIN ARBEX; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; NEILA RAQUEL CAPELLI; JADE CURY

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO(UNIFESP), SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR; ADENOCARCINOMA DE PULMÃO; RADIOTERAPIA

A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) engloba um conjunto de sinais e sintomas decorrentes da obstrução da veia cava superior (VCS). Os mais frequentes são: edema cervical ou facial (82%), edema de membros superiores (68%), dispnéia (66%), tosse (50%) e circulação torácica colateral (38%). Pode haver comprometimento funcional da laringe e faringe, manifesto por tosse, rouquidão, dispnéia, estridor e disfagia; edema cerebral, levando a cefaléia, confusão e coma; e diminuição do retorno venoso com comprometimento hemodinâmico. Neoplasias malignas são responsáveis pela maioria dos casos (60 a 90% do total), sendo o câncer de pulmão não pequenas células a causa de 50% destes. Apesar disto a incidência de SVCS em pacientes com este tipo de câncer é pequena, de menos de 2%. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente que apresentou a SVCS como primeira manifestação de um Adenocarcinoma pouco diferenciado de pulmão com resposta dramática a Radioterapia. **Relato do caso:** B.J.S, 59 anos, negro, natural e procedente de São Paulo, jogador de futebol profissional. Paciente procurou o Pronto Socorro do HSP com quadro de dispnéia aos grandes esforços há 1 mês que evoluiu para médios/pequenos esforços há 2 semanas. Negava tosse, febre, dor torácica ou hemoptise. Referia ainda perda de 4 kg em 1 mês. Tabagista 80 anos/maço, negava. Ao exame apresentava-se em BEG, corado, desidratado, afebril, emagrecido. AR: MV diminuído globalmente, FR: 22 irpm Sat O2: 91% (ao repouso). ACV: ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros, apresentando dispnéia ao decúbito dorsal FC: 74bpm PA: 130x80mmHg. Extremidades: edema de membros superiores 3+/4+, pletora fascial, circulação colateral superficial em região anterior do Tórax e estase jugular bilateral. Feita Hipótese Diagnóstica de Síndrome de Veia Cava superior, iniciada anticoagulação plena e corticoterapia e encaminhado para enfermaria da Pneumologia para investigação. Radiografia de Tórax: Condensação em lobo superior e médio de Pulmão Direito. Tomografia de Tórax: Massa extensa em topografia de lobo superior e médio de pulmão direito com invasão de estruturas mediastinais. Solicitada Broncoscopia com BxTransbrônquica de massa pulmonar vista na TC de Tórax: Lesão obstrutiva de brônquio de Lobo Superior Direito com alargamento de carina e comprometimento de Brônquio Principal Esquerdo e Brônquio Intermediário. Anatomopatológico: Adenocarcinoma de Pulmão pouco diferenciado. Solicita avaliação da equipe da Radioterapia e Oncologia que indicou a realização de 27 sessões de RT com redução dramática da massa tumoral e melhora clínica significativa. Iniciado durante internação primeiro ciclo de QT: Carboplatina + Navelbine. Paciente evoluiu com estabilidade clínica durante toda internação e recebeu alta com encaminhamento no Ambulatório de Onco-Pneumo do HSP. **Discussão:** A principal causa de SVCS é o câncer de

pulmão. A SVCS é considerada uma emergência oncológica e deve ser diagnosticada e tratada precocemente.

P0088 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE PULMÃO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULOS PULMONARES.

CIRO DE CASTRO BOTTO¹; EDUARDO RUAS MARTINS BATISTA²; IGOR FERREIRA BOTTO³; MARCELO DE PAULA LIMA⁴; MARILUCI ALVES FERREIRA BOTTO⁵; MARIA HELOISA RACHED PALERMO⁶; NATÁLIA TIBURCIO ARAÚJO⁷; WILSON CUNHA JUNIOR⁸

1,5.CLÍNICA CIRO BOTTO, FRANCA, SP, BRASIL; 2,4,8.SANTA CASA DE FRANCA, FRANCA, SP, BRASIL; 3,7.UNIVERSIDADE DE ALFENAS, ALFENAS, MG, BRASIL; 6.LABORATÓRIO DE PATOLOGIA PALERMO, FRANCA, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CARCINOMA NEUROENDÓCRINO; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL; IMUNOHISTOQUÍMICA

Paciente AASS, feminino, 63 anos. Dispnéia de esforço MRC 4, de longa data, acompanhada de tosse intensa, expectoração hialina e sibilância. Há 8 anos diagnosticada como Asma, em outro serviço, medicada com Aminofilina e inalções com Fenoterol e Ipratrópio, sem melhora. Antecedente de tabagismo 25 maços/ano, abandonado o hábito há 20 anos. Foi realizado radiografia de tórax que mostrou velamento reticular grosseiro difuso e espirometria com padrão de provável distúrbio ventilatório restritivo (CVF0,86 (34%0, VEF¹ 0,74(35%) e VEF¹/CVF 0,86). Solicitado tomografia computadorizada de tórax de alta resolução apresentando nódulos pulmonares. Com este quadro clínico e exames subsidiários optou-se por biópsia pulmonar a céu aberto, cujo anátomo-patológico encontrou neoplasia de células claras com núcleos ovalados e fusiformes com moderada atipia, fina vascularização de permeio com arranjos organóides. Diagnosticado neoplasia indefinida, realizou-se imunohistoquímica do material que se mostrou positiva para Multi-Cytokerath, Calcitonina, Cytokerath 7, Cytokerath 20, S100p, Chromogranin A e Synaptophy sin; positiva focalmente para TTF-1 e negativa para Thyroglobulin. Concluindo por Metástase de carcinoma medular de tireóide ou Carcinóide atípico primário ou metastático de pulmão.

Dosado calcitonina sérica, com nível de 6,0 pg/ml, sendo normal abaixo de 15 pg/ml, afastando a possibilidade de carcinoma medular de tireóide e reforçando o diagnóstico de Carcinoma neuroendócrino com expressão de calcitonina no pulmão. **Discussão:** Os tumores neuroendócrinos de pulmão tem características estruturais, morfológicas, imunohistoquímicas e moleculares em comum, porém se diferem quanto as suas características epidemiológicas e clínicas, bem como ao tratamento e à sobrevida. São raros, 1 a 2% das neoplasias pulmonares, surgem a partir de células neurosecretoras da mucosa brônquica, sendo a maior parte das vezes diagnosticado por achado radiológico, incidentalmente. Tem crescimento indolente e potencial para causar metástases. Crescem na luz dos bronquios, são os tumores centrais, ou se apresentam como nódulos subpleurais, são os tumores periféricos. Há quatro tipos maiores de tumores neuroendócrinos de pulmão, o carcinóide típico e o atípico, o carcinoma de grandes células neuroendócrino e o carcinoma de pequenas células, de acordo com a OMS, que também determina que estes tumores devam ser vistos como uma classe separada em termos de diagnóstico imunohistoquímico. **Conclusão:** O achado radiológico de nódulos pulmonares, leva ao diagnóstico diferencial de inúmeras patologias, que

invariavelmente se elucida por biópsia pulmonar, devendo ser realizado imunohistoquímica do material obtido, melhorando a acurácia do diagnóstico, orientando melhor a terapêutica adequada, com maior sucesso do tratamento.

P0089 LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DAS NEOPLASIAS PRIMÁRIAS DO SISTEMA RESPIRATÓRIO CONFORME O TIPO HISTOLÓGICO

JOSÉ RODRIGUES PEREIRA¹; FLORA KAZUMI IKARI²; SUELI MAYUMI NIKAE³

1.INSTITUTO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA TORÁCICA, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3.INSTITUTO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA TORÁCICA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de pulmão; Localização anatômica; Tipo histológico

Introdução: O câncer de pulmão estão fortemente relacionado ao hábito de fumar em até 85% dos casos. Os lobos superiores são os mais comprometidos. Neles, a pressão parcial de O₂ é mais elevada e, portanto, a corrente tabágica primária transporta com maior facilidade para lá as partículas resultantes da queima do tabaco. É nos lobos superiores que ocorrem as maiores concentrações de substâncias cancerígenas. **Objetivos:** Analisar a localização anatômica das neoplasias pulmonares conforme o tipo histológico (TH) para determinar essa tendência. **Métodos:** Analisados retrospectivamente dados de pacientes admitidos no período de janeiro/2000 e dezembro/2009. Foram cruzadas informações obtidas dos respectivos exames radiológicos iniciais e, quando realizada, a avaliação endoscópica para estabelecer a precisa localização anatômica inicial da neoplasia. Tabularam-se os achados por lateralidade, lobo pulmonar envolvido e histologias escamosa, adenocarcinoma e carcinoma indiferenciado de células pequenas (CICP). **Resultados:** Dos 3684 casos analisados quanto à lateralidade: em 2089 ocasiões o tumor estava à direita (56,7%) e em 1527 à esquerda (41,4%). Em 68 casos (1,9%) o lado comprometido não pode ser definido. Dos tumores escamosos, num total de 1220 casos, 676 (55,4%) localizavam-se à direita e 527 (43,2%) à esquerda. Nos adenocarcinomas, com 1135 casos, 672 (59,2%) identificaram-se à direita e 439 (38,7%) à esquerda. Nos CICP, com 405 casos, 216 (53,3) à direita e 182 (44,9%) à esquerda. Derrame pleural dificultou a localização da neoplasia, em especial, nos adenocarcinomas. Tumores de localização central, em especial os CICP, a presença de extensas linfonodomegalias mediastinais impediu determinar a topografia e lateralidade. Quando a neoplasia pode ser precisamente identificada, independente do TH, sua localização foi mais freqüente nos lobos pulmonares direitos quando comparados aos seus equivalentes esquerdos havendo uma variância dessa relação entre 1,05 e 1,6. As menores variações foram identificadas entre os lobos superiores de tumores escamosos e entre os lobos superiores e inferiores dos CICP. Para todos os TH a localização anatômica predominante foi em lobos superiores. Quando se compararam lateralidade e topografia, a relação entre lobos superiores e inferiores variou de 1,7 a 1,8 para o adenocarcinoma e no pulmão direito para os carcinomas escamosos. Essa mesma relação foi maior entre os CICP e o pulmão esquerdo nos tumores escamosos variando entre 2,6 a 2,7. **Conclusão:** No câncer de pulmão, independente do TH avaliado, os lobos superiores são preferencialmente acometidos. Essa predominância está mais acentuada no

carcinoma indiferenciado de células pequenas. Quanto à lateralidade, os lobos pulmonares direitos estão mais freqüentemente atingidos em todas as variáveis estudadas sugerindo o transporte de substâncias cancerígenas, através da corrente tabágica primária, preferencialmente para os lobos superiores e para a árvore brônquica direita.

P0090 SÍNDROME MIASTÊNICA DE LAMBERT-EATON: UMA RARA PARANEOPLASIA

PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME; MAIRA ELIZA PETRUCCI ZANOVELLO; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; ANA MARIA CAMINO; ARISTÓTELES SOUZA BARBEIRO; LAIR ZAMBOM
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME MIASTÊNICA DE LAMBERT-EATON; SÍNDROMES PARANEOPLÁSICAS; NEOPLASIAS PULMONARES

Paciente masculino de 54 anos, motorista de caminhão procurou pelo pronto-atendimento para avaliação de fraqueza nos braços e pernas disfagia e fadiga há 3 meses e no momento com dificuldade para subir no caminhão. Negava febre. Apresentava-se sob cadeira de rodas e com fraqueza muscular proximal de membros superiores e inferiores e reflexos reduzidos. Pares cranianos normais. Portador de HAS e tabagista de 40 a/m. A análise do líquido evidenciou hiperproteinorria leve e com bioquímica, pesquisa e culturas de germes normais. Endoscopia digestiva alta normal. A eletroneuromiografia sugeriu doença pré-sináptica da junção neuromuscular o que apontou para o diagnóstico de Síndrome miastênica de Lambert-Eaton (SMLE). RX de tórax mostrou alargamento de mediastino e a tomografia evidenciou massa mediastinal centrada na região subcarinal com extensão que envolvia o brônquio do lobo inferior direito (BLID). A broncofibroscopia demonstrou abaulamento extrínseco da parede posterior da carina e lesão no BLID, cuja análise histopatológica evidenciou carcinoma pulmonar de células pequenas (CPCP). Possuía doença localizada. Submetido a sessões de quimioterapia com paraplátina e etoposídeo e introduziu piridostigmina 30 mg por via oral a cada 6 horas. Após 3 ciclos apresentou melhora sintomática satisfatória e após 8 ciclos quimioterápicos apresentou remissão completa da doença de base e da síndrome. O CPCP é responsável por cerca de 20% dos casos de neoplasias pulmonares, é a variante de pior prognóstico e maior agressividade entre os carcinomas broncogênicos. Derivados de tecidos neuroendócrinos, frequentemente secretam proteínas que mimetizam hormônios somáticos que clinicamente se manifestam como síndromes paraneoplásicas, como no caso da SMLE. Esta manifesta-se em decorrência de uma desordem imunomediada pré-sináptica da transmissão neuromuscular com redução da quantidade de acetilcolina liberada em resposta à estimulação neural. Clinicamente há redução da força muscular proximal, dos reflexos profundos e fadiga muscular. A mortalidade está relacionada com a causa base, e em metade dos casos existe correlação com etiologia pulmonar maligna. CPCP são diagnosticados em quase todos estes pacientes dentro dos primeiros 2 anos do aparecimento da SMLE e para isto é necessário seguimento clínico rigoroso. O diagnóstico é confirmado por meio da eletroneuromiografia que demonstra alterações características definidas pelo incremento da resposta com a estimulação repetida do nervo estudado. Quando associados a neoplasias, o tratamento da doença de base permite

melhora neurológica. No presente relato, o conhecimento da associação da síndrome com neoplasias pulmonares permitiu o pronto diagnóstico e terapêutica adequados, antes da manifestação clínica da etiologia da base, geralmente tardia e por isso, de elevada morbimortalidade. O paciente segue sob acompanhamento clínico há 15 meses do diagnóstico e sem evidências de recidiva da doença.

P0091 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PULMÃO EM PACIENTES NÃO FUMANTES

JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; JOSÉ RODRIGUES PEREIRA; DANIELA TAÍSA FUDO; VANESSA ALVES DE LIMA; DÉBORAH MADEU PEREIRA; ROBERTO STIRBULOV

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER; EPIDEMIOLOGIA; NÃO FUMANTES

Introdução: A World Health Organization's Global Burden of Disease projeta que 1 676 000 pessoas, em todo o mundo, morrerão de câncer de pulmão em 2015. Esse número poderá chegar a 2 279 000 em 2030. Dentre os tipos histológicos mais comuns, 15% correspondem a carcinomas de células pequenas e 85% a carcinomas de células não pequenas. Nos Estados Unidos, 159 390 pessoas (70 490 mulheres e 88 900 homens) morreram de câncer de pulmão em 2009 – suplantando todas as mortes por câncer de mama, cólon, pâncreas e próstata somadas. Cerca de 10% dos cânceres de pulmão ocorrem em não fumantes. Neste subgrupo aproximadamente 60% são portadores de adenocarcinomas e 20% de carcinomas de células escamosas. No Brasil, em 2008, segundo o INCA, foram feitos 27 270 diagnósticos de câncer de pulmão, sendo 17 810 entre homens e 9 460 entre mulheres. **Objetivos:** Estabelecer a distribuição epidemiológica dos tipos histológicos do câncer de pulmão em pacientes não fumantes admitidos em serviço de referência entre janeiro/2000 e dezembro/2009. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados de prontuário eletrônico dos pacientes portadores de câncer de pulmão e não fumantes, avaliando-se as variáveis sexo e tipo histológico. **Resultados:** No período acima, foram diagnosticados 3 727 casos de câncer de pulmão, dos quais, 472 (12,6%) não fumantes. A população dos não fumantes foi distribuída quanto ao sexo, observando-se predomínio do feminino (70,8%). A relação entre os sexos foi de 2,4 mulheres para cada homem. Quando distribuídas as populações pelo tipo histológico, notou-se acentuado predomínio de adenocarcinoma (58,7%) para ambos os sexos, sendo 51,4% para o masculino e 60,4% para o feminino. Tumores fortemente relacionados ao hábito tabágico também foram identificados nesta população. O carcinoma de células escamosas foi identificado em 11,8% do total de pacientes, sendo 24% para o sexo masculino e 76% para o feminino. O carcinoma indiferenciado de células pequenas (CICP) ocorreu em 20 (4,2%) casos, dos quais oito (5,8%) nos homens e 12 (3,6%) em mulheres. **Conclusão:** Em nossa casuística, a prevalência de câncer de pulmão em não fumantes é semelhante aos dados mundiais, cerca de 12,6%. Os não fumantes são predominantemente do sexo feminino e o tipo histológico com mais frequência diagnosticado, nesta população, é o adenocarcinoma. Casos pouco freqüentes de carcinoma escamoso e CICP também estão presentes nesse grupo de pacientes, podendo estar relacionados a tabagismo passivo.

P0092 NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO

RUDOLF K. F. DE OLIVEIRA; LUCIANA DOS S. ANDREATA; MARIA DO CARMO CRUVINEL; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NÓDULO PULMONAR SOLITÁRIO; CÂNCER; BRONQUIÓLOALVEOLAR

HMA: Feminino, 67 anos, não fumante. Achado radiológico em pós-operatório de prótese de ombro esquerdo. Assintomática respiratória, emagrecimento de 3 kg em 6 meses. EF: BEG, eupneica, MV + bilateralmente, sem RA. Exames complementares: radiografia de tórax com nódulo pulmonar solitário no terço superior do hemitórax direito, confirmado pela TC de tórax de alta resolução, com 27 mm, espiculado, com pequena área de vidro-fosco ao redor e presença de broncograma aéreo. Probabilidade de malignidade (análise Bayesiana) de 96%, com risco cirúrgico baixo. Evolução: encaminhada para lobectomia (LSD) por videotoracoscopia. O exame anátomo-patológico confirmou adenocarcinoma acinar com áreas de fibrose, com crescimento periférico de padrão bronquioloalveolar, invasão de pleura visceral detectada em área focal, e linfonodos livres de comprometimento neoplásico. Discussão: Na investigação do nódulo pulmonar solitário a probabilidade clínica pré-teste apresenta papel fundamental na conduta. Contribuem para o estabelecimento da probabilidade fatores epidemiológicos e radiológicos. Características radiológicas como tamanho, presença de margens espiculadas e localização nos lobos superiores representam preditores independentes para malignidade. Outro ponto importante e com implicações prognósticas é a composição do nódulo. A probabilidade de malignidade é maior nos nódulos mistos. Uma vez determinada a etiologia maligna, os nódulos com componente bronquioloalveolar (vidro fosco > 50%) apresentam maior sobrevida quando comparados aos nódulos sólidos, demonstrando que a agressividade tumoral aumenta com o aumento da proporção do componente sólido, e diminuição do componente bronquioloalveolar. No caso em questão temos uma paciente com nódulo > 8 mm e alta probabilidade clínica, submetida a procedimento cirúrgico que confirmou a etiologia maligna da nódulo e evidenciou composição mista com pequena área de componente bronquioloalveolar.

P0093 NEOPLASIA DE PULMÃO: IMPORTÂNCIA DO PNEUMOLOGISTA NA MUDANÇA DO DESFECHO.

MARCELL COUTINHO DA SILVA; MARIA CECÍLIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; OZÉAS GALENO DA ROCHA NETO; BRÁULIO DYEGO MARTINS VIEIRA; THAÍS BITTENCOURT DE OLIVEIRA PIRES; SIMONE BARROSO RIBEIRO FANTINATO; TERESA YAE TAKAGAKI

FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NÓDULO; RESSECÇÃO PULMONAR; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: O câncer de pulmão é a principal causa de morte por câncer no mundo. Quando detectado em estágio avançado, o que ocorre na maioria das vezes, a chance de cura é muito pequena ou inexistente. Entretanto, quando diagnosticado precocemente pode ser efetivamente curado através de ressecção cirúrgica associada a quimioterapia. **Métodos:** Descrevemos o caso de uma paciente com nódulo pulmonar neoplásico submetida a ressecção. **Resultados:** mulher, 77 anos, ex-tabagista (40 anos-maço) encaminhada ao serviço de pneumologia para investigação após

identificação de nódulo em pulmão direito por radiografia. TC de tórax evidenciou nódulo espiculado no segmento apical de lobo superior direito (LSD), medindo 2,6x2,6cm. Apesar cirurgia ser a conduta de escolha, o procedimento foi contra-indicado em virtude da função pulmonar ruim (VEF1 = 0,85L, com VEF1/CVF = 0,47). Optou-se por realização de biópsia guiada por TC, cujo anatomopatológico revelou tratar-se de carcinoma epidermóide de pulmão moderadamente diferenciado. Realizou-se FDG-PET dedicado para estadiamento da doença, que observou área focal de captação acentuada em LSD (SUV máximo = 13,8), sem outras áreas de captação anormal. Tratava-se portanto de uma neoplasia pulmonar estadiado clínico Ia. A proposta cirúrgica foi reavaliada. Nesse momento a paciente que havia tido seu tratamento revisto, apresentava-se com melhora de dispnéia em relação ao início do seguimento. Foi submetida a prova de função completa, na qual apresentava DLCO = 8,49 L (47%) e a teste cardiopulmonar com VO2 máximo = 18,9. Optou-se pela ressecção cirúrgica do nódulo com realização de segmentectomia apical com evolução favorável no pós-operatório. Durante seu seguimento ambulatorial nos últimos 9 meses após a cirurgia a paciente mantém-se sem sinais de recidiva. **Discussão:** O tratamento cirúrgico de pacientes com neoplasia de pulmão em estágio inicial é muitas vezes desafiador. Na maioria das vezes nos deparamos com pacientes tabagistas ou ex-tabagistas, com comorbidades pulmonares que determinam limitação funcional capaz de contra-indicar o procedimento. Pacientes com VEF1 < 1L necessitam ser submetidos a avaliações funcionais subsequentes. Pacientes DLCO inferior a 30% do predito e com VO2 máximo inferior a 10 no teste cardiopulmonar são pacientes de alto risco nos quais a cirurgia deve ser contra-indicada. Em pacientes com DLCO > 40% e VO2 máximo > 15, os benefícios da ressecção pulmonar são superiores ao risco inerente ao procedimento. Este caso ilustra a importância do pneumologista na condução do tratamento e na avaliação funcional desses pacientes, capaz de permitir que a abordagem cirúrgica com proposta curativa tenha sido realizada neste caso.

P0094 CISTO BRONCOGÊNICO E ADENOCARCINOMA – RELATO CLÍNICO.

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR1; EDUARDO IWANAGA LEAO2; RENATO DE OLIVEIRA3; ERIKA RYMKIEWICZ4; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS5; MARCEL MARTINS SANDRINI6; FABIO NISHIDA HASIMOTO7; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA8

1,3,4,5,6,7,8.UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CISTO; NEOPLASIA PULMAO; CIRURGIA TORACICA

Os cistos broncogênicos são lesões ditas como incomuns, e representam de 6 a 15% das massas mediastinais primárias. Consistem de malformações congênitas provenientes de um distúrbio no desenvolvimento da árvore traqueobrônquica, tendo sua origem relacionada a um defeito do intestino primitivo. Geralmente, estão situados nas regiões paratraqueal, carinal, hilar ou paraesofágica. A malignização de cistos broncogênicos é considerada rara, são descritas em crianças e adultos. Relatamos um paciente de 52 anos, com dor em região dorsal há 8 meses. NA investigação foi identificada uma massa cística em mediastino médio. O paciente foi submetido a ressecção por toracotomia e o anatomopatológico confirmou um cisto broncogênico porém, com degeneração maligna para adenocarcinoma.

Ressaltamos a importância do tratamento cirúrgico imediato nas lesões congênicas pulmonares para evitar novas complicações, entre elas uma neoplasia precoce pela degeneração maligna que pode ocorrer.

P0095 LINFOEPITELIOMA DE PULMÃO: UMA FORMA RARA DE NEOPLASIA PULMONAR

SILVIA ELAINE CARDOZO MACEDO; RICARDO BICA NOAL; PATRÍCIA FORMIGHERI FELDENS; LUÍS CARLOS PEREIRA JÚNIOR; DEBORA SARZI SARTORI; MARIANA LEÃO GOETTEMES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LINFOEPITELIOMA; CANCER DE PULMÃO; EPSTEIN BARR

Introdução: Carcinoma linfopitelioma-like de pulmão é uma forma rara de neoplasia pulmonar, sendo descrito um pouco mais de 100 casos na literatura. É classificado como um carcinoma de grandes células, tendo como característica a intensa invasão linfática. Relato do caso: Paciente masculino, de 59 anos de idade, tabagista em abstinência há 23 anos (fumou durante 16 anos, cerca de 25g de fumo/dia), hipertenso há dois anos, com quadro de sinusopatia de repetição e emagrecimento de cerca de 6kg em 1 ano. Apresentava RX e TC de tórax evidenciando opacidade arredondada de contornos externos bem definidos no hilo direito, associada à área de espessamento pleural junto à parede posterior, sem linfonodomegalias mediastinais. Realizada fibrobroncoscopia com resultado normal. Estadiamento oncológico sem evidência de metástases à distância e função pulmonar normal. Com a hipótese operacional de mesotelioma pleural procedeu-se a videotoracoscopia, a qual demonstrou placas de implantes sésseis e heterogêneos, estendendo-se da pleura diafragmática à pleura mediastinal. Anatomopatológico da lesão descreveu densa população de pequenos linfócitos com algumas atípias, entremeadas por populações de células maiores, sugestivo de linfoma. Encaminhado material para estudo imunohistoquímico com diagnóstico definitivo de linfopitelioma pulmonar. Indicado tratamento cirúrgico com pneumonectomia e pleurectomia. **Conclusão:** O linfopitelioma de pulmão é uma forma incomum de carcinoma de grandes células, histologicamente muito semelhante ao carcinoma indiferenciado de nasofaringe, devendo ser lembrado em pacientes jovens, não fumantes, em que o exame histológico demonstre infiltrado linfóide exuberante. O tratamento cirúrgico com ressecção ampla de todo o tumor, sempre que possível, é o de escolha, ficando a associação de radioterapia e quimioterapia reservada para os casos de doença avançada ou metastática.

P0096 CONSOLIDAÇÃO PNEUMÔNICA POR LINFOMA PULMONAR: UMA APRESENTAÇÃO RARA DE NEOPLASIA PULMONAR

SILVIA ELAINE CARDOZO MACEDO; RICARDO BICA NOAL; LUÍS CARLOS PEREIRA JÚNIOR; DEBORA SARZI SARTORI; PATRÍCIA FORMIGHERI FELDENS; MARIANA LEÃO GOETTEMES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CANCER PULMONAR; LINFOMA; CONSOLIDAÇÃO PNEUMÔNICA

Introdução: Os linfomas primários de pulmão (LPP) são raros, correspondendo a 0,5 a 1% dos tumores pulmonares e menos de 1% dos linfomas não Hodgkin, sendo mais freqüente entre os pacientes com SIDA. Relato do caso: Paciente masculino, negro, 49 anos, jardineiro, natural e procedente de Pelotas, RS, tabagista em abstinência,

previamente hígido. Interna apresentando dispnéia aos mínimos esforços, febre intermitente e dor torácica posterior não ventilatório dependente. Ao exame físico, mostrava-se em ótimo estado geral, com sinais vitais estáveis e murmúrio vesicular reduzido à esquerda. O RX de tórax mostrava imagem sugestiva de pneumonia lobar à esquerda, porém não houve melhora radiográfica com a antibioticoterapia apropriada. Procedeu-se a continuação da investigação diagnóstica com a realização de TC de tórax e fibrobroncoscopia. A TC de tórax revelou colapso total do pulmão esquerdo associado a volumoso derrame pleural. Toracocentese com biópsia pleural não foram diagnósticas. A fibrobroncoscopia, realizada por cinco ocasiões, não detectou lesão endobrônquica, com lavado broncoalveolar negativo para células malignas, BAAR e fungos. Foi indicada a realização de punção biópsia percutânea, sendo o exame anatomopatológico sugestivo de carcinoma indiferenciado de pequenas células e o estudo imunohistoquímico não conclusivo. Frente à dissociação clínica, radiográfica e histológica, indicada toracotomia e biópsia a céu aberto, com o resultado anatomopatológico sugestivo de linfoma não Hodgkin difuso, o qual foi confirmado pela imunohistoquímica. Iniciado tratamento quimioterápico. **Conclusão:** Embora os LPP sejam uma entidade bastante rara, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de neoplasia de células pequenas, especialmente em pacientes com evolução clínica não compatível com carcinoma broncogênico.

P0097 SINAIS DE ASPIRAÇÃO FARÍNGEA DO PIGARREAR: VALORIZAÇÃO CLÍNICA NO ACOMETIMENTO DAS VIAS AÉREAS

IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO; BRUNO CARLOS PALOMBINI; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; DAYSE ALT; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA; NELSON DA SILVA PORTO

PAVILHÃO PEREIRA FILHO-SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TOSSE; ASPIRAÇÃO FARÍNGEA; SINAL DO PIGARREAR

Introdução: Nas doenças crônicas das vias aéreas são comuns as manifestações de tosse, sinal de aspiração faríngea (SAF) e sinal de pigarrear (SPIG). A prevalência e o significado clínico dos dois últimos sinais, todavia, não são bem conhecidos. **Objetivos:** Estudar a ocorrência e o significado clínico dos sinais “aspiração faríngea” e “pigarrear” nos acometimentos de vias aéreas superiores e inferiores. **Métodos:** Estudou-se uma série de 157 pacientes adultos, 67,0% deles fumantes; 78 com rinossinusite, 40 com DPOC e 39 com DPOC e rinossinusite associadas. Todos apresentavam o “sinal de aspiração faríngea” (SAF) e/ou o “sinal de pigarrear” (SPIG). Estes sinais foram analisados inicialmente de forma isolada, e posteriormente em conjunto nos três grupos estudados. **Resultados:** A ocorrência concomitante dos dois sinais (SAF e SPIG) foi observada em pacientes com rinossinusite (73,0%) ou com DPOC e rinossinusite associadas (69,2%). O SAF foi encontrado isoladamente em alguns dos casos de rinossinusite (12,8%), e em nenhum dos pacientes somente com DPOC. O SPIG mostrou-se presente em 67,5% dos pacientes somente com DPOC, e em 14,1% dos que tinham apenas rinossinusite – uma diferença significativa ($p < 0,001$). **Conclusão:** Os pacientes com DPOC (doença de via aérea inferior), apresentaram mais freqüentemente um sinal isolado que foi o sinal do pigarrear (SPIG), e não manifestaram o sinal de aspiração faríngea (SAF). Os pacientes com rinossinusite (doença de via aérea superior) e aqueles com rinossinusite e DPOC associadas (doença de via

aérea superior e inferior), exibiram mais vezes os dois sinais (SAF+SPIG).

P0098 PREVALÊNCIA E SAZONALIDADE DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (SR) EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM CURITIBA

BETINA MENDEZ ALCÂNTARA GABARDO¹; ANDREA MACIEL OLIVEIRA ROSSONI²; ANTÔNIO RUFFINO-NETTO³; BRUNO ALCÂNTARA GABARDO⁴; MARCELY GIMENES BONATO⁵; NINON WITT⁶; CAMILA GALLO PILGER⁷; AFRÂNIO LINEU KRITSKIB

1.SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PARANÁ PECT, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.UFPR HOSPITA DE CLÍNICAS DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - INFECTOLOGIA, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 4.7.UFPR- GRADUANDO EM MEDICINA, CURITIBA, PR, BRASIL; 5.PUC - GRADUANDO EM MEDICINA, CURITIBA, PR, BRASIL; 6.PUC- GRADUANDO EM MEDICINA, CURITIBA, PR, BRASIL; 8.UFPR- PROGRAMA ACADÊMICO DE TB, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS; PREVALÊNCIA; SAZONALIDADE

Introdução: Tosse, com ou sem expectoração, é considerada indicador epidemiológico de pneumopatias agudas/crônicas de interesse sanitário e utilizada no planejamento do controle destes agravos. Apregoa-se que a prevalência de tosse crônica com duração ≥ 3 semanas (sintomático respiratório-SR) se associa a TB. Estima-se a ocorrência de SR em 4-5% entre pessoas que demandam unidades de saúde (US), independentemente do motivo. Esta prevalência é usada para estimar o número de casos de TB em diferentes cenários epidemiológicos. **Objetivos:** Estimar a prevalência de tosse crônica e sua sazonalidade entre os pacientes atendidos em serviço de emergência de média complexidade. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo, tipo inquérito com amostra de conveniência de pacientes que demandaram (independente do motivo da procura) ao Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) Boa Vista, no período de dezembro 2008 a março de 2010. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Resultados e Discussão:** Entrevistaram-se 958 pessoas, 63% do sexo feminino. A média e mediana de idade foram respectivamente 38 e 34 anos. A prevalência de tosse menor que 21 dias foi 29,2% (95% IC=26,3 - 32,1) e ≥ 21 dias foi de 3,2% (95% IC= 2,1 - 4,3). Observou-se predomínio de SR no outono (11,1%; 95% IC=9,11 - 13,09).O outono caracteriza-se por alterações bruscas de temperatura e aumento da circulação viral, desencadeando quadros infecciosos com descompensação de doenças respiratórias crônicas, justificando maior prevalência de tosse neste período. Dos 31 SR apenas 8 (26%; 95% IC= 23,2 - 28,8) procuraram o serviço pela tosse (7 com CID relacionados ao aparelho respiratório e 1 com suspeita de tuberculose). Encaminharam-se todos SR para unidades de saúde para investigação de tuberculose, entretanto somente 3 (10%) procuraram a UMS de origem para realização das baciloscopias preconizadas, todos com resultados negativos. Os pacientes que não procuraram o serviço por demanda espontânea receberam visita domiciliar e quando encontrados realizaram investigação para tuberculose; em dois casos conseguiu-se confirmar este agravo. **Conclusão:** A prevalência de SR encontrada no CMUM Boa Vista foi de 3,2%, com predomínio de tossidores crônicos no outono. A tosse < 21 dias de duração foi mais frequente e distribuiu-se de forma semelhante durante o período de estudo. A

procura com tosse aguda foi mais frequente, provavelmente, por questões culturais e/ou melhor acessibilidade ao serviço.

P0099 ESCOLHA DO MÉDICO A SER PROCURADO PARA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS NA PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE CUIABÁ - MT.

LUCAS BELLO; KAREN GABRIELA FREDDI ALVES; RENAN VICENTE SÖHN; RUBENS GUILHERME RODRIGUES DA SILVA; SARAH LOUISE DE ARAÚJO CABRAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; PROFISSIONAL DE SAÚDE; PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO

Introdução: As doenças respiratórias são cada vez mais frequentes em nosso meio. Infecções respiratórias, doenças alérgicas e outras apresentam índices crescentes de prevalência, principalmente nas grandes cidades, muitas vezes em virtude dos poluentes atmosféricos e fumaça de cigarro (TELDESCHI; SANT'ANNA; AIRES, 2002). Uma população, seja ela de risco ou não, que apresente altos índices de sintomas respiratórios é um indicador indireto bastante confiável, do ponto de vista epidemiológico, de doenças respiratórias agudas e crônicas (PIVETTA; BOTELHO, 1997). Mesmo com os altos índices atuais de doenças respiratórias, a população nem sempre sabe a quem procurar nestas circunstâncias. **Objetivos:** Analisar quais especialidades médicas a população em geral procuraria caso viesse a desenvolver alguns dos sintomas mais prevalentes em doenças pulmonares. **Métodos:** Foi realizado um questionário com 200 pessoas, escolhidas de forma aleatória no centro da cidade de Cuiabá-MT. Perguntou-se qual médico a pessoa procuraria se por acaso apresentasse dor no peito, dor nas costas, chiado no peito, tosse e falta de ar. **Resultados:** Os entrevistados apresentaram a seguinte distribuição: SEXO: 93 homens e 107 mulheres. IDADE: 48 tinham de 0-20 anos; 79 tinham de 21-40 anos; 51 tinham de 41-60 anos; 22 tinham mais de 60 anos. ESCOLARIDADE: 51 tinham ensino fundamental; 58 tinham ensino médio incompleto; 72 tinham ensino médio completo; 11 tinham ensino superior incompleto; 8 tinham ensino superior completo. Em caso de "dor no peito" 50 procurariam um clínico geral, 135 um cardiologista, 9 um pneumologista, 3 um ginecologista, 1 um ortopedista, 1 um mastologista e 1 um médico de dor. Em caso de "dor nas costas" 81 procurariam um clínico geral, 9 um cardiologista, 10 um pneumologista, 2 um ginecologista, 97 um ortopedista e 1 um médico de dor. Em caso de "chiado no peito" 123 procurariam um clínico geral, 8 um cardiologista, 63 um pneumologista, 1 um ginecologista, 1 um ortopedista, 2 um otorrinolaringologista e 2 um pediatra. Em caso de "falta de ar" 103 procurariam um clínico geral, 31 um cardiologista, 63 um pneumologista, 1 um ginecologista e 2 um otorrinolaringologista. Em caso de "tosse" 126 procurariam um clínico geral, 1 um cardiologista, 70 um pneumologista, 1 um ginecologista e 2 um otorrinolaringologista. **Conclusão:** No caso de "dor no peito" o mais lembrado foi o cardiologista mostrando que os pacientes fazem forte associação entre este sintoma e a possibilidade de uma doença cardíaca. Em todas as situações o pneumologista foi menos lembrado que o clínico geral. A opção por um pneumologista foi a segunda mais escolhida nos casos de "chiado no peito", "falta de ar" e "tosse". Os dados obtidos sugerem que ações promocionais devem ser realizadas para

que a população associe os sintomas respiratórios com a necessidade de consultar um pneumologista.

P0100 AVALIAÇÃO DO GRADIENTE ALVÉOLO-ARTERIAL DE OXIGÊNIO EM PACIENTES CIRRÓTICOS LISTADOS PARA TRANSPLANTE DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE (PAVILHÃO PEREIRA FILHO).

RANGEL OLSEN DE CARVALHO; EDUARDO GARCIA; FERNANDA WALTRICK MARTINS; LUCAS JESUS DE MEDEIROS; TAIANE FRANCIELI REBELATTO; FABIOLA SCHORR; LILIAN RECH PASIN
COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: GRADIENTE ALVEOLO-ARTERIAL; CIRROSE; TRANSPLANTE HEPÁTICO

Introdução: A síndrome hepato-pulmonar (SHP) tem prevalência de 18% em candidatos a transplante hepático e é definida pela triade (doença hepática, desoxigenação arterial e dilatações vasculares pulmonares), podendo ser subclínica em até 15% dos pacientes cirróticos. A SHP determina mau prognóstico e o transplante hepático é o tratamento de escolha. O cálculo do gradiente alvéolo-arterial de oxigênio (GAaO₂) é um dos Métodos mais sensíveis para detecção de desoxigenação arterial. **Objetivos:** Avaliar o GAaO₂ de pacientes cirróticos candidatos a transplante hepático; especificamente correlacionar as alterações no GAaO₂ com as diferentes pressões arteriais de oxigênio e verificar a elevação do GAaO₂ precocemente em relação a hipoxemia. **Métodos:** Estudo retrospectivo, através da revisão de prontuários do arquivo de transplante hepático do Hospital Dom Vicente Shaerer componente do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com inclusão daqueles com gasometria arterial em repouso e no período pré-transplante. Utilizado para cálculo do GAaO₂ a diferença entre PAO₂ (pressão alveolar O₂)=150-paO₂/0,8 e a PaO₂ (pressão arterial de O₂)=109-0,43 x idade em anos. Considerado hipoxemia quando paO₂ < 80 e elevação do GAaO₂ quando > 15. **Resultados:** O gênero masculino foi de 61% e a idade média 53 anos. Hipoxemia na gasometria ocorreu em 66 pacientes (36%). Encontrado elevação do GAaO₂ em 93 casos (54%), destes apenas 16% não tinham hipoxemia arterial concomitante. Em 35,3% dos pacientes foi realizado ecocardiograma e destes 80,6% (25) com shunt intrapulmonar confirmado tiveram elevação do GAaO₂, porém 60% dos GAaO₂ normais também apresentaram shunt e 20% dos GAaO₂ elevados não houve confirmação de shunt. Ocorreu desvio padrão de cerca de +-20 na PaO₂ e GAaO₂. Dos pacientes hipoxêmicos 98,5% tiveram GAaO₂ elevado, porém o contrário, ou seja, dos casos com elevação do GAaO₂ 30,1% não eram hipoxêmicos. Na maioria dos pacientes com GAaO₂ elevado que realizaram ecocardiograma houve confirmação de shunt intrapulmonar. A prevalência de SHP foi de 14,5%. **Conclusão:** A variabilidade do GAaO₂ e PaO₂ constatada pelos desvios padrões pode ser devido a erro laboratorial de coleta e manipulação do material. O GAaO₂ é um Métodos simples, prático, barato e bastante sensível na detecção de desoxigenação arterial de pacientes cirróticos terminais. Comprovou-se que é comum o achado de alterações na troca gasosa dessa população. A prevalência de SHP foi semelhante a relatada na literatura, porém apenas 1/3 realizou teste para shunt intrapulmonar, podendo então esta cifra ser na realidade maior. O GAaO₂ é um importante

método que contribui para mudanças no planejamento de pacientes cirróticos.

P0101 DIVERTÍCULO TRAQUEAL

THIAGO LEANDRO MARCOS; FABIO MAY SILVA, DA; IGOR ELIAS GHELLER; MAURICIO MENDES ALBUQUERQUE

HOSPITAL CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DIVERTÍCULO TRAQUEAL; CIRURGIA; TRAQUEOCELE

Introdução: Os divertículos traqueais são alterações congênitas ou adquiridas, sendo geralmente assintomáticos. Relatamos um caso de divertículo traqueal diagnosticado por tomografia computadorizada que se apresentou com tosse com secreção, associada a episódios de hemoptise. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 53 anos, com queixa de tosse produtiva há aproximadamente 3 semanas, e nos últimos 5 dias apresentava hemoptise. Também apresentava episódios eventuais de febre, que se manifestavam principalmente no período vespertino. Tabagista desde os 13 anos – 20 maços/ano. O exame físico no momento do atendimento na Emergência era normal. O radiograma de tórax demonstrou leve infiltrado pulmonar nos ápices pulmonares. Foram coletadas três amostras de escarro para pesquisa de BAAR, que foram negativas. Realizada tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou imagem cística junto ao terço superior da traquéia, sendo identificada comunicação com a mesma na parede pósterio-lateral direita. Também observou-se infiltrado pulmonar de aspecto residual nos ápices. A espirometria demonstrou distúrbio obstrutivo leve. Durante a internação hospitalar houve resolução da hemoptise. A paciente foi então submetida à fibrobroncoscopia, não sendo possível identificar a comunicação do divertículo com a traquéia, nem outra causa para a hemoptise. Optou-se pelo tratamento cirúrgico devido à sintomatologia. A ressecção cirúrgica foi realizada por cervicotomia, e durante o ato operatório identificou-se claramente uma lesão cística originando-se da traquéia. O estudo anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de divertículo traqueal. Após um acompanhamento de 6 meses, a paciente se encontra assintomática. **Discussão:** O diagnóstico dos divertículos traqueais é raro, sendo, na maioria dos casos, ocasional. O sintoma mais freqüente é a tosse persistente. Também podem ocorrer infecções respiratórias recorrentes, pela retenção de secreção, crises de dispnéia, disфонia causada pela paralisia das cordas vocais por compressão do nervo laríngeo recorrente, disfagia intermitente, até sensação de massa cervical dependendo do volume da lesão. O tratamento pode ser cirúrgico ou conservador. No caso em questão indicou-se o tratamento cirúrgico por se tratar de paciente sintomática, de baixo risco cirúrgico.

P0102 PARAGANGLIOMA DE MEDIASTINO - RELATO DE CASO

JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS; MARCELO CUNHA FATURETO; TARCÍSIO BARCELOS EVANGELISTA; EVELYNE GABRIELA SCHMATZ CHAVES MARQUES; JORGE RESENDE LOPES JÚNIOR; EDUARDO TAVARES DA SILVA

UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PARAGANGLIOMA; TUMORES ; MEDIASTINO

Introdução: Paragangliomas são neoplasias de origem neuroendócrina, derivadas das células cromafins do sistema simpático extra-adrenal. Paragangliomas mediastinais representam menos de 0,3% de todos os tumores mediastinais e menos de 2% de todos os paragangliomas.

São tumores indolentes, altamente vascularizados, aderentes aos tecidos adjacentes, podendo ser funcionais ou não. É indicado ressecção cirúrgica sempre que possível com taxas de sobrevivência de 84,6% descritas na literatura, com as dificuldades próprias da cirurgia pela neoplasia e por sua localização. **Objetivos:** Apresentar causa rara de dor torácica. **Resultados:** Paciente de 60 anos, branca, natural e procedente de Uberaba, procurou o serviço de Cirurgia Torácica – HC – UFTM com queixa de dor em hemitórax esquerdo há 2 anos, contínua, estável, sem fatores de melhora ou piora, sem irradiação e de moderada intensidade. Negava perda ponderal. Tinha como comorbidades hipertensão arterial controlada, fibromialgia, depressão e doença de Chagas; negava tabagismo; relatava pai falecido por câncer de pulmão. Apresentava exame físico sem alterações e trazia raio X de tórax normal. Durante a investigação foi solicitado ecocardiograma que evidenciou imagem sólida heterogênea entre ramo direito da artéria pulmonar e arco aórtico e tomografia de tórax que revelou massa de mediastino médio de limites definidos sem sinais de invasão, com leve compressão das estruturas vasculares, realçada com contraste iodado venoso medindo 5,5 x 5,2 x 4,7 cm. Realizado lavado brônquico que foi negativo para células neoplásicas e cintilografia de tórax também negativa. Optou-se então pela realização de mediastinoscopia direta por cervicotomia transversal anterior inferior, entretando, diante do intenso sangramento do tumor à manipulação, foi necessária toracotomia lateral direita, através da qual foi identificada e ressecada grande massa tumoral sólida, com 5 cm de diâmetro, sangrante, adjacente à artéria pulmonar, pericárdio e esôfago. Também foram ressecados linfonodos peri-hilares e o tórax foi drenado à direita no fim do ato cirúrgico. A paciente foi extubada no pós-operatório imediato, período no qual apresentou rouquidão, leve desconforto em hemitórax direito, mas com saturação de oxigênio satisfatória e estabilidade hemodinâmica. Evoluiu bem, tendo alta no 10º dia pós-operatório. Foi reavaliada no ambulatório de Cirurgia Torácica na semana seguinte à alta, referindo melhora do quadro algico e persistência da rouquidão. Trazia raio X de tórax normal. O anátomo-patológico revelou paraganglioma mediastinal e linfonodos subcarinais sem evidências de neoplasia. **Conclusão:** Paragangliomas mediastinais são tumores raros, de difícil diagnóstico e laborioso tratamento cirúrgico, representando um desafio para o cirurgião torácico visto que a possibilidade de ressecção completa é fator crucial para a sobrevida.

PO103 HISTIOCILOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS: OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO

JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS; MARCELO CUNHA FATURETO; EVELYNE GABRIELA SCHMATZ CHAVES MARQUES; THIAGO GUILARDUCCI IKEDA; FLÁVIO MALAQUIAS AMÂNCIO; WILSON ALVES MAQUES DA COSTA; CHRISTIANO MARTINS ALEXANDRE; ÁLVARO HENRIQUE NETO UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HISTIOCILOSE; LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; INTERSTÍCIO
Introdução: A Histiocitose de células de Langerhans, doença intersticial pulmonar granulomatosa rara, relacionada ao tabagismo e de causa desconhecida, afeta indivíduos jovens e promove um grande impacto em sua qualidade de vida, sendo na maioria dos casos persistente e progressiva. **Objetivos:** Apresentar um caso clínico de doença pulmonar intersticial rara, discutindo sobre a dificuldade de se definir com precisão o diagnóstico. **Resultados:** Paciente do sexo

feminino, 23 anos, negra, natural e procedente de Uberaba, balconista, procurou o serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas da UFTM com relato de tosse seca há um ano, associada a dispnéia aos pequenos esforços e dor torácica inespecífica não ventilatório dependente há 3 meses, já tendo sido avaliada por diversos clínicos gerais sem melhora do quadro. Negava comorbidades, perda ponderal e uso de medicamentos. Tabagista 5 anos-maço. Ao exame físico não foi detectada nenhuma anormalidade. Foi solicitado então espirometria que mostrava redução de VEF1, distúrbio ventilatório obstrutivo grave com diminuição de CVF e DPOC estadios IV, Rx de tórax que revelava parênquima pulmonar com padrão vidro fosco associado a padrão reticular e TC de tórax que evidenciava lesões hipoatenuantes difusas, de paredes visíveis, relativamente homogêneas em ambos os pulmões com predomínio nas porções superiores dos mesmos tendo como hipótese diagnóstica linfangioleiomiomatose. Diante do resultado de tais exames, a paciente foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Torácica da mesma instituição e submetida a videotoracoscopia com biópsia do lobo pulmonar inferior direito, sendo visualizado, durante o procedimento, parênquima pulmonar com múltiplos cistos. O resultado do anátomo-patológico revelou quadro histológico compatível com granuloma eosinofílico pulmonar (Histiocitose de células de Langerhans pulmonar), comprovado no estudo imuno-histoquímico, sendo positivos os marcadores S100 e CD1a. A paciente interrompeu o tabagismo conforme orientações da equipe de Cirurgia Torácica e desde então refere remissão da tosse, apesar da persistência da dispnéia. Mantém acompanhamento no serviço de Pneumologia, no momento em uso de corticoterapia oral em baixas doses e broncodilatador inalatório, com melhora clínica lentamente progressiva. **Conclusão:** Doenças intersticiais pulmonares são distúrbios heterogêneos que com frequência não possuem etiologia bem definida e estão associados a morbimortalidade considerável, sendo muitas vezes necessários métodos invasivos para definição do diagnóstico. Não há consenso acerca do melhor tratamento para a maioria deles, sendo o seguimento clínico-radiológico a longo prazo fundamental. No caso específico da Histiocitose de células de Langerhans, a cessação do tabagismo contribui para a evolução favorável da doença e o estímulo à manutenção da abstinência deve ser enfaticamente encorajado.

PO104 UM CASO DE TUMOR MEDIASTINAL GIGANTE DE CÉLULAS GERMINATIVAS

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTEBEKE; GEORGE BUTEL TAVARES; ALTAIR R CHAVES

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINO; NEOPLASIA; GIGANTE

Introdução: Os teratomas malignos representam 25% dos tumores de células germinativas no mediastino e mais de 90% ocorrem no sexo masculino. Apresentamos um relato de ressecção bem sucedida de um tumor mediastinal gigante. **RELATO:** Jovem, masculino, 16 anos, foi admitido com quadro clínico de tosse, dor torácica, dispnéia e perda ponderal importante. Radiografia de tórax evidenciou opacificação completa do hemitórax esquerdo com desvio contralateral das estruturas mediastinais. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou volumosa lesão expansiva heterogênea com áreas císticas e necróticas e calcificações grosseiras, ocupando a totalidade do hemitórax

esquerdo sem planos de clivagem nítidos com as estruturas vasculares mediastinais e com importante deslocamento e compressão do parênquima pulmonar. Foi submetido a mediastinotomia anterior com diagnóstico histopatológico de cisto tímico multiloculado. Foi realizada ressecção da tumoração por bitoracotomia e esternotomia total associada a pneumonectomia com ligadura intrapericárdica. A massa pesava 2,25 Kg e media 22x17,5x12 cm. O paciente recebeu alta hospitalar no 7º DPO. O laudo histopatológico com confirmação imunohistoquímica foi de tumor misto de células germinativas representado por carcinoma embrionário, seminoma clássico, tumor de seio endodérmico e teratoma maduro. O paciente foi submetido a tratamento quimioterápico, apresentando evolução satisfatória até o 6º mês de seguimento pós-operatório. **Discussão:** O carcinoma embrionário é um tumor extremamente raro, altamente maligno, podendo ser encontrado na forma pura ou associado com outros tumores malignos de células germinativas. Os tumores de seio endodérmico são extremamente raros no mediastino, havendo poucos casos relatados na literatura. Os teratomas malignos podem crescer, chegando a pesar até um quilograma. O caso aqui relatado evidencia as grandes dimensões que tumores mediastinais podem atingir, bem como as grandes dimensões que podem ter a época do diagnóstico. **Conclusão:** Relatamos o caso de um tumor de células germinativas misto com a presença de tipos histológicos raros e com a particularidade de apresentar grandes dimensões, sendo, porém, submetido a ressecção cirúrgica com sucesso.

P0105 ADENOMA DE PARATIREÓIDE MADIESTINAL: UM RELATO DE CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTEBEKE; ÊNIO B CARNEIRO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ADENOMA; PARATIREÓIDE; MADIESTINO

Introdução: Adenoma de paratireóide é a causa de hiperparatireoidismo primário em cerca de 80% dos casos, devendo-se suspeitar do diagnóstico em indivíduos com hipercalcemia ou com manifestações clínicas clássicas da doença. **Relato do Caso:** Homem, 54 anos, foi admitido com queixa de perda ponderal de 10 Kg em 6 meses e perda de força muscular com dificuldade para deambulação. A análise laboratorial evidenciou dosagem de cálcio sérico de 21,1 mg/dL e dosagem de paratormônio de 2.257 picograma/ml. Realizou tomografia computadorizada de tórax com achado de massa mediastinal em topografia paratraqueal direita, desviando a traquéia em sentido contralateral. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou litíase renal bilateral sem sinais de insuficiência do órgão. Os achados cintilográficos foram sugestivos de adenoma de paratireóide. O paciente foi submetido a esternotomia parcial com ressecção da tumoração. O laudo histopatológico confirmou o diagnóstico de adenoma de paratireóide. O paciente evoluiu no pós-operatório com diminuição gradual dos níveis de cálcio e paratormônio, bem como melhora do quadro clínico. **Discussão:** O adenoma de paratireóide é uma neoplasia benigna funcionante que ocorre mais comumente no pescoço. A localização mediastinal destes adenomas é estimada entre 11% a 22% nos pacientes com hiperparatireoidismo primário, sendo mais comum no mediastino ântero-superior. A presença de elevados níveis séricos de cálcio e paratormônio conduziram à hipótese

diagnóstica de adenoma de paratireóide e à investigação de sua localização, surpreendendo a localização ectópica.

Conclusão: Relatamos um caso de adenoma de paratireóide mediastinal, submetido a ressecção e que evoluiu com completa remissão dos sinais e sintomas.

P0106 CORDOMA MADIESTINAL POSTERIOR: RELATO DE UM CASO

IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO; CARLOS ALBERTO ALMEIDA ARAÚJO; HYLAS PAIVA DA COSTA FERREIRA; PEDRO SALES LIMA DE CARVALHO; ROMERO DE LIMA FRANÇA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CORDOMA; MADIESTINAL; POSTERIOR

Introdução: cordomas são tumores ósseos raros originados de remanescentes do notocorda embrionário,1 equivalendo a cerca de 1 a 4% de todos os tumores ósseos.2 São encontrados mais freqüentemente na região sacrococcígea (50% a 60%) e esfenobasilar (25% a 40%).3 Cordoma mediastinal intratorácico é extremamente raro, representando 3% de todos os cordomas e podem ser extradurais, causando sintomatologia decorrente da compressão radicular.4, 5, 6, 7 Acometem dois homens para cada mulher, sendo mais prevalente nos sexagenários.8 Apresenta um crescimento lento e com tendência a recidiva local apesar dos tratamentos cirúrgicos e radioterápicos.9 **Objetivos:** descrever um caso de cordoma mediastinal posterior com metástase pleuro-pulmonar e diafragmática. **Métodos:** homem, 55 anos, tabagista - 49 maços/ano, assintomático e com ausculta pulmonar normal. Em avaliação clínica de rotina, uma radiografia de tórax revelou opacidade em mediastino posterior. Devido a este achado, seguiu a investigação com tomografia computadorizada de tórax (TCT) e posteriormente, ressonância nuclear magnética (RNM), tendo seu diagnóstico esclarecido. **Resultados:** A TCT foi sugestiva de tumor com características de tumor neurogênico em mediastino posterior esquerdo, estando em íntima relação com aorta torácica e artéria subclávia esquerda. A RNM não evidenciou invasão do canal raquidiano. Foi submetido à toracotomia pótero-lateral esquerda, com ressecção macroscopicamente completa da lesão. O histopatológico revelou cordoma com margens microscopicamente comprometidas. Realizou radioterapia adjuvante: dose total de 5400 cGY. Seis anos após o diagnóstico, controle tomográfico evidenciou opacidades justapleurais, sendo submetido à pleuroscopia para ressecção dos nódulos, que revelou cordoma. Um PET/CT observou aumento do metabolismo glicolítico em nódulos do mediastino posterior paravertebral esquerdo, em áreas de espessamento pleural no hemitórax esquerdo, no 2º, 4º e 6º arcos costais esquerdos e em massas nos espaços intercostais posteriores esquerdos entre o 10º e 12º arcos costais. Foi submetido à toracotomia com laminectomia, ressecção em bloco da lesão do leito cirúrgico e das lesões satélites. Todas, metástases do cordoma. **Conclusão:** A raridade deste caso reside na localização do tumor; no fato de ser um tumor de partes moles e não ósseo; na ausência de dor radicular e principalmente no comportamento tumoral agressivo com metástases pulmonares, pleurais e diafragmáticas. Os autores reforçam que diante de um quadro radiológico de um tumor de mediastino posterior, em que os tumores neurogênicos são os mais freqüentes, deve-se ter como diagnóstico diferencial os cordomas de mediastino posterior. Principalmente se

houver envolvimento ósseo pela lesão. Observam, ainda, que essa entidade pode ter um comportamento mais agressivo e manifestar-se com recidiva a distância.

PO107 ESTUDO COMPARATIVO DE PULMÕES SUBMETIDOS À PERFUSÃO COM LPD ("LOW-POTASSIUM DEXTRAN") E HTK ("HISTIDINA-TRIPTOFANO-KETOGLUTARATO"), APÓS PERÍODOS VARIADOS DE ISQUEMIA: MODELO EXPERIMENTAL "EX-VIVO" EM RATOS

EDSON AZEVEDO SIMOES¹; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES²; FÁBIO BISCEGLI JATENE³; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO⁴; EDUARDO WEREBE⁵; ROGERIO PAZETTI⁶; NATHALIA NEPOMUCENO⁷; ARISTIDES TADEU CORREA⁸

1,2,3,4,5,8. INCOR DO HCFM-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 6. LABORATÓRIO DE PESQUISA EM CIRURGIA TORÁCICA FM-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 7. LABORATÓRIO DE PESQUISA EM CIRURGIA TORÁCICA FM-USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; PRESERVAÇÃO PULMONAR; MODELO EXPERIMENTAL

Introdução: o transplante pulmonar apresenta importante papel como forma de tratamento para doenças pulmonares terminais. Entretanto, a mortalidade relacionada ao transplante pulmonar continua sendo significativa. A disfunção do enxerto é considerada a maior causa de mortalidade e tem sua etiopatogenia na lesão de isquemia-reperusão. **Objetivos:** comparar o desempenho de pulmões de ratos após a reperusão, preservados com 2 soluções em 2 tempos de isquemia distintos. **Métodos:** quarenta ratos machos Wistar-Furth foram anestesiados, heparinizados, traqueostomizados e ventilados, sendo submetidos a esternotomia, canulação da artéria pulmonar e perfusão anterógrada com solução preservadora, sendo randomizados em 4 grupos (N=10 cada): Grupo 1 (6h de isquemia, com LPD), Grupo 2 (6h de isquemia, com HTK), Grupo 3 (12h de isquemia, com LPD), Grupo 4 (12h de isquemia, com HTK). O bloco coração-pulmão foi extraído e preservado por 6 ou 12 horas sob hipotermia (4-8°C), perfundidos com sangue homólogo em um sistema de perfusão ex-vivo (IL2 lung perfusion system, Harvard Apparatus) durante 60 minutos. A cada 10 minutos obtiveram-se medidas da mecânica respiratória, peso pulmonar, pressão da artéria pulmonar e capacidade de oxigenação. Os resultados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** os valores do volume corrente, complacência, resistência, capacidade de oxigenação pulmonar, pressão da artéria pulmonar e peso pulmonar não diferiram entre os tempos de isquemia e seus respectivos momentos nos Grupo 1 e 2, bem como nos animais dos Grupos 3 e 4. Entretanto, os valores do volume corrente foram superiores nos pulmões com isquemia de 6 horas nos Grupos com LPD e HTK ($p=0,02$ e $p=0,04$ respectivamente). A complacência pulmonar foi superior nos pulmões com isquemia de 6 horas no Grupo LPD ($p=0,008$) quando comparados aos pulmões com 12 horas de isquemia, o que não ocorreu nos pulmões preservados com HTK. A comparação da capacidade de oxigenação pulmonar entre os pulmões com isquemia de 6 horas no Grupo LPD e os com 12 horas de isquemia não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,07$). No entanto, houve diferença estatisticamente significativa nos pulmões com isquemia de 6 horas no Grupo HTK ($p=0,037$), quando comparados aos pulmões com 12 horas de isquemia. A resistência pulmonar foi superior nos pulmões com isquemia

de 12 horas nos Grupos com LPD e HTK ($p=0$ e $p=0,017$ respectivamente), quando comparados aos pulmões com 6 horas de isquemia. Ao longo do tempo de perfusão, foi observado um aumento gradual do peso de todos os pulmões, mormente naqueles submetidos a 12 horas de isquemia, apesar de não terem sido observadas diferenças significativas entre os grupos LPD e HTK ($p=0,278$ e $p=0,243$ respectivamente). **Conclusão:** pulmões de ratos perfundidos com soluções LPD e HTK apresentaram um desempenho semelhante neste modelo de perfusão ex-vivo.

PO108 MODELO EXPERIMENTAL EX VIVO COM BLOCO PULMONAR DIVIDIDO PARA ESTUDO EM PULMÕES HUMANOS NÃO ACEITOS PARA TRANSPLANTE PULMONAR

ALESSANDRO WASUM MARIANI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; ISRAEL LOPES MEDEIROS; ARTUR EUGÊNIO DE AZEVEDO-PEREIRA; LUCAS MATOS FERNANDES; FERNANDO DO VALLE UNTERPERTINGER; FLAVIO GUIMARAES FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE
INCOR HC/FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; RECONDICIONAMENTO EX VIVO; PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS

Introdução: O baixo índice de aproveitamento de órgãos para transplante pulmonar estimulou diversos grupos a pesquisar formas de aumentar este índice sem comprometer o resultado pós-transplante. Dentre estas pesquisas nenhuma ganhou tanto interesse da comunidade científica quanto o modelo de avaliação e recondicionamento pulmonar ex vivo proposto por Steen e cols¹. O grupo de transplante pulmonar InCor HC/FMUSP iniciou trabalho com esta técnica para estudo de pulmões humanos não aceitos para transplante em 2009, porém, detectamos grande variabilidade entre os casos limitando desenvolvimento de alguns estudos. No intuito de reduzir este problema desenvolvemos uma técnica simples de separação do bloco pulmonar em direito e esquerdo e posterior re-conexão do mesmo permitindo que um lado sirva de caso e o outro de controle. **Objetivos:** Descrever a metodologia desenvolvida para avaliação individual simultânea entre pulmão esquerdo e direito no sistema de reperusão pulmonar ex vivo. **Métodos:** Foram utilizados pulmões de doadores em morte cerebral notificados pela Central de Transplante do Estado de São Paulo que fossem rejeitados pelas equipes de transplante pulmonar. O critério de exclusão foi a presença de grande diferença a inspeção e palpação entre os pulmões direito e esquerdo. A captação segue a técnica rotineiramente empregada pela equipe de transplante pulmonar². O bloco pulmonar após extração é separado em direito e esquerdo por seção do átrio esquerdo, da artéria pulmonar e da carina traqueal. Isto permite, por exemplo, que cada lado possa ser submetido isoladamente a modos de preservação diferentes. Após determinado o período de tempo pré-determinado os pulmões esquerdo e direito são re-conectados por uso de cânulas em Y na traquéia e na artéria pulmonar permanecendo as veias pulmonares separadas. Isto permite a reperusão no sistema ex vivo conforme descrito em publicação prévia³, porém, possibilitando a coleta de gasometrias e monitorização das pressões de artérias pulmonares de forma independente para cada lado. **Resultados:** Três casos foram realizados para assegurar a viabilidade da técnica. A causa da morte encefálica foi TCE em 2 casos e AVCh em 1. O motivo de recusa em todos os casos foi a gasometria arterial insatisfatória ($PaO_2 < 300$). A idade dos doadores variou de

18 a 52 com média de 41 anos. A Média das gasometrias in vivo foi 233 mmHg. A gasometria arterial coletada ao final da reperfusão mostrou média de 390,3 mmHg à direita e 387,6 mmHg à esquerda. Este modelo permitiu medida confiável das pressões de artérias pulmonares durante toda a reperfusão, a média encontrada para as pressões de artéria pulmonar direita foi 14,8 mmHg e para artéria pulmonar esquerda 14,6 mmHg. **Conclusão:** O Modelo experimental ex vivo com bloco pulmonar dividido permite a realização de experimentos com pulmões humanos não aceitos para transplante possibilitando que um lado seja controle do outro diminuindo a variabilidade encontrada entre os doadores.

PO109 FISTULA ARTÉRIO-VENOSA PULMONAR - RELATO DE CASO RARO

JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS; MARCELO CUNHA FATURETO; FLÁVIA A BELÊSA; LEANDRO MENEZES LOPES DOS SANTOS; MAURÍCIO MURCE ROCHA; DIEGO GUIMARÃES GOUVEIA

UFTM, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA; ARTERIOGRAFIA; HIPOXEMIA
Introdução: As fistulas arterio-venosas pulmonares (FAVP) são malformações raras caracterizadas por uma comunicação entre a rede arterial e venosa pulmonar condicionando um shunt direito-esquerdo. As repercussões hemodinâmicas dependem do seu grau, podendo cursar com insuficiência cardíaca congestiva refratária nos casos mais graves e cianose. Tem incidência de 2 a 3:100.000 nascimentos, sendo mais freqüente em mulheres. Os autores descrevem 1 caso clínico de FAVP com poliglobulia significativa. **Descrição do caso:** Homem de 26 anos, motorista, portador de importante poliglobulia foi referenciado ao serviço de cirurgia torácica havia três anos. Apresentava crises de cefaleia, cianose labial, hipocratismo digital e saturação de oxigênio de 77% sem melhora significativa com O₂. A radiografia de tórax mostrava nódulo paracardiaco direito; a Tomografia Computadorizada (TC) evidenciou nódulo bastante vascularizado. Na ocasião foi indicada cirurgia e o paciente a recusou. Mantendo o mesmo quadro, novo RX e TC mostraram alguma progressão da lesão. A arteriografia pulmonar confirmou a volumosa FAVP. O ecocardiograma não mostrou repercussões hemodinâmicas. A gasometria arterial evidenciou hipoxemia e dessaturação significativas. A lobectomia inferior direita foi realizada sem intercorrências. 343/350. **Discussão:** Fistulas arterio-venosas pulmonares (FAVPs) são comunicações anormais diretas entre artéria e veia pulmonar. A maioria dos casos de FAVPs é congênita, mas existem descritas na literatura outras etiologias como trauma, cirurgias torácicas, tuberculose e actinomicose. As FAVPs condicionam shunt direito-esquerdo responsável por uma série de manifestações clínicas. Além disso, prejudicam a troca gasosa dos pulmões tornando-os fonte de êmbolos e infecções sistêmicas. A maioria dos sintomas surge entre a quarta e sexta década de vida como epistaxe, telangiectasias, cianose e sangramento gastrointestinal. As FAVPs localizadas nas bases podem causar hipoxemia ortostática e platipnéia devido à diminuição do fluxo sanguíneo através das FAVPs na posição supina. As FAVPs podem resultar em uma série de complicações como abscessos cerebrais, acidentes vasculares encefálicos, enxaqueca, hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, embolismos, hemoptise, hemotórax e policitemia. O diagnóstico é realizado pela suspeita clínica complementada com exames como TC e arteriografia

pulmonar, que definem o local, extensão e número de lesões. A ressecção é o único método curativo, porém fistulas menores podem ser fechadas por embolizações. 1232/1250
Conclusão: As fistulas arterio-venosas pulmonares são afecções raras. As embolizações são prescritas em fistulas menores ou múltiplas. O tratamento cirúrgico está indicado em fistula volumosa e geralmente é curativo.

PO110 TIMOMA INVASIVO EM PACIENTE MIASTÊNICO - RELATO DE CASO

JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS; MARCELO CUNHA FATURETO; DIEGO GUIMARÃES GOUVEIA; MAURÍCIO MURCE ROCHA; RAFAEL SOARES LIMA; LEANDRO MENEZES LOPES DOS SANTOS; TARCÍSIO BARCELOS EVANGELISTA

UFTM, UBERABA, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TIMOMA; MIASTENIA; RESSECÇÃO

Introdução: Os timomas são os tumores mais freqüentes do mediastino anterior do adulto e correspondem a 20% dos tumores mediastinais. Aproximadamente 15% dos miastênicos têm timoma, ao passo que 35% dos pacientes com timoma têm miastenia. **Objetivos:** Relatar caso de Timoma invasivo em paciente miastênico. **Relato de Caso:** E.B.O., 56 anos, masculino, moreno, casado, 5 filhos, borracheiro, natural de Prata(MG) e procedente Uberaba(MG). Paciente admitido no pronto-socorro em maio de 2009 com queixa de dispnéia com 1 semana de evolução. Na história pregressa o paciente referia ptose palpebral, olhos vermelhos, fraqueza muscular e disfagia há dois meses, com piora progressiva e perda de 12 kg nesse período. Relatava ainda dispnéia de repouso e tosse seca há 1 semana da admissão. Sem queixas urinárias ou gastrointestinais; negava febre. O exame físico inicial revelava o paciente em regular estado geral, ptótico e taquipnéico. Apresentava maciez à percussão de base torácica esquerda, com murmúrio vesicular abolido à ausculta de base pulmonar esquerda. Abdome inocente, sem linfadenomegalias. Realizou RX de tórax que evidenciou seio costofrênico esquerdo obliterado com imagem hiperdensa em topografia de Lobo Superior Esquerdo. A tomografia computadorizada de tórax revelou massa pulmonar que mantinha interface com mediastino (invasão ou compressão), além de derrame pleural moderado. Foi realizada toracocentese com saída 1700 ml de líquido citrino, cuja análise revelou tratar-se de transudato, sendo negativa a pesquisa de células neoplásicas naquele momento. Realizou-se ainda broncofibroscopia e lavado bronco-alveolar (normais). Ainda em março de 2009 optou-se pela toracotomia esquerda com biópsia à céu aberto, cuja análise histológica revelou timoma invasivo grau A/B. A Imunohistoquímica também foi realizada, revelando timoma invasivo compatível com tipo B-2. Após preparo pré-operatório, foi submetido, em maio de 2009, à exérese da massa em mediastino anterior, procedimento sem intercorrências. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, recebendo alta no 12º dia após o procedimento cirúrgico. Foi encaminhado para tratamento oncológico complementar, e nos exames de seguimento na cirurgia torácica não foram evidenciados sinais de recidiva tumoral. **Conclusão:** Embora com crescimento lento, pacientes com timoma podem apresentar formas invasivas, com invasão do pericárdio, pleura, pulmão, veia cava superior, arcos costais

e metástase à distância. Outras síndromes paraneoplásicas como hipogamaglobulinemia, anemia, pênfigo e doenças auto-imunes podem surgir e devem ser identificadas como manifestação clínica dos timomas.

P0111 AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DE ISQUEMIA REPERFUSÃO PULMONAR EX-VIVO EM RATOS: COMPARAÇÃO ENTRE PERFADEx E SOLUÇÃO LPD-GLICOSE DE FABRICAÇÃO NACIONAL

PAULA ROBERTA OTAVIANO SOARES¹; KARINA ANDRIGUETTI DE OLIVEIRA²; NATHALIA NEPOMUCENO³; ROGERIO PAZETTI⁴; ARTEIRO QUEIROZ MENEZES⁵; PAULO FRANCISCO GUERREIRO CARDOSO⁶; FÁBIO BISCEGLI JATENE⁷; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES⁸

1,2,3,5,6,7,8.INSTITUTO DO CORAÇÃO-FACULDADE DE MEDICINA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.INSTITUTO DO CORAÇÃO- FACULDADE DE MEDICINA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PULMÃO; EX-VIVO; CIRURGIA TORÁCICA

Introdução: No transplante pulmonar a morbi-mortalidade relacionada a lesão de isquemia-reperfusão (IR) permanece elevada. A IR inicia-se após a morte cerebral, continuando durante o período de isquemia fria e de reperfusão do órgão após o implante. As soluções de preservação utilizadas no momento da captação do órgão no doador podem diminuir a injúria de isquemia e reperfusão. Até recentemente inexistia uma solução específica para o pulmão de fabricação nacional. Objetivos: Avaliar os efeitos da solução de perfusão comercial Perfadex® e da solução LPD-glicose de fabricação brasileira após isquemia hipotérmica e reperfusão em modelo experimental de perfusão pulmonar ex-vivo em ratos. Métodos: 60 ratos machos adultos da raça Wistar foram randomizados em 6 grupos conforme a solução de preservação: Perfadex® (Vitrolife-Suécia; LPD, n=20), LPD glicose nacional (Farmoterápica-SP,Brasil; LPDnac, n=20) e solução salina (SAL, n=20) e os períodos de preservação hipotérmica (4°C) de 6 e 12 horas. Os animais foram anestesiados, traqueostomizados, ventilados (ar ambiente, FR=70irpm, PEEP=1cmH2O) e heparinizados. Após esternotomia, foi realizada a lavagem pulmonar anterógrada e o bloco coração-pulmão foi extraído. Após o tempo de isquemia, o bloco foi conectado ao sistema de perfusão ex-vivo "IL2-Isolated rat or guinea pig lung perfusion system" (Harvard Apparatus, Mass-EUA;Hugo Sachs Elektronik, Alemanha), ventilado e reperfundido por 1 hora com sangue venoso obtido de ratos doadores, aquecido e desoxigenado com a mistura gasosa (90%N2; 10%CO2) em desoxigenador de membrana (D-150 Hemofilter, Medsulfone-Itália). A intervalos de 10 minutos foram medidos gasometria arterial e venosa pulmonar, pressão arterial pulmonar, mecânica ventilatória (VC, resistência, complacência, fluxo inspiratório) e peso dos blocos cardio-pulmonares. A capacidade de oxigenação foi calculada pela fórmula $CRO = [(PvO2 - PaO2) \times 100] / PaO2$. A análise estatística foi realizada através de comparação entre os grupos por ANOVA com nível de significância de 5%. Resultados: Os parâmetros de mecânica ventilatória mostraram-se melhores os pulmões de 6 horas de isquemia, mormente nos grupos LPD e SAL. Não houve diferença na capacidade relativa de oxigenação dos pulmões preservados por 6 ou 12 horas com LPD ou LPDnac (p=0,052 e p=0,703, respectivamente. Durante a perfusão houve aumento gradual

do peso dos pulmões preservados com LPDnac por 6 horas e SAL por 12 horas. A relação peso úmido/seco dos pulmões foi significativamente menos nos pulmões submetidos a 6 horas de isquemia (6 horas=3,89 ± 0,23 gramas; 12 horas=4,89 ± 0,24 gramas, p=0,005). Conclusão: A solução LPDnac comportou-se de forma similar a LPD no que se refere à capacidade de oxigenação, embora os parâmetros de mecânica ventilatória e quantificação de edema tenham se mostrado algo melhores com LPD, sobretudo no tempo de isquemia menor (6 horas). Isquemia hipotérmica de 12 horas resultou em pior performance e mais edema dos pulmões.

P0112 CISTO CELÔMICO MEDIASTINAL E ENDOMETRIOSE EXTRA-PÉLVICA: METAPLASIA CELÔMICA?

JOAO PAULO VIEIRA DOS SANTOS; MARCELO CUNHA FATUETTO; ANTONIO CARLOS DE OLIVEIRA MENESES; GIANNE PASCOAL; SIMONE REGES PERALES; LEANDRO MENEZES LOPES DOS SANTOS; EDUARDO SAADI NETO

UFTM, UBERABA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CISTOS; MEDIASTINO; ENDOMETRIOSE

Introdução: Os cistos pericárdicos (CP) são formados pela coalescência incompleta da lacuna fetal durante a formação do pericárdio. Sua incidência estimada é de 1: 100000[1]. São frequentemente assintomáticos e detectados incidentalmente. Todavia, quando atingem grandes extensões, podem ser sintomáticos causando dor retroesternal, dispnéia, e tosse. Algumas complicações como ruptura do cisto, compressão cardíaca, fibrilação atrial e morte súbita já foram relatadas [2]. O diâmetro varia em média entre 1 e 5 cm. Objetivos Demonstrar um cisto celômico mediastinal de proporções gigantes em paciente assintomática. Além disso, há uma correlação que corrobora com uma das hipóteses de endometriose que é a metaplasia celômica. Relato do Caso: Paciente branca, 38 anos, advogada, submetida a RX de tórax em avaliação cardiológica em pré-operatório de adenoamigdalectomia e desvio septal nasal. A paciente era assintomática respiratória, sem alterações ao exame físico. O RX evidenciou opacidade paracárdica direita. A TC do tórax mostrou cisto mediastinal em halteres de 600 ml com trajeto pericárdico, sendo mais volumoso à direita que à esquerda, confirmado por RM. A videotoracoscopia não permitiu dissecação efetiva do cisto e mostrou inúmeros nódulos em rosário nas bordas fissurais do pulmão D. A toracotomia D permitiu a exérese de inúmeros nódulos (benignos à congelação) e da maior parte do cisto que se direcionava sob o coração e acima do diafragma para o outro hemitórax. Não houve complicações pós-operatórias. O exame histopatológico evidenciou cisto celômico mediastinal e nódulos fibróticos relacionados a possível endometriose não diagnosticada. Conclusão: Os CPs não se comunicam com o espaço pericárdico e, em mais de 50% dos casos, são assintomáticos. Ocorrem mais em adultos, na terceira e quarta décadas de vida e raramente em crianças, sem preferência por sexo. O achado radiológico mais comum é uma lesão circular radiodensa homogênea no ângulo cardiofrênico direito em 2/3 dos casos [3]. Os exames de imagem mais indicados para o diagnóstico são o Ecocardiograma, TC e RM. Os diagnósticos diferenciais são aneurisma ventricular, aneurisma aórtico ou tumor sólido como angioma, lipoma, linfoma[4] e também outros cistos como cisto broncogênico intersticial e linfangiomas.. A ressecção completa destes cistos controla eventuais sintomas coexistentes, propicia o diagnóstico correto e evita

complicações como ruptura do cisto, compressão cardíaca, fibrilação atrial e morte súbita. A recidiva é improvável. A associação do cisto celômico pericárdico com a endometriose pulmonar, corrobora com uma das hipóteses etiológicas desta, que é a metaplasia celômica.

P0113 HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA MIMETIZANDO UM LIPOMA PLEURAL GIGANTE - Relato de Caso

LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; RENATA CRISTINA TEIXEIRA PINTO VIANA; RENAN ANDRÉ PÉRSIO; MARIA FERNANDA LAZZAROTTO; PABLO MORITZ; RAFAEL JOSE SILVEIRA

HU - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA; LIPOMA PLEURAL; RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

Introdução: As hérnias diafragmáticas surgem da passagem de conteúdo abdominal para a cavidade torácica em decorrência de um defeito no diafragma. Podem ser adquiridas, principalmente em consequência a traumas, ou congênitas, que ocorrem mais comumente na região pósterio-lateral pelo não fechamento do canal pleuroperitoneal durante o desenvolvimento embrionário. A maioria dos pacientes apresenta sintomas logo após nascimento, porém 5-10% podem ter sintomatologia tardia ou serem assintomáticos. O lipoma é uma neoplasia benigna originada dos adipócitos, que pode surgir em qualquer parte do corpo, sendo mais comum no tecido celular subcutâneo. Raramente podem se localizar na cavidade torácica, comprometendo brônquio, mediastino, coração, parênquima pulmonar ou pleura. **Métodos:** Relato de um caso de hérnia diafragmática mimetizando um lipoma pleural gigante. **Resultados:** Paciente masculino, 42 anos, previamente hígido, natural e procedente de Petrolândia-SC, foi encaminhado ao serviço de Pneumologia do HU-UFSC apresentando quadro de dispnéia aos moderados esforços iniciado há aproximadamente 8 meses. Referia tosse seca e plenitude pós-prandial no período, negava emagrecimento ou outros sintomas associados. Ex-tabagista há 3 anos, com carga tabágica de 54 maços/ano. Ao exame físico apresentava murmúrio vesicular abolido em terço inferior de hemitórax esquerdo. O restante do exame físico encontrava-se dentro da normalidade. Os exames laboratoriais estavam dentro dos parâmetros da normalidade. A radiografia de tórax realizada cinco meses antes evidenciava bocelamento da cúpula diafragmática esquerda, sem alterações de transparência pulmonar. A ressonância nuclear magnética, realizada um mês atrás, evidenciou volumosa formação expansiva sólida, medindo 14,5 x 2 x 4cm, de natureza adiposa, comprometendo espaço pleural da região postero-lateral do terço inferior do hemitórax esquerdo, indicativo de tecido adiposo sugerindo um lipoma. O paciente foi internado para realização de videotoracoscopia para ressecção da massa pleural. Durante a cirurgia, percebeu-se que se tratava de uma hérnia diafragmática contendo epíplon, sendo corrigida nesta ocasião, com ressecção do conteúdo da herniação. O paciente evoluiu com resolução completa dos sintomas. **Conclusão:** O caso chama a atenção para a elevada precisão da ressonância nuclear magnética em identificar áreas de tecido adiposo no tórax, embora nem sempre se trate de lipoma. As hérnias diafragmáticas também devem ser lembradas, pois podem conter epíplon, tecido ricamente adiposo.

P0114 LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA EXPERIÊNCIA DE 21 PACIENTES OPERADOS

PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; RODRIGO CAETANO DE SOUZA; ALEXANDRE DE OLIVEIRA; CROMWELL BARBOSA DE MELO

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LOBECTOMIA; MINIMAMENTE INVASIVA; VIDEOTORACOSCOPIA

Introdução: lobectomia por videotoracoscopia é uma alternativa para o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão, no estágio inicial, e mais ainda para a ressecção de parênquima pulmonar destruído por doença inflamatória. **Objetivos:** Descrever as características clínico epidemiológicas dos pacientes submetidos a ressecção lobar (lobectomias) por videotoracoscopia; avaliamos o sexo, idade, número de incisões, local da ressecção, abordagem do hilo pulmonar, tipo de doença, tempo de internação hospitalar, complicações intra e pós - operatórias. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 21 pacientes no período compreendido entre 2001 e 2010. Submetidos a lobectomia pulmonar por videotoracoscopia. **Resultados:**

SEXO:

Feminino = 11 Masculino = 10

IDADE:

Varia de 15 a 73 anos (51,23)

NÚMERO DE INCISÕES ACESSÓRIAS:

• Duas incisões - 10 pacientes

• Três - 11 pacientes

INCISÃO PRINCIPAL (cm):

• 3cm - 7 pacientes

• 4cm - 10 pacientes Média = 3,85

• 5cm - 4 pacientes

REGIÃO PULMONAR RESSECADA:

• Lobo superior direito - 2

• Lobo médio - 6,

• Lobo inferior direito - 5

• Lobo inferior direito+lobo médio - 1

• Lobo superior esquerdo - 2

• Lobo inferior esquerdo - 5

ABORDAGEM DO HILO PULMONAR:

• Grampeamento simultâneo - 01

• Estruturas dissecadas e seccionadas - veia, artéria e brônquio -20

TEMPO DE INTERNAÇÃO:

• Média - 5,3 (2 - 11)

TIPO DE DOENÇA:

1.Maligna -16

• adenocarcinoma - 8

• metastática central - 3

• tumor carcinóide - 5

2.Benigna (3)

• bronquiectasias

COMPLICAÇÕES:

1.INTRA - OPERATÓRIAS:

1 pacientes - 5,2% - sangramento por aderências

2.PÓS - OPERATÓRIO:

4 pacientes - (15%):

• Coágulo retido

• Fístula bronquiolo pleural com vazamento de ar por 7 dias

• Redrenagem por deslocamento do dreno de blake®

COMORBIDADES ASSOCIADAS:

6 pacientes (DM, HAS, ICO, SIND. CARCINÓIDE

Conclusão: A realização da lobectomia por videotoroscopia, tanto para doença maligna, quanto benigna, na nossa análise, é uma opção factível na realidade brasileira, inclusive em hospitais públicos. Há, sem dúvidas, uma curva de aprendizado, a qual inicialmente promove um aumento no tempo operatório e no tempo de internação (cautela), tal fato foi observado nos 5 primeiros pacientes. A partir do 6º paciente, pudemos observar uma diminuição significativa no tempo operatório, retorno precoce às atividades do dia a dia e ao tratamento adjuvante, melhora na duração e na intensidade da dor pós operatória, além do significativo maior grau de satisfação estética do paciente, principalmente em mulheres.

P0115 MACC I SIMULANDO TUMOR DO MEDIASTINO POSTERIOR

JULIA VIRGINIA DE FREITAS; ERICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PULMÕES; DOENÇAS CONGÊNITAS; DOENÇAS CÍSTICAS

Introdução: A MACC é uma anomalia rara, correspondendo a aproximadamente 25% das malformações pulmonares. A incidência da doença é de aproximadamente 1 caso a cada 25.000 nascidos vivos. Em 80% a 95% dos casos somente um lobo é afetado e não há predileção por gênero ou hemitórax acometido. As manifestações clínicas podem surgir desde o período neonatal, em que o crescimento do cisto leva a compressão de estruturas vizinhas, a hipoplasia pulmonar e ao desvio do mediastino com torção dos grandes vasos, gerando insuficiência cardíaca, hidropsia fetal e alto índice de óbito intra-útero. No período pós-natal, o quadro clínico pode variar desde insuficiência respiratória aguda em neonatos até infecções de repetição em escolares. O diagnóstico pode ser realizado a partir da história clínica, complementada por exames de imagem como radiografia, ultra-sonografia, ou tomografia computadorizada do tórax. Na ultrasonografia antenatal, a MACC aparece como uma massa simples ou complexa, na presença de vários cistos, preenchida por líquido. O tratamento é a cirurgia. **Relato de Caso:** Recém nascido à termo, gestação sem intercorrências, nascido de parto cesárea por iteratividade, com 12 horas de bolsa rota e saída de líquido claro, Apgar de 6/8/10 e diagnóstico ultra-sonográfico na 28ª semana de malformação pulmonar a direita. Apresentou desconforto respiratório leve ao nascer permanecendo em Halo por 18h com resolução do quadro. Foi então admitido na unidade conjunta, hemodinamicamente estável, respirando em ar ambiente, com frequência respiratória maior que 70. No 2º dia de vida, o paciente apresentava-se completamente assintomático. O RX de tórax inicial, após o nascimento, demonstrou opacidade em lobo inferior direito. TC de tórax evidenciou massa com áreas císticas preenchidas por líquido com septações finas de permeio, ocupando região médio-posterior de hemitórax direito, com efeito compressivo de massa e desvio do mediastino para a esquerda. Os exames não permitiam estabelecer com certeza o diagnóstico pré-operatório, podendo tratar-se de tumor do mediastino posterior, sendo optada pela ressecção imediata. No intra-operatório, notou-se múltiplos cistos no segmento seis do lobo inferior direito, poupando a pirâmide basal e presença da fissura acessória desse lobo. Foi realizada a lobectomia inferior direita e a alta foi no 3º PO. O anatomopatológico

foi de MACC tipo 1. **Conclusão:** O diagnóstico de MACC com o advento da ultrasonografia pré-natal pode ser feito ainda no período gestacional, a partir da vigésima semana de gestação. Isso levou a um aumento no número de diagnósticos precoces, mas neste caso a não eliminação do líquido após o nascimento nos fez pensar em tumor. O diagnóstico antenatal de MACC permite o encaminhamento da gestante para um serviço de saúde especializado, o aconselhamento adequado dos pais, a avaliação da necessidade de intervenção precoce e o planejamento do parto e do tratamento pós-natal.

P0116 ASPIRAÇÃO DE PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO APÓS FERIMENTO TRAQUEAL ALTO

LUCAS FORNAZIERI; ERICA NISHIDA HASIMOTO; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRAUMA; TRAQUEÍIA; CORPO ESTRANHO

Introdução: Os ferimentos penetrantes representam a maior causa de lesão traumática da árvore traqueobrônquica, sendo que a traquéia cervical, corresponde a 75% delas. É comum o trauma traqueal penetrante por projétil de arma de fogo estar associado a lesões de outros órgãos como o esôfago. O paciente pode apresentar respiração ruidosa e enfisema subcutâneo e mediastinal. A broncoscopia constitui o melhor exame para diagnóstico e tratamento. O tratamento, conservador ou cirúrgico, deve ser individualizado para cada paciente. Nos ferimentos graves de laringe, paralisia de cordas vocais ou necessidade de proteção de ferida operatória, indica-se traqueostomia, sempre distal às lesões. **Relato de Caso:** Paciente vítima de ferimento por projétil de arma de fogo em boca e ombro esquerdo há 36 horas, encaminhado para nosso serviço. Ao exame a via aérea se encontrava pervia, expansibilidade torácica preservada, murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturando 97% em ar ambiente, consciente, orientado, com laceração e edema importante em lábio inferior à E suturado, edema de língua e região mandibular D, impedindo a abertura da boca, ausência de dentes em arcada dentária superior e inferior e outra lesão arredondada em região supra-escapular E. Rx de crânio mostrava fratura da mandíbula D e um projétil alojado nesta região. Rx de tórax mostrava o pulmão expandido bilateralmente, não havia derrame pleural, somente um projétil alojado sob imagem cardíaca, na projeção do brônquio intermédio. TC de tórax mostrou pneumomediastino, o projétil alojado em brônquio intermédio, sem pneumotórax ou hemotórax e sem lesão de grandes vasos. Não foi possível realizar o esofagograma, porque o paciente não conseguiu degluir o contraste devido aos ferimentos em região do palato, língua e assoalho da cavidade oral. A esofagoscopia bem como a broncoscopia não foi realizada devido a impossibilidade de abertura da boca. Foi realizada uma traqueostomia com anestesia local para assegurar a via aérea, e sedação para reconstrução da base da língua. Após, foi realizada a esofagoscopia que não encontrou nenhuma lesão. Na broncoscopia foi visualizado um hematoma com abaulamento da porção membranosa traqueal, na altura da região cervical, sem lesão visível apenas recoberta com tecido de fibrina e o projétil alojado no brônquio intermédio, totalmente livre dos tecidos adjacentes. O corpo estranho foi retirado sem dificuldades e na revisão dos brônquios e seus subsegmentos, não foi evidenciada nenhuma região

por onde o projétil poderia ter passado. O paciente evoluiu muito bem após o procedimento, recebeu alta no 15º dia após nova broncoscopia de controle que mostrou uma redução importante do hematoma e do abaulamento da porção membranosa, sendo então decanulado. **Conclusão:** Concluímos que o projétil que entrou em região supra-escapular E, transfixou a porção membranosa da traquéia sem lesar o esôfago, sendo posteriormente aspirado pelo paciente para o brônquio intermédio.

PO117 OSTECONDROMATOSE MÚLTIPLA HEREDITÁRIA COM COMPROMETIMENTO ESTERNAL

ERICA NISHIDA HASIMOTO; LUCAS FORNAZIERI; JULIA VIRGINIA DE FREITAS; DANIELE CRISTINA CATANEO; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO, OLAVO RIBEIRO RODRIGUES

DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PAREDE TORÁCICA; TUMORES ÓSSEOS; HEREDITÁRIA

Introdução: A osteocondromatose múltipla hereditária é uma desordem do crescimento ósseo endocondral com defeito metafisário que remodela e retarda o crescimento ósseo longitudinal. O padrão de herança é definido por gene autossômico dominante. Há mais relatos na raça amarela, mas não existe predileção por gênero, apesar das mulheres possuírem uma expressão reduzida com menos manifestações clínicas. Os ossos mais comumente acometidos são os tubulares, além da escápula, pelve e costelas. O tratamento cirúrgico está indicado quando há dor, irritação dos tecidos adjacentes, distúrbio do crescimento causando deformidade ou encurtamento dos membros e comprometimento da movimentação das articulações, contudo, não deve ser negligenciada a chance de degeneração maligna para condrossarcoma que varia de 3 a 25%. **Relato de Caso:** Paciente de raça amarela, sexo feminino, 23 anos, referia que há 7 anos teve início de episódios de dor, em 4º e 5º artelhos da mão e cotovelo esquerdos e manúbrio esternal. Associado a dor notou espessamento das falanges proximais desses artelhos, cotovelo e um abaulamento na região do manúbrio. Devido a essas alterações procurou um ortopedista que realizou biópsia seguida por curetagem e enxertia com osso autólogo no 4º e 5º artelhos. A biópsia foi compatível com osteocondroma. O mesmo procedimento foi realizado no cotovelo. Posteriormente foi encaminhada à cirurgia torácica para avaliação da alteração em região do manúbrio esternal. Ao exame físico apresentava uma massa endurecida de aproximadamente 6 cm de diâmetro, dolorosa à palpação em região de manúbrio esternal, que limitava a movimentação de braços, principalmente à esquerda. Ao Rx apresentava tumoração insuflativa, em manúbrio e terço proximal do corpo do esterno, sem aparente comprometimento das articulações claviculares e costais. A TC de tórax atual, comparada com a pregressa de 3 anos antes, mostrava aumento da lesão osteoblástica, com espessamento cortical, sem comprometimento das articulações. Foi realizada TC helicoidal com reconstrução para programação do tipo de ressecção. Optou-se por cirurgia econômica, retirando apenas a área comprometida do corpo do esterno e todo o manúbrio, com desarticulação das articulações claviculares e reconstrução com tela de propileno, não sendo necessária utilização de metil-metacrilato. Evoluiu muito bem no pós-operatório, sem nenhum afundamento ou abaulamento da região onde foi retirado o conteúdo ósseo, mesmo à manobra de tosse e valsalva. Já no 3º mês de seguimento

mantém a estética e não apresenta mais dor ou limitação de movimentos. **Conclusão:** Pelo fato da paciente ser muito jovem e a malignização ser mais tardia tínhamos optado por seguimento, mas o aumento da lesão, após término do crescimento ósseo nos fez adotar o tratamento cirúrgico. E apesar da ressecção ter sido extensa, não houve deformidade, nem limitação de movimentos graças à reconstrução anatómica das estruturas retiradas.

PO118 ANÁLISE IMUNOISTOQUÍMICA DO MARCADOR COX-2 NA LESÃO PULMONAR AGUDA EM RATOS

ANDRÉ MIOTTO; THEOPHILO ASFORA LINS; EDNA FRASSON DE SOUZA MONTERO; CELINA TIZUKO FUJIYAMA OSHIMA; LUIS GARCIA ALONSO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INFLAMAÇÃO; IMUNOISTOQUÍMICA; CIRURGIA

A resposta inflamatória aguda é um dos principais mecanismos de defesa dos pulmões. Este trabalho buscou uma avaliação desta resposta pela análise imunoistoquímica de pulmões de ratos lesionados mecanicamente por manipulação aberta, visando o marcador inflamatório COX-2, além da análise histológica microscópica sob coloração de hematoxilina-eosina. Buscou ainda uma correlação desta resposta com o grau de manipulação em diferentes tempos e graus de lesão. Dezesesseis ratos foram divididos em quatro grupos e submetidos à toracotomia anterior. O lobo superior do pulmão direito foi submetido à compressão com pinça de Bulldog plástica segundo o tempo de cada grupo do experimento (5 minutos, 2 minutos e 10 segundos por 3 vezes seguidas, com intervalos de 10 segundos entre elas). O grupo controle foi submetido à toracotomia, porém o pulmão não foi submetido à compressão. Os lobos lesionados foram analisados histologicamente, além de submetidos à técnica de imunoistoquímica e os resultados foram comparados. Como resultado, não houve diferença do padrão imunoistoquímico entre os ratos do grupo controle e dos grupos com lesão, apesar da diferença no padrão histológico. Concluímos pela análise histológica que o pinçamento do parênquima pulmonar leva a um maior grau de lesão tecidual conforme o tempo, apesar de tal resposta inflamatória não ser bem especificada na análise imunoistoquímica pelo marcador COX-2.

PO119 EFEITOS DO MICOFENOLATO DE SÓDIO NO APARELHO MUCOCILIAR: ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS

VIVIANE FERREIRA DE JESUS¹; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES²; FÁBIO BISCEGLI JATENE³; SONIA SOTO⁴; NATHALIA NEPOMUCENO⁵

1,3,4,5.HC- INCOR, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.HC-INCOR, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; IMUNOSSUPRESSÃO; RATOS WISTAR

O transplante pulmonar tem se tornado a opção de tratamento para os pacientes com doença pulmonar terminal. Maiores problemas associados são a rejeição e a infecção; por isso, a importância de se estudar os mecanismos de defesa do aparelho respiratório e o efeito de drogas imunossupressoras sobre o mesmo. O micofenolato de sódio é uma droga imunossupressora que inibe a proliferação dos linfócitos, envolvidos no mecanismo de defesa celular. **Objetivos:** Avaliar os efeitos do micofenolato de sódio versus solução salina no aparelho mucociliar de ratos. **Métodos:** Foram utilizados 60 ratos machos Wistar. Todos foram submetidos

à cirurgia de secção e anastomose brônquica esquerda. Distribuídos aleatoriamente em dois grupos, um grupo de 30 ratos que recebeu solução salina, pulmão D controle (S) e pulmão E operado (SC); enquanto que o segundo grupo recebeu, também por gavagem, micofenolato, pulmão D controle (M) e pulmão E operado (MC); até o sacrifício no 7º, 15º e 30º dia de tratamento. Avaliados a frequência do batimento ciliar (FBC), velocidade do transporte mucociliar in vivo (VTMC); e a velocidade de transporte mucociliar in vitro (PLT). **Resultados:** A FBC é menor no grupo MC em relação ao grupo M, no período de 30 dias ($p=0,003$); e dentro do grupo MC, ao compararmos o 7º e o 30º ($p=0,0001$) dia e o 15º e o 30º dia ($p=0,026$) de tratamento notamos uma piora da FBC. Em relação à VTMC houve uma melhora no grupo SC no 7º e 30º dia ($p=0,003$) e 15º e 30º dia ($p=0,005$) de tratamento, aos compararmos o grupo SC e MC no período de 30 dias, verificamos que esta VTMC é menor no segundo grupo ($p=0,0001$). No PLT não houve diferença estatística entre os grupos. **Conclusão:** O Micofenolato associado à secção brônquica diminui a FBC no decorrer do tempo; a VTMC no grupo que recebeu solução salina associado ao procedimento cirúrgico apresentou uma recuperação no decorrer do tempo, o mesmo não foi observado quando associado ao procedimento cirúrgico foi administrado micofenolato; e não houve alteração na qualidade do muco na amostra estudada.

PO120 TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS NÃO TUMORAIS CAUSANDO INSUFICIÊNCIA VENTILATÓRIA

PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO; RODRIGO CAETANO DE SOUZA; CROMWELL BARBOSA DE MELO
UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA; NÃO TUMORAL; INSUFICIÊNCIA VENTILATÓRIA

Introdução: As fístulas traqueoesofágicas (FTE) agudas, não tumorais, são caracterizadas como aquelas, cujo diagnóstico foi realizado diante de uma condição de insuficiência ventilatória grave, mediastinite, ou ambas, sem nenhum comprometimento neoplásico. Trata-se de uma doença de alta morbidade e de difícil diagnóstico (sobretudo precoce). O tratamento, em geral complexo, envolve inúmeros fatores (nutricional, controle infeccioso e tática de abordagem), a abordagem operatória, apenas é realizada, nos pacientes em que todos os demais métodos menos invasivos falharam no intuito de manter o paciente ventilando. **Objetivos:** descrever as características clínicas, técnica operatória e resultados imediatos do tratamento cirúrgico da FTE aguda. **Métodos:** foram analisados retrospectivamente, os prontuários de 17 pacientes no período compreendido entre 1988 e 2010. Para a confirmação e localização da FTE foi realizada a endoscopia respiratória e/ou digestiva, utilizadas também para mensurar a extensão e as condições da parede traqueal. Somente foram submetidos ao tratamento cirúrgico nesta fase (aguda), os pacientes nos quais, os demais métodos menos invasivos falharam, sendo impossível manter a ventilação mecânica, ou seja, pacientes que fatalmente evoluiriam para o óbito, caso não fosse estabelecida uma melhor condição ventilatória. **Resultados/Conclusão:** A FTE aguda deve ser lembrada nos casos de saída de alimento pelo TOT e de incapacidade de manter a ventilação mecânica por vazamento de ar. Sua abordagem cirúrgica na fase aguda, embora de morbidade considerável, deve ser adotada

quando há falha dos demais métodos de tratamento. Na nossa experiência, a cirurgia, embora complexa, deve ser uma das formas de tratamento para melhora da condição ventilatória e a infecção no mediastino.

IDADE:

- média foi de $44,1 \pm 19,1$.

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA MAIS COMUM:

- saída de alimentos pelo tubo orotraqueal.

LOCALIZAÇÃO MAIS FREQUENTE:

- 1/3 proximal da traquéia (9 pacientes).

VIA DE ACESSO MAIS UTILIZADA:

- cervicotomia (Kocher) (11 pacientes)

REPARO OPERATÓRIO MAIS UTILIZADO

- sutura simples do orifício fistuloso + colocação de tubo "T" + entubação orotraqueal por dentro do tubo "T". (10 pacientes).

PO121 CISTOADENOMA MUCINOSO DE PULMÃO: RELATO DE CASO.

FABIO NISHIDA HASIMOTO; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS; ERNESTO EVANGELISTA NETO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CISTOADENOMA MUCINOSO PULMONAR; TUMOR BENIGNO; RESSECÇÃO CIRÚRGICA

Introdução: O cistoadenoma mucinoso pulmonar é um tumor raro, com poucos casos relatados. Normalmente localiza-se no pâncreas, ovário e apêndice cecal sendo dificilmente encontrado no pulmão. É uma lesão bem definida sendo caracterizada pela proliferação benigna de células epiteliais produtoras de mucina, com muco espesso no interior e de bom prognóstico após ressecção completa.

Relato do caso: Paciente de 58 anos, masculino, ex-tabagista 90 anos/maço (cessou há 15 anos), realizou radiografia de tórax de rotina no qual foi evidenciado uma opacidade arredondada e de contornos bem definidos em lobo superior esquerdo. A tomografia de tórax confirmou a massa heterogênea em lobo superior esquerdo sem adenomegalias mediastinais. Foi submetido toracotomia exploradora, sendo realizado biópsia de congelamento tendo como resultado tecido mixóide e tecido conjuntivo. Optado pela lobectomia superior esquerda associado a esvaziamento mediastinal linfonodal, com tumor localizado no segmento anterior deste lobo. **Discussão:** Pela classificação da Organização Mundial da Saúde, cistoadenoma mucinoso é uma massa cística localizada preenchida por muco e rodeada por uma parede fibrosa revestida por epitélio colunar mucinoso bem diferenciado. A neoplasia cística mucinosa primário pulmonar foi reconhecida a partir do primeiro relato em 1969, por Eck et al na Alemanha. Normalmente é assintomático e se manifesta como um achado incidental em radiografias de tórax. Tem um crescimento progressivo, sem comprometer a função respiratória. Radiologicamente, são lesões císticas de tamanhos variados, arredondadas e bem circunscritas, na periferia do pulmão. São tipicamente uniloculares sendo que a parede do cisto normalmente é espessa com poucas alterações inflamatórias no parênquima pulmonar adjacente. Apresenta pouca ou nenhuma captação no PET-FDG. Tem como diagnóstico diferencial os cistos broncogênicos e as formas mucinosas do carcinoma bronquiolo alveolar. Os cistoadenomas mucinosos normalmente se desenvolvem no pâncreas e ovário e raramente no pulmão. Alterações no gene KRAS foram associadas com esta neoplasia no

ovário e pâncreas. Na forma pulmonar, estas alterações não foram encontradas mas estudos adicionais são necessários para tal confirmação. O tratamento é baseado na ressecção pulmonar com margens livres. **Conclusão:** É um tumor benigno raro, com algum potencial para malignização. A ressecção cirúrgica com margens livres é suficiente.

P0122 ADAMANTINOMA METASTÁTICO PULMONAR: RELATO DE CASO.

FABIO NISHIDA HASIMOTO¹; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS²; ANDERSON DE OLIVEIRA³; RENATO DE OLIVEIRA⁴; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO⁵

1,2,3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL;
4,5.INSTITUTO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA - IOP/GRAACC/UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ADAMANTINOMA METASTÁTICO; RELATO DE CASO; TUMORES ÓSSEOS MALIGNOS

Introdução: O adamantinoma é um tumor ósseo maligno raro, de baixo grau, que representa cerca de 0,5% de todos os tumores ósseos primários. Em até 90% dos casos, a tibia é o sítio primário. O quadro clínico mais comum é o aumento volumétrico no local associado ou não à dor. As metástases ocorrem em 15-30% dos pacientes, por via linfática e/ou hematogênica, podendo ocorrer disseminação para linfonodos regionais, pulmão, fígado e cérebro. Os fatores de risco para a recorrência ou metástases são: sexo masculino, idade menor que 20 anos, tratamento intralesional e pequena duração dos sintomas. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 20 anos, deu entrada em 2006 com aumento de volume progressivo no terço médio da perna esquerda. A radiografia da perna evidenciou uma lesão osteolítica em diáfise da tibia. Realizado biópsia incisional que evidenciou adamantinoma. A paciente foi submetida a ressecção ampla do tumor com margens livres. Em junho de 2009, apresentou dispnéia para pequenos esforços, sendo realizado radiografia de tórax, que evidenciou pneumotórax à esquerda. Inicialmente foi tratada com drenagem de tórax, sem resolução, sendo indicado toracotomia para a ressecção de possível "bleb" subpleural, e pleurectomia apical, para o tratamento de um possível pneumotórax espontâneo. Durante a toracotomia, identificou-se uma lesão subpleural, ulcerada, no segmento apical do lobo inferior esquerdo, com aspecto metastático. Ressecada a lesão, cujo anatomopatológico foi metástase de adamantinoma. Em 2010, a paciente realizou exame tomográfico que evidenciou poucos nódulos pulmonares bilaterais. Optado por realizar toracotomia e metastasectomia bilateral. Porém, no intra-operatório, foram encontrados múltiplos nódulos, pulmonares, pleurais, diafragmáticos e pericárdicos, e decidiu-se pela ressecção apenas dos maiores e centrais para biópsia. **Discussão:** O adamantinoma é um tumor raro, de origem epitelial, e que afeta os ossos longos. Após o primeiro relato, que ocorreu em 1913 por Fischer, menos de 200 casos foram relatados. As metástases são raras, acometendo até 15-30% dos pacientes. Quando presentes, podem ocorrer até 10 anos após a detecção da lesão primária e geralmente acometem os pulmões e ossos. A metastasectomia parcial tem efeitos benéficos, tendo em vista que é um tumor de crescimento lento. Deve ser realizada principalmente em pacientes com tumores centrais para adiar complicações como atelectasia e hemoptise. A sobrevida média para pacientes com metástases é de 12 anos. **Conclusão:** O adamantinoma é um tumor raro e de crescimento lento. Apesar de ser pouco frequente é

importante o seu reconhecimento, pois apresenta excelente prognóstico com o tratamento adequado, principalmente nos estádios iniciais.

P0123 SIMPATECTOMIA TORÁCICA AO NÍVEL R4-R5 PARA O TRATAMENTO DE HIPER-HIDROSE AXILAR

PAULO CÉSAR BUFFARA BOSCARDIM; ALLAN AUGUSTO FERRARI RAMOS DE OLIVEIRA; RAMON ANTUNES DE OLIVEIRA; JULIANO MENDES SOUZA; ROBERTO GOMES DE CARVALHO

HC- UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPER-HIDROSE; AXILA; SIMPATECTOMIA

Resumo: **Objetivos:** Analisar os resultados clínicos e o grau de satisfação dos pacientes submetidos à simpatetomia torácica com ressecção da cadeia simpática ao nível R4-R5 para o tratamento da hiper-hidrore axilar. **Métodos:** Selecionaram-se os pacientes com diagnóstico de hiper-hidrore axilar submetidos à simpatetomia torácica ao nível de R4-R5, de março de 2003 a dezembro de 2007, realizadas por um único cirurgião. Foram avaliadas a resolução da sudorese axilar, a satisfação com o resultado da cirurgia e o efeito compensatório no pós-operatório precoce e tardio. **Resultados:** Foram incluídos 118 pacientes. O tempo de seguimento pós-operatório foi em média de 46 meses. A resolução precoce dos sintomas foi alcançada em 83,9% dos pacientes e a tardia, em 68,6%. O efeito compensatório precoce ocorreu em 41,5% dos pacientes e o tardio, em 65,2%. Dos pacientes que apresentaram efeito compensatório precoce, este foi leve em 71,4% dos pacientes. Estavam satisfeitos com a cirurgia 93,2% dos pacientes no pós-operatório precoce e no pós-operatório tardio, 88,1% mantinham-se satisfeitos. **Conclusão:** A simpatetomia de R4-R5 é eficaz na resolução da hiper-hidrore axilar primária. É alto o grau de satisfação dos pacientes a longo prazo. A ocorrência do efeito compensatório ainda é a maior reação colateral relacionada a essa técnica.

P0124 SHWANNOMA – RELATO DE CASO

NELSON PERELMAN ROSENBERG; MARINA MARIA KRUM; EDUARDO SPERB PILLA; LEONARDO CARVALHO; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA; WILLIAM SCHALINS MAY

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SCHWANNOMA; NEURILEMOMA; MEDIASTINO

Introdução: Schwannomas são tumores originados da bainha neural dos neurônios intercostais ou simpáticos e correspondem a 20% de todos os tumores de mediastino. O risco de malignidade é pequeno. Esses tumores são comumente localizados no sulco costovertebral e nervos intercostais, entretanto podem ocorrer no compartimento visceral do mediastino. Na maioria dos casos são assintomáticos ao diagnóstico, sendo a lesão um achado ocasional na radiografia de tórax. A escavação local de estruturas ósseas pode determinar compressão nervosa resultando em parestesias e déficit neurológico, já a dor é uma manifestação típica de malignidade. **Objetivos:** Descrever o caso de uma paciente submetida a ressecção cirúrgica de um tumor de bainha neural de volume atípico. **Métodos:** Relato de Caso; Paciente de 25 anos procurou atendimento médico por dor torácica moderada, difusa, relacionada à inspiração profunda, com evolução de 2 anos. Previamente hígida. RX de tórax demonstrando opacidade no hemitórax esquerdo que ocasionava desvio contra-lateral do mediastino, sendo submetida então a tomografia. Este

exame confirmou a presença de uma lesão expansiva, lobulada, medindo 18,5 x 14,4 x 10,8cm, com impregnação heterogênea pelo contraste e vascularização direta por ramos aórticos. A lesão apresentava ângulos obtusos com a pleura e localização nos dois terços posteriores do hemitórax esquerdo determinando desvio contralateral do mediastino. Além disso, a lesão determinava um remodelamento de corpos vertebrais torácicos médios e arcos costais. A fibrobroncoscopia evidenciou sinais de compressão extrínseca com anteriorização da emergência do brônquio fonte esquerdo e obstrução do brônquio lobar inferior. Indicou-se então, punção lancetante da lesão guiada por tomografia. A patologia revelou tumor fibroso solitário, porém, foi realizada imuno-histoquímica que definiu como neoplasia de origem de bainha nervosa. A ressonância magnética foi sugestiva de tumor neuroblástico com aparente extensão da lesão para o forame de conjugação ao nível de T6, mas sem compressão do saco dural. Paciente submetida a uma toracotomia esquerda com ressecção da lesão, a qual ocorreu sem intercorrências. O resultado da patologia revelou Schwannoma com alterações distróficas. **Conclusão:** O diagnóstico diferencial dos schwannomas deve ser observado com mesotelioma, sarcoma neurogênico, sarcoma sinovial, hemangiopericitoma, fibrossarcoma e histiocitoma fibroso. O tratamento preconizado é ressecção completa da lesão com margens de 1 a 2 cm necessitando algumas vezes de ressecção pulmonar. A abordagem é feita de acordo com a topografia podendo ser por cervicotomia, esternotomia, toracotomia ou vídeo-assistida. O acometimento do canal medular deve sempre ser descartado pelo risco de sangramento e consequente compressão medular. A conduta expectante é uma opção em casos selecionados. A recorrência desses tumores é incomum, sendo a evolução favorável em ressecções completas.

PO125 TRAUMA TRAQUEAL E CORPO ESTRANHO EM BRÔNQUIO – RELATO DE CASO

NELSON PERELMAN ROSENBERG¹; MARINA MARIA KRUM²; EDUARDO SPERB PILLA³; LEONARDO CARVALHO⁴; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA⁵
1,3,4,5.HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CORPO ESTRANHO; TRAUMA TRAQUEAL; INJÚRIA TRAQUEAL
Introdução: Lesões traqueais requerem atendimento de urgência para estabilizar vias aéreas, o que pode exigir broncoscopia flexível, rígida ou traqueostomia. Os ferimentos penetrantes afetam a traquéia cervical na maior parte dos casos e o diagnóstico deve ser suscitado quando houver enfisema subcutâneo e/ou pneumotórax mesmo após drenagem pleural. A impactação de corpo estranho nos brônquios costuma estar descrito nas aspirações acidentais. Quando há suspeita de material na via aérea pela história clínica, a broncoscopia é mandatória. Uma radiografia também pode identificar a topografia em objetos radiopacos. **Objetivos:** Demonstrar um caso pouco usual de lesão traqueal por trauma penetrante seguido de aspiração de corpo estranho tratado cirurgicamente. **Métodos:** relato de caso. **Relato de Caso:** Paciente de 30 anos, feminina socorrida por equipe de resgate após ferimento por arma de fogo em região torácica posterior direita alta, sem orifício de saída. Estava em sofrimento respiratório no atendimento inicial. Apresentava também sangramento via oral e enfisema subcutâneo na região torácica anterior, posterior e região cervical. Havia murmúrio vesicular regular e a saturação de O₂ era de 88%. Evoluiu para insuficiência

respiratória necessitando de intubação. Frente à hemoptise não foi possível intubar, sendo realizada traqueostomia. Paciente evoluiu bem mas RX de tórax mostrava imagem radiopaca correspondente ao projétil no terço médio do hemitórax direito e opacidade da metade inferior deste hemitórax provavelmente relacionada à atelectasia. Foi realizada a fibrobroncoscopia que averiguou não existir mais lesão traqueal mas apenas uma área cicatricial recoberta por fibrina. No brônquio intermediário havia um projétil impactado que não permitia a passagem de pinça para sua retirada. A paciente foi mantida sem cânula e submetida à broncoscopia rígida que localizou o projétil mas também não teve sucesso na retirada devido à impactação do mesmo. A paciente foi submetida então à toracotomia postero lateral direita e broncotomia com retirada do objeto descrito. **Conclusão:** Importante salientar que existe um alto índice de lesões associadas quando tratamos de um paciente com trauma penetrante de traquéia. A broncoscopia é o único exame que pode excluir um trauma de via aérea principal. A broncoscopia rígida raramente é necessária no caso de lesão traqueal, correndo-se um risco inclusive de aumentar a injúria. Também é contra-indicada nas lesões de coluna cervical, porém, existem raros casos onde será crucial para realinhar a traquéia até o reparo cirúrgico subsequente quando a porção distal de uma secção traqueal está deslocada. No caso reportado, após descartar lesão traqueal, a broncoscopia rígida era obrigatória para a tentativa de retirada do projétil impactado no brônquio antes de levar a paciente ao tratamento cirúrgico. A abordagem cirúrgica de corpo estranho em brônquio também não é comum mas pode ser preferencial em casos isolados.

PO126 FASCEÍTE NODULAR EM REGIÃO TORÁCICA POSTERIOR: RELATO DE CASO

TATIANE SOARES COSTA MACEDO¹; BIANCA ALMEIDA ROCHA²; MARGARIDA MARIA LIMA DA MOTA³

1.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.POLO SANITÁRIO WASHINGTON LUIZ LOPES, SÃO GONÇALO, RJ, BRASIL; 3.POSTO HÉLIO CRUZ, SÃO GONÇALO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FASCEÍTE NODULAR; IMUNOHISTOQUÍMICA; REGIÃO TORÁCICA POSTERIOR

Introdução: Fasceíte nodular (FN) é uma lesão proliferativa fibroblástica rara, característica benigna, crescimento reativo, a partir de uma fáscia superficial para o tecido subcutâneo ou camada muscular adjacente. Manifesta-se predominantemente em adultos jovens entre 20 a 35 anos. Clinicamente caracteriza-se como uma massa solitária de consistência endurecida, pouco dolorosa à palpação, de crescimento rápido, e sem predileção por gênero. **Objetivos:** Relatar o caso de fasceíte nodular região torácica posterior. **Métodos:** Relato de Caso. **Resultados:** Paciente 42 anos, sexo feminino, natural do RJ em março/09 aparecimento de "caroço duro" <2 cm, de contorno arredondado, associado dor de leve intensidade, próximo região escapular D. Fez uso de analgésicos e antiinflamatórios, mas sem melhora. Após um mês realizou USG partes moles que evidenciou imagem hiperecótica nodular, sem nível líquido. TC tórax apontou formação expansiva nodular, com densidade de partes moles, localização intercostal posterior, parede torácica entre 6ª e 7ª costela D, medindo cerca de 3,6X2,4, promovendo abaulamento suave de superfície pleural adjacente, sem linfadenomegalias. RNM região dorsal D mostrou

formação expansiva fusiforme, com sinal intermediário em T1 e T2 e impregnação periférica, medindo cerca de 3X2X1,6cm localizado entre 5º e 6º EICD (Shwannoma? Neurofibroma?). Foi submetida à cirurgia julho/09 para exérese de lesão tumoral. Histopatológico revelou neoplasia benigna mesenquimal. Com 2 meses de pós-operatório, a dor retornou com forte intensidade. Fez uso inclusive de opióides, mas sem melhora da dor. Outubro/09 realizou outra biópsia, cujo resultado imunohistoquímico foi células com imunoreatividade com os anticorpos anti-vimentina, CD68 e actina músculo liso multifocal, proliferação células histiocitárias/miofibroblástica, associada à reação gigante celular, com diagnóstico diferencial de FN e tumor células gigantes de bainha de tendão. Após um mês realizou nova TC tórax destacando aumento de tamanho do nódulo, e os planos moles da região torácica posterior D com suas interfaces mal definidas, com limites imprecisos que se insinuam na região torácica intercostal e ao redor da 6ª e 7ª costelas, estendendo até subcutâneo, abaulando a pele. Mostrou erosões nas costelas descritas e descontinuidade medial na 6ª costela. No momento paciente aguarda nova cirurgia. **Conclusão:** O diagnóstico da FN é um desafio, pois pode ser confundido com tumores malignos, devido o seu comportamento clínico agressivo associado aos achados histológicos. Localiza-se preferencialmente nos membros superiores, sendo mais comum antebraço. Região cabeça/pescoço é acometida em cerca de 5 a 20% dos casos, seguida das extremidades inferiores e tronco. A cirurgia com ressecção da lesão é curativa na maioria dos pacientes, sendo a recidiva de ocorrência incomum e ocorre em menos de 5% dos pacientes. No presente caso destacamos a localização rara e a recidiva em menos de 2 meses após cirurgia.

P0127 MORBI-MORTALIDADE NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÃO PULMONAR POR BRONQUIECTASIAS E NÃO-BRONQUIECTASIAS

CÁSSIO RAFAEL DE MELO; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; LIANA PINHEIRO; ILKA LOPES SANTORO; SONIA MARIA FARESEN
UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIECTASIAS; MORBI-MORTALIDADE; PÓS-OPERATÓRIO

Introdução: As ressecções pulmonares são associadas a maiores taxas de morbi-mortalidade que procedimentos operatórios gerais. Em algumas séries, ressecções por causas benignas costumam ter pior evolução, e a ocorrência de morbi-mortalidade após o tratamento cirúrgico de bronquiectasias ainda permanece incerta. O objetivo principal deste estudo foi comparar a incidência de complicações e mortalidade doentes submetidos a tratamento cirúrgico de bronquiectasias (Grupo G1) ou de outras causas (Grupo G2) em um hospital escola terciário. **Métodos:** Foram incluídos todos os doentes submetidos a ressecção pulmonar eletiva no Hospital São Paulo, no período de julho de 2009 a julho de 2010. A estratificação do risco cirúrgico pulmonar foi realizada no pré-operatório e no pós-operatório os doentes foram seguidos pela mesma equipe até a alta hospitalar. As medidas de desfecho incluíram o número de doentes com complicações clínicas e/ou cirúrgicas e mortalidade. Foram analisadas posteriormente as seguintes variáveis: idade, sexo, número de segmentos pulmonares ressecados, VEF1 pré-operatório, classificação do risco anestésico (ASA), VEF1 previsto para o pós-operatório (VEF1ppo). **Resultados:**

Foram incluídos dez doentes no grupo G1 (sete homens) e 39 no grupo G2 (18 homens). No G1, seis doentes (60%) tiveram complicações um foi a óbito (10%), ao passo que no G2, houve 13 complicações (33,3%) e dois óbitos (5,1%). A média de idade foi 58,7 anos no G1 e 57,1 anos no G2. A média de percentual do previsto do VEF1 pré-operatório foi 68% no G1 e 89%. A média da classificação de risco anestésico (ASA) foi 2,2 no G1 e no 2,0 G2. A média de percentual do previsto do VEF1 ppo no G1 foi 53% e no G2 foi 72%. A média do número de segmentos pulmonares ressecados foi 4,6 no G1 e 3,4 no G2. **Conclusão:** As taxas de morbidade e mortalidade após ressecção pulmonar foram respectivamente de 60% e 10% nos portadores de bronquiectasias e 33,3% e 5,1% nos portadores de outras doenças.

P0128 QUAL A PROPORÇÃO DE DOENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO PULMONAR NÃO NECESSITARIAM SER ENCAMINHADOS PARA UTI NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO?

LIANA PINHEIRO; ILKA LOPES SANTORO; CÁSSIO RAFAEL DE MELO; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; SONIA MARIA FARESEN

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: RESSECÇÃO PULMONAR; PÓS-OPERATÓRIO; UTI

Introdução: Não há na literatura médica nenhum protocolo que defina critérios para indicar a internação de doentes no pós-operatório imediato (POI) de ressecção pulmonar em unidade de terapia intensiva (UTI). Esta resolução depende de uma série de circunstâncias relacionadas às características clínicas pré-operatórias dos doentes, o porte do procedimento operatório, além da estrutura hospitalar em si. Segundo a diretriz da American Thoracic Society de 1997, sobre alocação de doentes em UTI, o objetivo primário da UTI é preservar, proteger e manter pacientes sob cuidados quando sua vida está ameaçada por uma doença aguda e crítica ou como consequência de um tratamento médico ou cirúrgico. **Objetivos:** Avaliar qual a proporção de doentes que foram encaminhados para realizar o POI em UTI, em um hospital escola de nível terciário, não necessitariam da mesma. **Métodos:** Foram incluídos 50 doentes no período de julho de 2009 até julho de 2010, submetidos à ressecção pulmonar, que foram avaliados no período pré-operatório de maneira sistematizada e encaminhados no POI para a UTI. Posteriormente, foram revistos os dados do intra-operatório e a evolução apresentada pelos doentes até o término da cirurgia com a finalidade de constituir dois grupos: Grupo I com necessidade de UTI e grupo II sem necessidade de UTI. Consideraram-se critérios de alocação em UTI: manutenção de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva ou alta probabilidade de reintubação; hipotensão com ou sem necessidade de droga vasoativa; presença de intercorrências intra-operatórias segundo o cirurgião que indicassem UTI; necessidade de monitorização cardíaca profilática e pneumonectomia. **Resultados:** Dos 50 doentes 26 eram do sexo masculino. A média de idade dos doentes incluídos foi de $56,44 \pm 11,62$ anos, sendo que 15 doentes (30%) pertenciam ao grupo I e 35 (70%) ao grupo II. Entre os 35 doentes que não apresentaram os critérios pré-estabelecidos de alocação em UTI cinco tiveram alterações no pós-operatório imediato (quatro com instabilidade hemodinâmica e um com necessidade de ventilação não invasiva). Portanto, considerando-se este resultado 20 doentes, ou seja, 40%

da amostra deste estudo efetivamente precisariam de UTI. A média do Volume expiratório forçado no primeiro segundo previsto para o pós-operatório (VEF1ppo) dos que não necessitaram de UTI foi de $2,21 \pm 0,73$ L ou $85, \pm 19\%$ e a metade deste grupo era sintomático respiratório. Já no grupo 1 a média do VEF1ppo foi de $1,6 \pm 0,81$ L ou $70 \pm 23\%$. Dos doentes deste grupo, 85% eram sintomáticos respiratórios. A partir destes Resultados constatamos que mais estudos são necessários para particularizar a indicação de UTI no POI de ressecção pulmonar. Conclusão: Na amostra estudada 60% dos doentes não necessitariam de cuidados de terapia intensiva no pós-operatório de ressecção pulmonar.

PO129 COMPLICAÇÃO DO ACESSO VENOSO CENTRAL – ANÁLISE DE 116 CASOS.

HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS; FABIO NISHIDA HASIMOTO; MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO; JOSÉ ERNESTO SUCCI; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO
UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ACESSO VENOSO CENTRAL; PNEUMOTÓRAX; CIRURGIA TORÁCICA

Introdução: O acesso venoso central é um procedimento utilizado para diversos fins em determinados pacientes hospitalizados, seja para o uso de drogas vasoativas ou antibióticos, controle de pressão venosa central, hemodíalise, entre outros. Trata-se de uma prática amplamente utilizada, porém invasiva e passível de complicações (em alguns casos muito graves). Segundo relatos da literatura tais intercorrências podem variar de 1 a 10%, sendo o pneumotórax a mais comum de todas elas. **Objetivos:** Análise das avaliações realizadas pela equipe de Cirurgia Torácica do Hospital São Paulo (HSP) devido às complicações dos acessos venosos centrais, sejam pelas cateterizações de veias jugulares ou subclávias. **Métodos:** Levantamento do número de pacientes avaliados por intercorrências após acessos venosos centrais, excluindo pacientes com idades menores de 12 anos. Análise retrospectiva do banco de dados da Disciplina de Cirurgia Torácica da UNIFESP/EPM e do número de cateteres vasculares de todos os calibres, excluindo os de uso pediátrico, no período de fevereiro de 2008 a julho de 2010. **Resultados:** Neste período foram avaliados os prontuários de 116 pacientes com média de idade de 55,23 anos (13 a 95 anos), dos quais oitenta e quatro (72,41%) estavam internados em unidade de terapia intensiva, vinte e sete (23,27%) em leitos de enfermaria e cinco (4,31%) no pronto socorro. Todos os pacientes foram submetidos à drenagem pleural em selo d'água, sendo que em dois destes houve a necessidade de uma toracotomia de urgência no centro cirúrgico por hemotórax maciço e em um caso fez-se necessário uma toracotomia de emergência no próprio leito de UTI por franca instabilidade hemodinâmica seguida de parada cardíaco-respiratória. O principal fator que levou a drenagem pleural foi o pneumotórax, ocorrendo em cento e três ocasiões (88,80%), seguido do hemotórax com treze casos (11,20%), porém três destes extremamente graves. Finalmente, se relacionarmos o número de saídas de cateteres vasculares do almoxarifado do HSP (12.011) com o número de drenagens pleurais do período (116), pode-se dizer que houve uma incidência de 0,96% de complicações para o acesso venoso central. **Discussão:** A drenagem pleural em selo d'água é um dos mais comuns procedimentos realizados pelas equipes de Cirurgia Torácica, sendo a complicação do

acesso venoso central uma das principais causas (35,71% dos drenos de tórax posicionados no HSP, somente no ano de 2009). No período deste estudo obtivemos um cálculo de incidência aproximado de 1% de intercorrências, porém sabe-se que este número pode ser ainda maior se consideradas algumas drenagens realizadas por outras equipes cirúrgicas. Desta forma trata-se de complicação não tão rara, o que faz com que a cateterização destas veias mereça um pouco mais de atenção e de cuidado, pois suas complicações prolongam a internação dos pacientes, aumentam as taxas de morbimortalidade e tem a possibilidade de desfechos trágicos.

PO130 HEMOTÓRAX MACIÇO – TORACOTOMIAS DE URGÊNCIA E DE EMERGÊNCIA APÓS ACESSO VENOSO CENTRAL.

HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS; FABIO NISHIDA HASIMOTO; MARCEL MARTINS SANDRINI; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA; ERNESTO EVANGELISTA NETO; MARCO AURÉLIO MARCHETTI FILHO; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; LUIZ EDUARDO VILLAÇA LEÃO
UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ACESSO VENOSO CENTRAL; HEMOTÓRAX; TORACOTOMIA

Introdução: As toracotomias de urgência e de emergência são procedimentos realizados em pacientes muito graves e na maioria das ocasiões ocorrem naqueles que sofreram algum tipo de trauma torácico. Uma de suas principais indicações é o hemotórax maciço associado à instabilidade hemodinâmica e raras as vezes acontecem em decorrência de complicações de acesso venoso central. **Objetivos:** Análise das toracotomias de urgência e de emergência realizadas no Hospital São Paulo pela equipe de Cirurgia Torácica da UNIFESP/EPM em decorrência das complicações das passagens de acesso venoso central. **Métodos:** Levantamento das toracotomias realizadas em pacientes do Hospital São Paulo após terem sido submetidos à passagem de acessos venosos centrais no período de janeiro a setembro de 2010. **Resultados:** Foram realizados seis procedimentos cirúrgicos, todos por hemotórax maciço após acesso central. Em uma oportunidade (16,67%) se fez necessária a toracotomia de emergência no próprio leito de UTI, tendo como desfecho a morte do paciente. As outras cinco toracotomias (83,33%) foram realizadas no centro cirúrgico e um paciente evoluiu para óbito. Consequentemente obteve-se sucesso nas demais, inclusive com a alta hospitalar. Todas as lesões decorreram a partir da tentativa de cateterização das veias jugulares internas apenas, sendo quatro a esquerda e duas a direita. O cateter de Schiley foi utilizado em quatro oportunidades e o de Duplo-lumen em duas. Apesar da instabilidade hemodinâmica, a radiografia de tórax chegou a ser realizada em três pacientes e assim evidenciado o velamento contralateral à cateterização vascular em um dos casos. Nos demais pacientes o hemotórax foi ipsilateral ao procedimento vascular. As vias de acesso utilizadas foram a toracotomia lateral exclusiva (2 casos), a esternotomia mediana apenas (1 caso), a esternotomia mediana com toracotomia ântero-lateral (1 caso), a esternotomia transversal com toracotomia ântero-lateral (1 caso) e a videotoracoscopia (1 caso). **Discussão:** As toracotomias de urgência e de emergência por hemotórax maciço são procedimentos com altos índices de morbimortalidade, principalmente se em decorrência a traumas torácicos. As lesões iatrogênicas de vasos cervicais com hemotórax maciço são raras e com poucos relatos na literatura consultada. De qualquer forma são procedimentos emergenciais para a correção de lesões potencialmente letais.

A via de acesso deve ser decidida individualmente, caso a caso, de acordo com a experiência do cirurgião. O acesso venoso central não deve ser considerado um procedimento simples, pois as complicações podem ser letais.

P0131 IMPACTO DO LEUCOGRAMA, ANTIBIOTICO-TERAPIA E INFECÇÃO DO DOADOR NA MORTALIDADE PRECOZE PÓS-TRANSPLANTE PULMONAR

LUCAS MATOS FERNANDES; MARCOS NAOYUKI SAMANO; JULIUS CESAR BONIFACIO BARANAUSKAS; JOAO-CARLOS DAS-NEVES-PEREIRA; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; MARLOVA LUZZI CARAMORI; RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; FÁBIO BISCEGLI JATENE

INCOR-HC/FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; SELEÇÃO DE DOADORES; MORTALIDADE PRECOZE

Introdução: O transplante de pulmão é um tratamento bem estabelecido nas doenças pulmonares terminais. Um dos fatores de prognóstico do sucesso do enxerto é a qualidade do órgão doado. Para a seleção preliminar de potenciais doadores, são colhidas informações epidemiológicas e realizados exames radiológicos e laboratoriais. De acordo com algumas informações como gasometria, tempo de intubação, infiltrado pulmonar à radiografia, tabagismo, o doador é classificado como ideal ou não ideal. Não há correlação estabelecida entre número de leucócitos, uso de antibioticoterapia e presença de infecção no doador e desfecho do receptor. **Objetivos:** Comparar a mortalidade precoce (em até 30 dias) em pacientes transplantados de pulmão no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (InCor-HC/FMUSP) utilizando como variáveis do doador: o número de leucócitos; o uso de antibiótico durante o período de internação do doador; infecção relatada no doador. Essas informações foram fornecidas pelas Organizações de Procura de Órgãos e central estadual de transplantes do estado de São Paulo no momento da oferta do órgão. **Métodos:** Foram revisados retrospectivamente 116 casos de transplantes pulmonares de 08/08/2003 a 01/07/2010. Foram excluídos da análise 30 casos por informações incompletas dos doadores. Dos 86 casos incluídos, houve 14 (16%) mortes precoces (grupo 1). Dos 72 (83,6%) pacientes restantes (grupo 2), 60 (70%) encontram-se vivos e 12 (14%) morreram tardiamente. **Resultado:** Na comparação leucograma x mortalidade em 30 dias, observou-se média de 15.383 ± 6.787 leucócitos nos casos do grupo 1 e, no grupo 2, média de 15.986 ± 7.270 leucócitos ($p=0,884$). Na análise uso de antibiótico x mortalidade precoce, 9 (64,28%) doadores usavam antibióticos no grupo 1 e 45 (62,5%), no grupo 2 ($p=0,899$). Quando comparados infecção relatada x mortalidade em 30 dias, 2 (14,29%) casos do grupo 1 apresentavam relatos de infecção e 6 (8,34%), do grupo 2 ($p = 0,483$). Não houve diferença significativa com nenhuma das variáveis estudadas em relação aos grupos 1 e 2. **Conclusão:** Em nossa casuística, o leucograma, o uso ou não de antibióticos e o relato de presença ou ausência de infecção em doadores de pulmões

para transplante, não demonstrou diferença significativa na mortalidade precoce (menor de 30 dias pós-transplante) dos pacientes transplantados

P0132 CITOCINAS INFLAMATÓRIAS NO LÍQUIDO PLEURAL, PÓS-TRANSPLANTE PULMONAR, COM MARCADOR DO DESENVOLVIMENTO DE REJEIÇÃO AGUDA.

RICARDO HENRIQUE DE O. B. TEIXEIRA; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA; MARLOVA LUZZI CARAMORI; JOSÉ EDUARDO AFONSO JR; MARCOS NAOYUKI SAMANO; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE; FRANCISCO SUSO VARGAS

INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE; CITOCINAS; REJEIÇÃO

Introdução: Transplante pulmonar é o procedimento de escolha para várias doenças pulmonares fase final. Apesar de todas as melhorias na imunossupressão, a rejeição aguda permanece comum, principalmente a partir da 2ª semana pós-transplante. Existem vários estudos correlacionando as citocinas séricas e rejeição aguda e síndrome da bronquiolite obliterante. Entretanto, na há relatos da correlação das citocinas do líquido pleural e o desenvolvimento de rejeição aguda. **Métodos:** O estudo inclui vinte pacientes, idade 17 a 61, submetidos a transplante pulmonar uni ou bilateral, entre Agosto de 2006 e Março de 2008. Uma amostra de 20 ml foi coletada do líquido pleural, após o transplante, em períodos de 6, 24, 48 horas, e 96 horas, para medida das citocinas inflamatórias. Os resultados das citocinas pleurais foram correlacionados com o resultado da biópsia transbrônquica da 2ª e 6ª semanas pós-transplante. **Resultados /Conclusão:** Conseguimos demonstrar que valores elevados das citocinas inflamatórias, no líquido pleural, podem estar relacionados

Interleucina-8

Tempo S/ Rejeição(A0)	Rejeição A1	Rejeição A2	Rejeição A3
6 h 1318,7 ± 422,1	1535,6 ± 709,9	1602,0 ± 428,7	2216,8 ± 150,8*
24 h 1266,5 ± 381,8	1290,5 ± 772,0	1253,0 ± 656,1	2187,2 ± 95,5*
48 h 1091,7 ± 468,5	1148,8 ± 542,5	979,2 ± 255,1	2036,7 ± 160,9*
72 h 965,2 ± 545,7	1103,4 ± 705,9	925,1 ± 321,2	1935,7 ± 226,8*
96 h 981,9 ± 706,1	721,8 ± 686,0	724,3 ± 559,6	1859,3 ± 118,8*

* $p < 0,05$ à Rejeição 3 > 2, 1 e 0

VEGF

Tempo S/ rejeição(A0)	Rejeição A1	Rejeição A2	Rejeição A3
6 h 72,3 ± 53,4*	374,4 ± 138,5	333,3 ± 241,9	522,0 ± 485,6
24 h 123,2 ± 148,6	200,0 ± 103,2	275,2 ± 207,0	421,7 ± 426,9
48 h 121,3 ± 142,1	134,9 ± 63,1	263,0 ± 189,4	218,4 ± 248,8
72 h 142,8 ± 176,7	163,3 ± 83,9	299,4 ± 215,4	211,9 ± 256,2*
96 h 144,9 ± 192,3	226,3 ± 203,6	329,2 ± 216,7	265,7 ± 242,9

* $p < 0,05$ à Rejeição 0 < 1, 2 e 3

IL-6

Tempo S/ Rejeição(A0)	Rejeição A1	Rejeição A2	Rejeição A3
6 h 14.717 ± 5.796	30.880 ± 13.903	38.253 ± 10.065	48.325 ± 7.164*
24 h 6.384 ± 5.770	14.290 ± 5.169	13.355 ± 5.601	31.749 ± 22.269*
48 h 7.642 ± 6.978	11.336 ± 2.420	10.383 ± 5.398	27.988 ± 25.172**
72 h 5.010 ± 3.936	7.520 ± 2.929	5.058 ± 3.101	6.934 ± 2.836
96 h 2.879 ± 966#	7.379 ± 1.441	6.005 ± 3.499	6.151 ± 2.203

* $p < 0,05$ à Rejeição 3 > 0 e 1, ** $p < 0,05$ à Rejeição 3 > 0, # $p < 0,05$ à Rejeição 0 < 1, 2 e 3

com o desenvolvimento de rejeição aguda, até a 6ª semana de transplante, sendo mais significativo considerando-se a rejeição grave (A3).

P0133 INFECÇÃO ESTERNAL FÚNGICA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE PULMÃO

MARCUS MONACO; DEBORA LUIZA M. DE MELO; SILVIA VIDAL CAMPOS; LUCAS MATOS FERNANDES; MARCOS NAOYUKI SAMANO; MARLOVA LUZZI CARAMORI; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES; FÁBIO BISCEGLI JATENE

INCOR-HC/FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMONAR; INFECÇÃO FÚNGICA; OSTEOMIELOTE

Introdução: Dentre as infecções oportunistas que acometem os pacientes imunossuprimidos submetidos a transplante de pulmão, a infecção fúngica invasiva é a de maior predição de morbidade e mortalidade. As espécies geralmente encontradas são o *Aspergillus* e *Candida*, o envolvimento pulmonar é a forma de apresentação mais comum, sendo o acometimento do esterno um evento pouco descrito. **Objetivos:** Descrever 3 casos de infecção fúngica de esterno após transplante seqüencial bilateral de pulmão. **Métodos:** No período de Agosto/2003 a Agosto/2010, foram realizados 119 transplantes de pulmão, sendo que 87 pacientes foram submetidos a bitoracotomia anterior com secção do esterno. Sete pacientes apresentaram deiscência da sutura esternal e 3 destes apresentaram osteomielite fúngica associada. **Caso 1.** Feminino, 62 anos, transplantada bilateralmente por deficiência de alfa-1-antritripsina e bronquiectasias. No 10º PO evoluiu com abdome agudo, submetida a laparotomia exploradora. No líquido peritoneal foi identificado *Candida glabrata* e *Candida krusei* e introduzido voriconazol. No 36º PO houve deiscência do esterno e identificados *C. glabrata* e *E. faecium* no produto do desbridamento ósseo. Com o diagnóstico de osteomielite aguda recebeu tratamento por 6 semanas com caspofungina e linezolida, permanece bem sem novos episódios infecciosos. **Caso 2.** Masculino, 56 anos, transplantado por Enfisema Pulmonar. No 16º PO apresentou deiscência da sutura do esterno; no intraoperatório foram evidenciadas áreas enegrecidas acometendo tecido subcutâneo, músculo peitoral maior e esterno. Colhido material onde houve identificação de *C. glabrata*. O Paciente permanece em tratamento com caspofungina apresentando importante melhora clínica. **Caso 3.** Masculino, 19 anos, submetido ao transplante pulmonar por fibrose cística. Apresentou 2 episódios de rejeição aguda, necessitando de pulsoterapia com metilprednisolona no 15º e no 49º PO. Vinte e cinco dias após a última pulsoterapia iniciou queixa de dor torácica em ferida operatória com abaamento da região esternal e febre. A cultura do material ósseo adquirido da limpeza cirúrgica identificou *Trichosporon* sp. Introduzido voriconazol com melhora clínica permanecendo afebril e sem sinais flogísticos locais. **Resultados:** A incidência de deiscência da sutura esternal pós transplante pulmonar por bitoracotomia anterior foi de 8%, destes 3 pacientes apresentaram infecção fúngica esternal. Nos três casos reportados a conduta terapêutica foi o desbridamento do local da infecção associado a antifúngico, havendo controle infeccioso local e sistêmico. **Conclusão:** A infecção por fungos no esterno em pacientes submetidos ao transplante pulmonar é uma entidade rara e com alta morbidade. Nesses casos, a abordagem cirúrgica, visando limpeza exaustiva do sítio infeccioso e resutura das áreas deiscências, deve

ser precoce. A associação com antifúngico adequado é fundamental para completar o tratamento prolongado de osteomielite.

P0134 ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEFORMIDADES NA PAREDE TORÁCICA ANTERIOR.

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUÍS CARLOS DE LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETO; MARIA DO SOCORRO LUCENA CARDOSO; RODRIGO AUGUSTO MONTEIRO CARDOSO; TALITA SAMPAIO CARVALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DEFORMIDADE; TÓRAX; TRATAMENTO

Introdução: As deformidades Pectus Excavatum (PEX) e Pectus Carinatum (PC) acometem, aproximadamente, uma a cada trezentas pessoas e são, usualmente, assintomáticas, sendo a queixa principal de ordem estética. Os pacientes freqüentemente tornam-se arredios, introvertidos e afastados do convívio social e de atividades físicas em que tenham de expor o tórax. **Objetivos:** Avaliar os resultados obtidos após o procedimento cirúrgico, em geral, quanto à satisfação dos pacientes e ao nível de qualidade de vida após o procedimento, ocorrência de complicações e relação delas com a técnica utilizada, aos índices de recidiva e de mortalidade cirúrgica. **Métodos:** Estudo retrospectivo e prospectivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de informações foi feita por meio da análise de prontuários, nos serviços de Cirurgia Torácica do HUGV e SBPA, e do preenchimento de protocolo de estudo pelo paciente que tenha realizado a cirurgia corretiva de PEX ou de PC. Os seguintes dados foram coletados nos prontuários: epidemiológicos, técnica utilizada e complicações pós-operatórias. As informações obtidas por meio da entrevista do paciente foram: o tipo de deformidade, o grau de satisfação com o procedimento cirúrgico e a cicatriz, as complicações pós-operatórias e a recidiva da deformidade. **Resultados:** Foram analisados 18 pacientes com idade média de 13,94 anos, sendo 15 (83,33%) do sexo masculino e todos portadores da deformidade Pectus Excavatum. O grau de satisfação obtido foi relatado como Alto por 12 (66,67%) pacientes e Médio para 33,33%. Ocorreram complicações em 6 (33,33%) pacientes, dos quais 5 submetidos ao uso de técnica aberta. Recidivas discretas da deformidade foram relatadas por 6 (33,33%) dos entrevistados. O índice de mortalidade cirúrgica encontrado foi nulo. **Conclusão:** A maioria dos pacientes entrevistados mostrou-se muito satisfeita com os resultados obtidos após a correção cirúrgica de suas deformidades. Complicações pós-operatórias foram mais observadas em cirurgias por esternotomia, ao contrário das cirurgias por videotoracoscopia, que apresentaram baixos níveis de complicações e mostraram-se mais seguras. Os índices de recidiva discreta da deformidade apresentaram-se em valores elevados, correspondendo a um terço das cirurgias. Nenhum paciente veio à óbito durante os procedimentos cirúrgicos de correção da PEX.

P0135 CORPO ESTRANHO INTRAPULMONAR POR OBJETO PENETRANTE NO TORAX – RELATO DE CASO

ARTEIRO QUEIROZ MENEZES; TATIANA MINDA HERCULANO CATTEBEKE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE, MANAUS, AM, BRASIL

Palavras-chave: corpo estranho; intrapulmonar; objeto penetrante

Introdução: O trauma torácico pode produzir variadas lesões nos órgãos intratorácicos, sendo as lesões parênquimatosas mais comuns, podendo ocorrer também contusões pulmonares, atelectasias, lacerações e hematomas. Corpos estranhos intrapulmonares são mais freqüentes devido aspirações traqueobrônquicas, principalmente durante a infância, sendo menos freqüente a ocorrência por trauma torácico penetrante.. **Objetivos:** relato de corpo estranho no pulmão ocasionado por objeto penetrante no tórax. **Material e Métodos:** adolescente de 15 anos, sexo masculino, deu entrada no serviço de cirurgia de tórax relatando que sofreu trauma em região anterior de hemitórax direito ocasionado por uma argola de ferro, que se desprendeu de um animal durante trabalho rural. Ao exame, encontrava-se eupneico, sem queixas de dor torácica, hemoptise ou sintomas infecciosos. Exame físico com pequeno ferimento para esternal direito, já cicatrizado. Radiologia evidenciando objeto metálico, em forma de arco, localizado dentro do pulmão, em região hilar direita. Foi solicitado tomografia de tórax que confirmou a presença do corpo estranho próximo aos vasos hilares, sem compromete-los. **Resultado:** foi submetido a toracotomia postero lateral direita, com pneumotomia, retirada do corpo estranho, realização de pneumorrafia, sem necessidade de ligadura de vasos hilares ou ressecção pulmonar. **Conclusão:** apresentação de um caso de corpo estranho intrapulmonar em paciente assintomático, penetrante no tórax, sem lesões intratorácicas graves.

P0136 CORREÇÃO CIRURGICA DAS FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICAS CRÔNICAS - ANÁLISE DE 16 PACIENTES

PETRÚCIO ABRANTES SARMENTO¹; RODRIGO CAETANO DE SOUZA²; FRANCISCO ANTONIO BARBOSA QUEIROGA³

1,2.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.UNIMED, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FÍSTULA; TRAQUEOESOFÁGICA; CRÔNICA

Introdução: A fistula traqueoesofágica (FTE) crônica deve ser lembrada nos casos onde os pacientes apresentam engasgos freqüentes, associados ou não, a refluxo alimentar e/ou saída de alimentos pelo traqueostoma(naqueles traqueostomizados), deve ser suspeitada ainda nos pacientes que desenvolveram asma recente, principalmente adultos e após história de entubação orotraqueal (EOT) prévia, concomitante ao uso de sonda nasogástrica (SNG) ou sonda nasoenteral (SNE). **Objetivos:** descrever as características clínicas, técnica operatória e resultados imediatos do tratamento cirúrgico da FTE CRÔNICA. **Métodos:** foram analisados retrospectivamente, os prontuários de 16 pacientes no período compreendido entre 1988 e 2010. Para a confirmação e localização da FTE foi realizada, radiografia contrastada de esôfago, sempre que possível, endoscopia respiratória e/ou digestiva; a broncoscopia e esofagoscopia, permitiram ainda analisar a extensão da FTE e as condições locais, confirmando a fase crônica. Todos os pacientes foram submetidos à avaliação pré operatória, sendo então submetidos ao tratamento cirúrgico definitivo.

IDADE:média foi de 41,26 (17-64)

SEXO:masculino - 10; feminino - 6.

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA MAIS COMUM:

engasgo e/ou broncoaspiração - 7; saída de alimento pela cânula de traqueostomia - 4; roncos e sibilos - 2.

LOCALIZAÇÃO:

1/3 proximal - 11 pacientes; 1/3 médio - 3; 1/3 distal - 1; não identificado no prontuário - 1.

VIA DE ACESSO:

cervicotomia (Kocher) - 14; toracotomia direita - 1; cervicoesternotomia - 1.

REPARO OPERATÓRIO UTILIZADO:

ressecção traqueal, seguida de esofagorrafia e traqueoplastia - 13; esofagorrafia e traqueorrafia - 1; esofagorrafia e traqueostomia definitiva em - 1.

COMPLICAÇÕES IMEDIATAS:

SPSIS - óbito - 1 paciente (recidiva); hematoma em ferida operatória (uso de anticoagulação por válvula metálica).

COMPLICAÇÕES TARDIAS:

estenose na linha de anastomose - 2 (dilatada e resolvida); broncoaspiração(micro) temporária - 2 (resolução em até 3 meses); rouquidão temporária - 1.

P0137 MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS DAS DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS CRÔNICAS

OLAVO FRANCO FERREIRA FILHO; CESAR CASTELO BRANCO LOPES; GABRIEL AFONSO DUTRA KRELING; RAFAEL GOULART ARAUJO; RICARDO HIRAYAMA MONTERO; RODRIGO EIK SAHYUN; LUIZ FELLIPE ALIBERTI

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS; FISIOPATOLOGIA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é caracterizada por um processo inflamatório que afeta todo o parênquima pulmonar. Também ocorre inflamação sistêmica, evidenciada pelo aumento das células de defesa e citocinas pró-inflamatórias na corrente sanguínea, que esta associada a complicações extra-pulmonares observadas nas DPOC. **Objetivos:** identificar as principais complicações sistêmicas nas DPOC e determinar suas possíveis causas. **Métodos:** Realizada revisão de literatura, utilizando-se as bases de dados Medline, LILACS, Biblioteca Cochrane e Scielo para a busca de artigos relacionados aos efeitos sistêmicos da DPOC. Selecionados os artigos que tentavam elucidar as causas de cada manifestação sistêmica, com ênfase na sua fisiopatologia. **Resultado e Discussão:** Foram encontrados 34 artigos e somente 15 abordavam o tema proposto. Os artigos selecionados estudavam as seguintes alterações sistêmicas: 1) perda de peso: a presença de níveis elevados de TNF α nas DPOC explica este sinal já que este mediador aumenta o metabolismo e a degradação proteica. A leptina encontra-se diminuída, sugerindo ação deste hormônio no mecanismo de emagrecimento. Além disso, pacientes com DPOC apresentam baixa ingestão alimentar, atribuída a dispepsia pós-prandial, saciedade precoce e anorexia, porém, seu metabolismo esta aumentado pelo esforço respiratório, efeito termogênico dos broncodilatadores e da inflamação sistêmica; 2) Osteoporose: causada pelos efeitos colaterais do corticóide e pelo aumento dos mediadores inflamatórios IL-1 alfa e TNF-alfa que estimulam a reabsorção óssea e a presença de IL-6 que leva a formação de osteoclastos; 3) disfunção muscular: é observado diminuição da força de contração e da resistência muscular e atrofia muscular, bem como, diminuição da expressão das enzimas mitocondriais e conseqüente diminuição da capacidade oxidativa. Estas alterações estão associadas à presença de IL-8, TNF α e Proteína C reativa nestes pacientes. O estresse oxidativo provoca fadiga muscular e facilita a proteólise. A glutatona, um antioxidante intracelular, encontra-se alterada nestes pacientes. O uso de corticóide diminui a produção de testosterona, hormônio de importante ação anabólica. 4) problemas cardiovasculares: o Doppler ecocardiográfico

revela alterações nas paredes endoteliais dos vasos pulmonares, levando a aumento do consumo de oxigênio. Pode haver defeitos na parede endotelial em outras regiões do corpo. É suposto que a função ventricular esquerda esta diminuída, já que o débito cardíaco nesses pacientes é menor quando comparado com indivíduos saudáveis durante a realização de exercícios forçados. **Conclusão:** Foi verificado que as manifestações sistêmicas da DPOC se correlacionam fortemente com o processo inflamatório sistêmico. No entanto, é difícil definir qual dos fatores se inicia primeiro nesses pacientes, pois os estudos relatados na literatura são transversais.

PO138 RESULTADOS DA INTERNAÇÃO DE PACIENTES COM DPOC ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DURANTE EXACERBAÇÃO E SEGUIMENTO POR UM ANO

MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI¹; ANA CRISTINA BURIGO GRUMANN²; RAPHAEL ELIAS FARIAS³; ANDRÉ GUSTAVO CASTIONI CAVALHEIRO⁴; DAYANE DE ASSIS PEREIRA HANSEN⁵; DIOGO LUIZ SIQUEIRA⁶; CAIO AUGUSTO SCHLINDWEIN BOTELHO⁷; ISRAEL SILVA MAIA⁸

1,2,3,6,8.HOSPITAL NEREU RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 4,5,7. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; UTI; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Introdução: Insuficiência respiratória decorrente de exacerbações de DPOC é indicação freqüente para internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Estudo observacional envolvendo pacientes com DPOC, admitidos na UTI entre Outubro de 2006 e Outubro de 2007. Dados demográficos, suporte ventilatório, tempo de permanência na UTI e no hospital e mortalidade foram obtidos através de registros médicos. A mortalidade em um ano foi obtida subsequentemente, por contato telefônico. **Resultados:** 192 pacientes foram admitidos na UTI, dos quais 26 (13.54%) com exacerbações de DPOC. Ventilação não-invasiva (VNI) foi utilizada como suporte ventilatório inicial em 9 de 16 pacientes. A mortalidade na UTI foi de 19.2%. Um ano após a hospitalização, a mortalidade foi de 65%. **Conclusão:** Insuficiência respiratória relacionada a DPOC foi responsável por 13.54% das admissões em nossa UTI no período de um ano. A mortalidade na UTI foi de acordo com o esperado pelo índice de prognóstico, mas a mortalidade em um ano foi elevada.

VARIÁVEIS	POPULAÇÃO DPOC
Idade	71.42 ± 7.85
Tempo de permanência na UTI (dias)	12 ± 11.1
Dias com ventilação mecânica	7.47 ± 11.4
Dias com ventilação mecânica não-invasiva	2.15 ± 3.64
Dias em sedação (Ramsay ≥ 3)	4.85 ± 5.06
Ventilação mecânica invasiva ≥ 7 dias	50%
Modo de ventilação - Pressão controlada	53%
Modo de ventilação - Volume controlado	47%
PaO ₂ /FiO ₂ inicial	248.5 ± 86.5
Pressão expiratória final positiva (PEEP) inicial	6.71 ± 1.33
Pico de pressão inspiratória (PIP) inicial	24.57 ± 6.15
FiO ₂ > 0,5 necessária para manter SpO ₂ >88%	15.4%
Traqueostomia	43.75%
Sobreviventes/ alta da UTI	80.8%
Sobreviventes com seguimento após 1 ano	35%

PO139 SÍNDROME HEPATOPULMONAR ASSOCIADA A DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

RENATA CRISTINA TEIXEIRA PINTO VIANA; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; THAIS ROSSONI WEBER; LETICIA STAHELIN; PABLO MORITZ;

MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI; MAX BERENHAUSEN CAPELLA; LEONARDO DE LUCCA SCHIAVON

HU-UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; SÍNDROME HEPATOPULMONAR; HIPOXEMIA

Introdução: A síndrome hepatopulmonar (SHP) é uma das inúmeras complicações encontradas em portadores de cirrose hepática. Caracteriza-se por hipoxemia em consequência ao fenômeno de vasodilatação arteriolar e de capilares pulmonares devido à presença de mediadores liberados pelo fígado doente. Trata-se de uma condição freqüentemente subdiagnosticada, especialmente se houver associação a doenças pulmonares como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). **Métodos:** Relato de um caso de SHP em paciente com cirrose alcoólica e DPOC. **Resultados:** Paciente masculino, 76 anos, portador de DPOC, foi admitido na Emergência do HU-UFSC por piora da dispnéia há 3 dias associada à tosse produtiva. História prévia de tabagismo 25 anos/maço e etilismo (1 dose/dia de aguardente). Estava em acompanhamento ambulatorial por hipoxemia grave em uso domiciliar de oxigênio, com espirometria evidenciando distúrbio obstrutivo leve e ecocardiograma sem alterações significativas (FE=62%). No exame físico, apresentava saturação de O₂ de 81%, estertores subcrepitantes bibasais, abdome ascítico, edema de membros inferiores. Os exames laboratoriais mostravam: Hb 15,3; Ht 43,4; leucócitos 4.200; plaquetopenia 119.000; creatinina 0,9; TAP 52,3% (RNI 1,42); albumina 2,2. A gasometria arterial em uso de 3L/min de oxigênio mostrava pH 7,55; pCO₂ 36mmHg; pO₂ 44mmHg; Sat O₂ 86%; bicarbonato 32; BE 9. As enzimas cardíacas e o eletrocardiograma eram normais, a radiografia de tórax evidenciava lesões intersticiais no terço inferior de ambos os pulmões e área cardíaca normal. A análise do líquido ascítico apresentou GASA elevado (2,1). A ultrassonografia de abdome com doppler revelou sinais de hepatopatia crônica avançada, sem alterações ao Doppler. A etiologia da hepatopatia foi atribuída apenas ao etilismo, já que as sorologias para hepatites virais eram negativas, assim como os marcadores para hemocromatose, doença de Wilson e hepatite auto-imune. A espirometria apresentou relação VEF1/CVF de 0,69 e VEF1 74%, sem resposta broncodilatadora. A angiotomografia de tórax (angioTC) apresentou ausência de sinais de tromboembolismo pulmonar e presença de dilatação dos vasos no terço inferior dos pulmões bilateralmente. Como os exames laboratoriais e de imagem não justificavam a gravidade da dispnéia apresentada pelo paciente, aventou-se a possibilidade de SHP. A ecocardiografia transesofágica com contraste microbolhas indicou shunt direito-esquerdo intrapulmonar. Este achado ecocardiográfico aliado ao resultado da angioTC de tórax confirmou o diagnóstico de SHP. Durante a internação, o paciente apresentou piora clínica progressiva, sem condições clínicas de transplante hepático no momento do diagnóstico e evoluiu a óbito. **Conclusão:** A SHP é uma condição rara e a associação a DPOC, torna-se um fator de confusão ao diagnóstico. Apesar de representar uma patologia rara, a SHP deve ser lembrada quando houver hipoxemia severa em pacientes portadores de cirrose hepática associada à DPOC.

P0140 FATORES DE RISCO PARA ATERTROMBOSE EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM OXIGENOTERAPIA

RICARDO LUIZ DINIZ DOS SANTOS¹; LAERTE HONORATO BORGERS JUNIOR²; LUIZ HENRIQUE VIDIGAL³; VINICIUS PAFUME DE OLIVEIRA⁴; DANIELA NAME CHAUL⁵UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA - HCU, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ATERTROMBOSE; DPOC; OXIGENOTERAPIA

Fundamento: A DPOC associada à redução da função pulmonar é um fator independente de risco cardiovascular.

Objetivos: Identificar os fatores de risco para aterotrombose em pacientes com DPOC em oxigenoterapia. **Métodos:** Foram incluídos no estudo 62 indivíduos, todos integrantes do Programa de Assistência Domiciliar HC - UFU. A DPOC foi diagnosticada quando havia sinais e sintomas clínicos com alteração na espirometria ($VEF1/CVF \leq 0.7$ pós BD). Foram avaliados os seguintes fatores de risco para aterotrombose: composição corporal (peso corporal, IMC e ICQ), glicemia de jejum, perfil lipídico plasmático (CT, LDL-C, HDL-C e triglicérides), tabagismo e carga tabágica, sedentarismo, pressão arterial sistêmica de repouso, teste de caminhada de 6 minutos, PCR, VEF1, FC repouso, hipoxemia e cálculo do escore de Framingham. **Resultados:** A média de peso (kg) foi $59,3 \pm 15,3$ com IMC de $24,4 \pm 5,5$ e ICQ de $1,0 \pm 0,1$. Os fatores de risco tradicionais, como a elevação de TG, CT, LDL-C, glicemia de jejum e da pressão arterial sistêmica e o tabagismo estavam igualmente distribuídos em ambos os grupos e apenas o HDL-C foi significativamente mais baixo no homem. O escore de Framingham foi maior e com diferença estatisticamente significativa no sexo masculino. As demais variáveis consideradas não tradicionais quando relacionadas ao risco de aterotrombose também estavam igualmente distribuídas entre homens e mulheres, exceto quanto ao VEF1, mais baixo no homem. **Conclusão:** Os homens com DPOC e em oxigenioterapia apresentam escore de Framingham mais elevado (maior risco para IAM ou morte em 10 anos) do que as mulheres. A redução do HDL-C e do VEF1 em homens representa um acréscimo no risco para aterotrombose nesta mesma população. Deve-se lembrar que o VEF1 reduzido, PCR aumentada e hipoxemia foram características encontradas em toda a população estudada e estes itens estão incluídos nos fatores de risco para aterotrombose.

P0141 DPOC EXACERBADO: MANEJO TERAPÊUTICO E DESFECHO CLÍNICO EM UM HOSPITAL GERAL

SIBELE KLITZKE¹; STÉFANIE MÜLLER DOS SANTOS²; BERNARDO DE MARCCHI MOSELE³; PEDRO HENRIQUE BORDIN⁴; JANAINA PILAUS⁵; LUIS AMAURI DA SILVEIRA PALMA⁶

1,2,3,4,6.FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL; 5.HOSPITAL DA CIDADE, PASSO FUNDO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; EXACERBAÇÃO; INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) vem ganhando destaque no meio acadêmico em vista da sua importância como fator de morbidade e mortalidade. Sendo um aspecto marcante da sua história natural, a exacerbação da DPOC é definida como evento agudo no curso natural da doença, geralmente desencadeado por infecção bacteriana, que possa justificar uma alteração na medicação habitual do paciente. O impacto das exacerbações é significativo, uma vez

que causam progressiva deterioração fisiológica e aumento da inflamação das vias aéreas, assim como elevam a taxa de internações hospitalares e oneram o sistema de saúde. **Objetivos:** Caracterizar o manejo terapêutico e o desfecho clínico dos pacientes internados em um hospital devido à exacerbação da DPOC. **Métodos:** O estudo, transversal, foi realizado no Hospital São Vicente de Paulo, hospital de referência em alta complexidade, na cidade de Passo Fundo - RS / Brasil, onde foram selecionados e analisados os prontuários médicos de 195 pacientes internados de janeiro a dezembro de 2008 com o diagnóstico de DPOC exacerbado. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de $67,8 \pm 12,5$ anos. Do total, 115(59%) eram do sexo masculino e 166 (85%) eram brancos. Quanto ao hábito tabágico, 54 (29%) eram tabagistas, e 46 (23%) eram ex-tabagistas. O mês em que mais houve internações por exacerbação da doença foi julho. A maioria dos pacientes (99%) internou na enfermaria, sendo que desses, 9,8% necessitou de posterior internação no centro de terapia intensiva (CTI). Apenas 27% internaram aos cuidados de um pneumologista. Radiografia de tórax foi solicitada em 176 pacientes (90%) e gasometria arterial em 158 (81%). 112 pacientes (57,4%) receberam fisioterapia respiratória. Dos medicamentos de uso corrente para o DPOC, os mais utilizados foram os anticolinérgicos e os broncodilatadores de curta-ação, ambos com taxa de uso de 87,2%. Antibióticos foram administrados em 82,6% e corticóides sistêmicos a 111 (57%). A mortalidade hospitalar foi 22,6% e a no CTI de 79%. 124 pacientes (63,6%) necessitaram de ventilação não-invasiva e 24 pacientes (12,3%) de ventilação mecânica. A associação entre mortalidade global e necessidade de CTI foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$, razão de prevalência = 31), assim como também foram significativas as associações entre mortalidade global, ventilação não-invasiva e ventilação mecânica. **Conclusão:** Desse modo, reforça-se o caráter da exacerbação da DPOC ocorrer predominantemente nos meses de inverno e especialmente em pacientes com histórico de tabagismo. Devido ao alto índice do uso de antibióticos na população em estudo, evidencia-se a relevância das infecções bacterianas na gênese da exacerbação. E em relação ao desfecho clínico da doença, conforme descrito na literatura, observou-se que os pacientes que necessitaram de internação no CTI são mais graves, e, portanto, tem pior prognóstico.

P0142 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS EM PACIENTES INTERNADOS

GUSTAVO WINTER¹; MAÍRA LUCIANA MARCONCINI²; DIOGO LUIZ SIQUEIRA³; CLETA SELVA DE CORDOVA DE JESUS⁴; ROSEMERI MAURICI DA SILVA⁵

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MANIFESTAÇÕES; CLÍNICA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença de distribuição mundial, sendo que sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas, especialmente no sexo feminino. É a maior causa de morbidade e mortalidade precoce em todo o mundo, sendo definida como uma síndrome caracterizada pela obstrução crônica difusa das vias aéreas inferiores, de caráter irreversível, com destruição progressiva do parênquima pulmonar. Os três sintomas clínicos mais comuns na DPOC são: dispnéia, produção de expectoração e tosse. Na DPOC a troca gasosa

está comprometida e alterações laboratoriais podem estar presentes. Os pacientes tendem a apresentar exacerbações periódicas, de modo que as infecções bacterianas e virais desempenham papel importante em muitos episódios.

Objetivos: Descrever as manifestações clínicas e laboratoriais nas exacerbações agudas de DPOC em pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis/SC. **Métodos:** Foi realizado um estudo de delineamento transversal no qual foi preenchida uma ficha mediante informações do paciente com relação ao quadro clínico e história da doença, e exames realizados durante a internação (cultura de escarro, gasometria arterial e hemograma). **Resultados:** Foram avaliados consecutivamente 14 pacientes, sendo 57,1% pertencentes ao gênero feminino, com média de idade de 60,57 anos. Todos os pacientes apresentaram dispneia durante a exacerbação, sendo que 78,6% apresentaram índice 4 de dispneia, 14,3% índice 3 e 7,1% índice 2. Expectoração esteve presente em 92,9% dos pacientes, e destes, 69,2% apresentaram mudança na característica e volume do conteúdo da expectoração. Todos os pacientes referiram tosse e 50% apresentavam cianose. Febre esteve presente em 14,2% dos pacientes. Dentre as comorbidades, 85,5% tinham hipertensão arterial sistêmica, 49,9% diabetes mellitus, 35,5% insuficiência cardíaca e 21,4% asma. A gasometria arterial evidenciou uma média de pO₂ de 63,84 mmHg, pCO₂ com média de 49,02 mmHg e SatO₂ com média de 89,13%. A cultura de escarro evidenciou o crescimento de patógenos em 21,4% dos pacientes internados e 50% dos pacientes avaliados apresentaram leucocitose. **Conclusão:** Houve um predomínio de pacientes do gênero feminino e grande maioria dos pacientes apresentou os três sintomas clínicos mais comuns na DPOC (dispneia, produção de expectoração e tosse). A mudança na característica e volume do conteúdo da expectoração, um dos sintomas maiores presentes nas exacerbações agudas de DPOC, foi característica marcante nos pacientes. Sintomas menores, como cianose e febre, estiveram presentes de forma expressiva. Comorbidades são achados comuns em pacientes com DPOC. A gasometria arterial mostrou-se um componente importante na avaliação dos pacientes que apresentam sintomas de exacerbação. Presença de leucocitose não apresentou fidelidade com um quadro de infecção bacteriana evidenciada por crescimento de patógenos em cultura.

PO143 PREVALÊNCIA DAS COMORBIDADES APRESENTADAS POR PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ENTRE OS DIVERSOS ESTÁGIOS DE GRAVIDADE DA DOENÇA

MARIELE CARVALHO CRESPO; JOSEFA GENIKELE ALVES DE SOUZA CARVALHO; MARIANNA ALLEGRO FONTES RIBEIRO; GUILHARDO FONTES RIBEIRO

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS; COMORBIDADES

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória que pode ser prevenida e tratada, a qual se caracteriza pela obstrução crônica do fluxo aéreo progressiva, e que não é totalmente reversível. A resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos são fatores que desencadeiam a doença, que tem o tabagismo como maior fator de risco. Além disso, há efeitos extrapulmonares significantes que podem contribuir para o desenvolvimento de comorbidades podendo agravar

o quadro de alguns pacientes. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de comorbidades apresentadas por pacientes com DPOC. **Desenho do estudo:** O trabalho tem como desenho metodológico um estudo observacional analítico de corte transversal. **Casística, Materiais e Métodos:** Foram estudados 99 pacientes, atendidos no Ambulatório de DPOC, do Hospital Santa Izabel (Salvador- BA). Para confirmação diagnóstica de DPOC foram realizados, em todos os pacientes, uma avaliação clínica e espirométrica com prova farmacodinâmica. Após a confirmação do diagnóstico os pacientes foram classificados quanto à gravidade da DPOC pelos critérios do GOLD e logo após consentirem participar do estudo foi preenchida uma ficha para cadastramento no banco de dados e estes pacientes foram questionados a respeito das comorbidades por eles apresentadas, sendo as mesmas confirmadas com o prontuário e relatórios de alta hospitalar. Após a coleta de dados foram feitas as devidas associações entre a gravidade da DPOC e as comorbidades apresentadas pelos pacientes. **Resultados:** As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial (56,6%), asma (27,3%), doença do refluxo gastroesofágico (22,2%), cardiopatias (18,2%) diabetes mellitus (15,2%), neuropatias (10,1%), seguidas por sinusopatias (9,1%) e osteoporose (2,0%). Quando associadas às comorbidades apresentadas com a gravidade da DPOC constatou-se maior proporção nos indivíduos que tinham DPOC grave ou muito grave. **Conclusão:** A avaliação clínica dos pacientes com DPOC deve ser criteriosa e levar em consideração os componentes sistêmicos como possíveis agravantes da doença e precursores de algumas comorbidades. Deste modo, o tratamento destas manifestações extrapulmonares deve ser pensado e estudado para ajudar na melhora clínica desses pacientes e tais comorbidades devam ser rastreadas realizando um manejo clínico adequado para os mesmos. São necessários estudos propondo novas estratégias terapêuticas que possam resultar em uma melhor qualidade de vida destes pacientes, para tentar reduzir suas exacerbações e melhorar a sobrevida dos mesmos.

PO144 DIAGNÓSTICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA PELA DOSAGEM SÉRICA DE PROTEÍNA C-REATIVA EM GRUPO DE FUMANTES ATENDIDOS EM PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MIGUEL ABIDON AIDÉ; ÂNGELA SANTOS FERREIRA; CYRO TEIXEIRA SILVA JUNIOR; REGINA CELIA SIQUEIRA SILVA; ANTONIO CARLOS FERREIRA CAMPOS; EMANUELA ROMANHA MORELLO; ADRIANA NIELSEN AIDE; JAQUELINE FLOR FRANÇA

UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PROTEÍNA C REATIVA; ENFISEMA PULMONAR; TABAGISMO

Introdução: A proteína C-reativa (PC-R) é importante marcador de inflamação e dano tecidual. A elevação dos níveis séricos de PC-R está presente na DPOC, no tabagismo e em outras doenças com manifestações inflamatórias sistêmicas. **Objetivos:** Avaliar os parâmetros diagnósticos da PC-R sérica para DPOC em um grupo de fumantes. **Métodos:** Vinte e quatro pacientes que participaram do Programa de Tratamento de Tabagismo do HUAP (3 sessões em grupo entre dezembro de 2009 - junho de 2010). Características demográficas, carga tabágica, quadro clínico, exames de imagem e espirometria foram avaliados para confirmar o diagnóstico de DPOC. Antes de qualquer procedimento foi

realizada nos pacientes em jejum a dosagem sérica de PC-R por uma técnica de imunoensaio turbidimétrico melhorado de partículas (PETIA). Os grupos de fumantes com diagnóstico confirmado de DPOC (F-DPOC) e fumantes sem DPOC (F-NDPOC) foram avaliados com métodos estatísticos apropriados para testes diagnósticos pelo programa MedCalc (v. 11.3.3/2010). Resultados: No grupo F-NDPOC (19 8,4□pacientes – 15 do sexo feminino) a média de idade foi de 50,6 ± 12,7 anos-maço (15-70), a□anos (34-69), a carga tabágica era de 35,3 ± 0,05 (0,73-0,91) e a□relação VEF1,0/CVF pós-broncodilatador de 0,79 ± 12,9 mg/L (0,3-53,2). No grupo□dosagem sérica de PC-R foi de 7,8 ± □F-DPOC (5 pacientes – 3 do sexo masculino) a média de idade foi 61,4 ± 31,9 anos-maço□3,2 anos (57-65), a carga tabágica era de 84,4 ± 0,12 (0,35-0,64) e a□(35-112,5), a relação VEF1,0/CVF pós-BD de 0,56 ± 2,6 mg/L (0,5-6,2). O valor de□dosagem sérica de PC-R foi de 3,72 referência de PC-R sérica acima ou igual a 6,2 mg/L foi calculado pela curva ROC para diagnóstico de DPOC com uma AUC de 0,511 (p=0,9431). Os parâmetros para diagnóstico foram sensibilidade de 100% (IC95%: 47,8-100,0), especificidade de 26,32% (9,1-51,2), VPP de 26,3% (9,1-51,2), VPN de 100% (47,8-100), LRP de 1,36 (0,6-2,9) e LRN de 0,0. Conclusão: A baixa especificidade e acurácia encontradas como parâmetro diagnóstico da PC-R sérica não recomendam seu uso isolado para diagnóstico de DPOC em fumantes.

P0145 TERAPIA CELULAR EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: PROPOSIÇÃO DE UM PROTOCOLO

JOÃO TADEU RIBEIRO-PAES1; ALDEMIR BILAQUI2; MILTON ARTUR LUIZ3; OSWALDO TADEU GREGO4; MÁRIO ROBERTO LAGO5; TALITA STESSUK6; MÔNICA YONASHIRO MARCELINO7; CAROLINA ARRUDA DE FARIAS8

1,6.UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP – CAMPUS DE ASSIS, ASSIS, SP, BRASIL; 2,3,4,5.INSTITUTO DE MOLÉSTIAS CARDIOVASCULARES – IMC, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL; 7,8. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC); ENFISEMA PULMONAR; TERAPIA CELULAR

Introdução: O enfisema pulmonar, no espectro da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), apresenta como principal característica a obstrução do fluxo aéreo, como resultado da destruição das paredes alveolares distais ao bronquíolo terminal, sem fibrose pulmonar significativa. As abordagens terapêuticas clínicas existentes têm, inegavelmente, contribuído para o prolongamento e melhora na qualidade de vida dos portadores de enfisema. Não há, porém, nenhum tratamento clínico eficaz e/ou curativo. Considerando esses aspectos, diversos modelos experimentais têm sido propostos, no intuito de ampliar o conhecimento acerca dos processos fisiopatológicos e viabilizar novas abordagens terapêuticas do enfisema pulmonar. A terapia celular (TC), que se caracteriza de forma ampla e genérica pelo emprego de células para tratamento de doenças, apresenta-se, neste contexto, como uma abordagem terapêutica promissora e com grande potencial de aplicabilidade em doenças degenerativas pulmonares. **Objetivos:** Partindo dessas premissas e dos resultados prévios obtidos, em nosso laboratório, com modelos animais, foi proposto à CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Reg. 14764) um protocolo geral com o objetivo de avaliar a segurança da TC com “pool” de células

mononucleares da medula óssea (BMMC) em pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial de enfisema pulmonar em grau avançado. **Métodos:** O protocolo, enviado em abril de 2008, foi aprovado em abril de 2009 (Parecer 233/2009). Na sua estruturação foram definidos vários parâmetros relativos a aspectos metodológicos, como obtenção, preparo e infusão do “pool” de BMMC. Foram definidos critérios de inclusão e exclusão dos pacientes e um roteiro sequencial de consultas com avaliações clínicas e laboratoriais, pré e pós-procedimento. **Resultados:** Embora o objetivo primário deste protocolo, aprovado pela CONEP, tenha sido avaliar a segurança da TC com BMMC, durante a sua implementação foram obtidos resultados interessantes que permitiram a proposição de algumas inferências sobre vários aspectos, entre os quais, vale citar, a eficácia do procedimento, bem como, redefinir os procedimentos metodológicos adotados. Deve-se assinalar que, relata-se, nessa comunicação, apenas a proposição de protocolo clínico geral de TC em DPOC. **Conclusão:** Consoante os resultados obtidos, resposta e evolução clínica dos pacientes desse protocolo de estudo, pode-se estabelecer que a metodologia empregada para separação e infusão de BMMC é, praticamente, isenta de efeitos adversos, ou seja, o emprego de TC, como proposto neste projeto, com “pool” de BMMC, não causa dano e não acarreta prejuízo à evolução clínica dos sujeitos voluntários da pesquisa. Esta importante conclusão fundamenta e justifica, per se, a possibilidade de continuidade e/ou a ampliação da amostra em protocolos futuros, que possam também contemplar a introdução de novas vertentes metodológicas.

P0146 EVOLUÇÃO DE PACIENTE COM DPOC APÓS CESSAÇÃO TABÁGICA E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CÂNCER DE PULMÃO – RELATO DE CASO

LILIAN RECH PASINI1; LUCIANO MULLER CORRÊA DA SILVA2; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA3; LEONARDO HAAS SIGNORII4; FERNANDA WALTRICK MARTINS5; EDUARDO HERMES6; ENEMARA CRISTIANE PRETTO7; SAMANTA MADEIRA DE OLIVEIRA8

1,2,4,5,6,7,8.ISCMPA/PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.ISCMPA/PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; CESSAÇÃO TABÁGICA; CÂNCER DE PULMÃO

Introdução: A associação do tabagismo com o DPOC e o câncer de pulmão foi extensamente comprovada na literatura. Dados epidemiológicos estabelecem que o tabagismo por si só é responsável por 80% de todos os casos de doença pulmonar obstrutiva crônica. Assim como mais de 60 estudos retrospectivos e acima de uma dezena de estudos prospectivos afirmaram o risco de câncer brônquico e de outros cânceres em função do tempo de tabagismo (a maioria depois de 15 a 20 anos), da quantidade de fumo consumido por dia e do modo de fumar. **Objetivos:** Relatar um caso que mostra a evolução funcional de um paciente com DPOC grave após cessação tabágica e tratamento de câncer de pulmão. **Relato do Caso:** Paciente de 50 anos, sexo feminino, raça branca, costureira, com DPOC estadiado III pelo GOLD na avaliação inicial (VEF1 39% pré-BD), história previa de tuberculose pulmonar tratada em 2004 com RHZ por 6 meses, que retornava ao serviço de Pneumologia do Pavilhão Pereira Filho, após 5 anos afastada, por um quadro de exacerbação infecciosa (tosse, expectoração purulenta e piora da dispnéia/MRC 3). Tabagista ativa de 1 carteira/dia

há 36 anos. Acompanhando opacidade nodular irregular de 1.3cm em LSE, sem modificação do aspecto tomográfico em 1 ano. Tratada exacerbação infecciosa, otimizado tratamento clínico do DPOC (beta2 de longa + corticóide inalatório + Tiotrópio) e orientada cessação do tabagismo. Paciente retorna por nova exacerbação após 4 meses, sem melhora da dispnéia (MRC 3), com VEF1 pré-BD 38% e ainda fumando. Recebe alta novamente com tratamento otimizado e com medicação (Bupropiona + reposição de nicotina) para auxiliar na cessação tabágica. Revisão após 3 meses sem tabaco mostrou melhora funcional (VEF1 52% pré-BD), dispnéia aos moderados esforços (MRC 2) e controle tomográfico evidenciando progressão da lesão em LSE (3x2cm). Biópsia transcutânea da lesão mostrando carcinoma não de pequenas células. Após estadiamento mostrando doença localizada, e cintilografia pulmonar perfusional permitindo intervenção cirúrgica, a paciente foi submetida a segmentectomia do LSE e ressecção de linfonodos (AP da peça cirúrgica – carcinoma epidermoide pouco diferenciado / T2N0M0). Seguimento 3 meses após a cirurgia mostrando melhora funcional adicional (VEF1 pré-BD 58%), dispnéia aos moderados esforços (MRC 2), com conseqüente mudança para DPOC estadio II pelo GOLD. Conclusão: Inúmeros estudos têm ressaltado que a cessação do tabagismo é a intervenção primária e isolada mais efetiva para prevenir o DPOC ou para retardar sua progressão. Nesse caso a paciente apresentou uma melhora clínica e funcional evidente após a cessação do tabagismo, permitindo a possibilidade de intervenção cirúrgica para o câncer de pulmão diagnosticado, que consiste na única possibilidade de cura para o mesmo.

PO147 CUSTOS DIRETOS DE DPOC SOB A PERSPECTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

CIBELE SUZUKI1; VANESSA TEICH2; ANGELA HONDA3

1,3.NOVARIS, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.MEDINSIGHT EVIDENCIAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CUSTOS; DPOC; SUS

Objetivos: Identificar custos diretos ambulatoriais e intra-hospitalares dos desfechos e procedimentos relacionados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Foram coletados dados secundários de pacientes com desfechos e procedimentos relacionados à DPOC atendidos em ambulatórios e hospitais terciários (especializados em pneumologia) do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi elaborado um instrumento de coleta de dados para identificação da utilização de recursos (honorários, diárias hospitalares, taxas, medicações, materiais médicos), quantificação da frequência de uso e da proporção de usuários de cada serviço de saúde e, por fim, a valoração desses recursos. Foram considerados apenas diretos dos desfechos e procedimentos relacionados à DPOC e suas complicações, nos estágios leve, moderado, grave e muito grave, classificados conforme diretrizes GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Os custos foram calculados pela multiplicação do custo médio do serviço prestado pelo número total de procedimentos realizados atribuídos à população em questão. A valoração dos procedimentos médicos, exames complementares e honorários profissionais no SUS foi feita pelo Sistema de Informações Ambulatoriais Hospitalares - SIAH/SUS. Os insumos utilizados no ambiente ambulatorial e intra-hospitalar foram valorados pela Tabela Kairos. Os medicamentos utilizados no tratamento foram valorados

através do Banco de Preços do Ministério da Saúde, ou pelo Preço Fábrica de referência obtido a partir da Tabela Brasíndice, quando não disponível registro no Banco de Preços. **Resultados:** O custo total anual para os casos de DPOC leve, moderado, grave e muito grave foram respectivamente, R\$ 343, R\$ 786, R\$ 921 e R\$ 1.013. Em todos os estágios, os custos com medicação foram equivalentes a mais de 50% dos custos gerais. O custo total da exacerbação foi estimado em R\$ 1.251, tendo a hospitalização como principal componente. **Conclusão:** A DPOC possui um ônus econômico significativo no sistema de saúde do Brasil. Pacientes com a forma mais grave da DPOC foram associados com custos diretos consideravelmente mais altos do que os pacientes nas condições mais leves da doença. Intervenções que pudessem melhorar os desfechos da DPOC, através da redução dos sintomas e prevenção de exacerbações agudas, poderiam diminuir substancialmente os custos associados à doença. O custo da exacerbação é um componente importante do custo geral da DPOC sob o ponto de vista do sistema de saúde público brasileiro.

PO148 ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESTÁGIOS DE GRAVIDADE DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E A GLICEMIA DE JEJUM EM PACIENTES COM ESTA DOENÇA

MARIANNA ALLEGRO FONTES RIBEIRO; JOSEFA GENIKELE ALVES DE SOUZA CARVALHO; MARIELE CARVALHO CRESPO; GUILHERDO FONTES RIBEIRO

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; DIABETES; ALTERAÇÃO GLICÊMICA

A DPOC é uma enfermidade respiratória que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo. O processo fisiopatológico desta doença envolve a liberação de citocinas pró-inflamatórias, devido à inflamação crônica, levando a um efeito sistêmico a partir dessas citocinas liberadas. Dentre os efeitos, as citocinas inflamatórias atuam alterando o metabolismo da glicose e alterando a resistência a insulina em pacientes com DPOC. **Objetivos:** Associar os estágios de gravidade da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e a glicemia de jejum em pacientes com esta doença. **Desenho do estudo:** estudo do tipo observacional, de corte transversal, com coletas de dados durante 12 meses. **Casística, Material e Métodos:** Foram avaliados 70 pacientes, atendidos no Ambulatório de DPOC, do HSI. Para a confirmação do diagnóstico de DPOC foram realizados em todos os pacientes uma avaliação clínica e espirometria com prova farmaco-dinâmica. Após a confirmação do diagnóstico de DPOC, foi solicitada glicemia de jejum e preenchido uma ficha para o cadastramento no banco de dados. Foi feito a associação da gravidade da DPOC, através da espirometria, com a glicemia de jejum do paciente. **Resultados:** Os pacientes com DPOC grau I apresentaram 64,3% de glicemia normal, 14,3 % de resistência à insulina e 21,4% de diabetes mellitus. Os pacientes com DPOC grau II apresentaram 61,1% % de glicemia normal, 11,1% % de resistência a insulina e 27,8% de diabetes mellitus. Os pacientes com DPOC grau III apresentaram 68,0% de glicemia normal, 16,0% de resistência a insulina e 16,0% de diabetes mellitus. Os pacientes com DPOC grau IV apresentaram 38,5% de glicemia normal, 30,8% de resistência a insulina e 30,8% de diabetes mellitus. Desta forma, mostrando uma associação positiva entre a gravidade da DPOC e a glicemia de jejum destes pacientes. **Conclusão:** Os resultados deste estudo mostraram que há correlação positiva entre os

estágios de gravidade da DPOC e as alterações glicêmicas nestes pacientes.

PO149 CAMPANHAS DE ALERTA SOBRE A DPOC, UMA FERRAMENTA ÚTIL E NECESSÁRIA

THALITA DE OLIVEIRA MATOS; BRUNO PEREIRA RECIPUTTI; ANDREIA ALVES FERREIRA; BRENO FERNANDES VILARINHO; JOAO GABRIEL PICCIRILLI MADEIRA; HENRIQUE ALENCAR ALVES FERREIRA; GUSTAVO FERREIRA MACHADO; MARCELO FOUAD RABAH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; RASTREAMENTO; COMUNIDADE

Introdução: a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), conforme estatística divulgada pelo Ministério da Saúde, já é a 6ª causa de morte no país, e o número de doentes chega a sete milhões de brasileiros, porém é uma doença pouco conhecida e diagnosticada. Sabe-se ainda que o principal fator de risco para o seu desenvolvimento é o hábito do tabagismo. Diante deste quadro, a Liga Acadêmica do Pulmão (Lapu), que é um projeto de extensão da Faculdade de Medicina da UFG, realizou no dia 18 de novembro de 2009, dia mundial de combate a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), uma campanha em Aparecida de Goiânia. **Objetivos:** Realizar palestras a fim de se conscientizar a população no geral a respeito da DPOC e os malefícios do cigarro. Obter-se diagnóstico rápido da DPOC em pessoas com mais de 40 anos de idade que são ou foram fumantes, por meio do exame de função pulmonar. **Métodos:** Durante a campanha, os pacientes passaram por triagem inicial e receberam orientações de como parar de fumar, foi avaliado o grau de dependência à nicotina por meio de teste de FARGERSTRÖM, e aqueles com mais de 40 anos, que fumam ou fumaram por longa data foram avaliados inicialmente pelo teste de GOLD, aqueles com verificada possibilidade de terem DPOC, puderam realizar o exame de espirometria com prova broncodilatadora. **Resultados:** Foram atendidas 250 pessoas, destas 55 que tinham suspeita clínica de DPOC fizeram o exame de espirometria. Das 55 que fizeram o exame, 70,9% eram homens e a média de idade foi de 57,7 anos. Dois não conseguiram realizar o exame, 24 (43,6%) apresentaram padrão ventilatório sugestivo de DPOC, 3 (5,4%) com padrão sugestivo de Asma, 1 (1,8%) com padrão sugestivo de Doença Restritiva, e 1 (1,8%) sem diagnóstico ao exame. Os pacientes cujo exame fora considerado com padrão não normal foram encaminhados para posterior atendimento médico no serviço público local para confirmação diagnóstica e tratamento. Todas as 250 pessoas receberam informações como, por exemplo, a respeito de como parar de fumar, dos benefícios desse ato, da DPOC, dentre outros. Entretanto, com a ajuda da imprensa escrita e falada, que estiveram no local divulgando a campanha, o número de pessoas que a mesma alcançou se tornou imensurável e se conseguiu atingir o objetivo maior de levar informação e divulgar a doença. **Conclusão:** Parcerias como essa, entre Faculdade de Medicina e comunidade, podem trazer um novo rumo em termos de saúde pública, para doenças como a DPOC de grande prevalência na população, porém subdiagnosticada. Além disso, por meio dessa ação, pode-se contribuir para a sua prevenção, por meio do combate ao tabagismo.

PO150 USO PROFILÁTICO DE AZITROMICINA PARA DIMINUIÇÃO DE EXACERBAÇÕES INFECCIOSAS EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) GRAVE

CAMILO FAORO; GIULIO CESAR GEQUELIN; LUCAS PIRES AUGUSTO; FABIO MARCELO COSTA; LUCAS MOREIRA; LEDA MARIA RABELO
HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; AZITROMICINA; EXACERBAÇÃO INFECCIOSA

Introdução: Exacerbação da DPOC é um evento do curso natural da doença, causada sobretudo por infecções traqueo-brônquicas, levando a sérios impactos negativos na função pulmonar. Os macrolídeos são uma antiga classe de antibióticos, cujos efeitos anti-inflamatórios foram demonstrados através da redução de várias células inflamatórias, principalmente neutrófilos, tendo estes, papel determinante nas exacerbações, dano tecidual e remodelamento brônquico na DPOC. **Objetivos:** Descrever a evolução de 5 pacientes portadores de DPOC grave com 2 ou mais exacerbações infecciosas ao ano, 12 meses antes e após o uso profilático de azitromicina. **Métodos:** Estudo baseado na análise dos prontuários de 5 pacientes portadores de DPOC grave, em uso de broncodilatador de longa ação e corticóide inalatório, que apresentavam 2 ou mais exacerbações infecciosas ao ano, antes e após o uso profilático de azitromicina 500mg 2 vezes por semana durante 12 meses, avaliando-se o VEF1 e o número de exacerbações infecciosas neste período. **Resultados:** O VEF1 médio destes 5 pacientes foi de 0,60 litros ($\pm 0,15$) e após o tratamento de 0,61 litros ($\pm 0,15$). Não houve variação significativa pré e pós-tratamento com azitromicina ($p = 0,645$). O número médio de Exacerbações infecciosas 12 meses antes do tratamento com azitromicina foi de 4,6 ($\pm 0,55$) e 12 meses após de 0,8 ($\pm 0,84$). Houve diferença significativa do número de exacerbações infecciosas pré e pós-tratamento com azitromicina ($p = 0,043$). **Conclusão:** Houve redução significativa do número de exacerbações infecciosas nesta série de 5 casos de pacientes portadores de DPOC grave, após o uso profilático de azitromicina, não havendo alteração significativa do VEF1 antes e após o uso desta droga.

PO151 AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE SINTOMAS E FATORES DE RISCO PARA A DPOC EM FORTALEZENSES

FERNANDO QUEIROZ SINDEAUX DE CASTRO; ALINE MENEZES SAMPAIO; MÁRCIA ALCÂNTARA HOLANDA; GEORGE CAVALCANTE DANTAS; NARA GRANJA NUNES; DAVID ANTÔNIO CAMELO CID; KARINE PASCHOAL BOTELHO; RAFAEL DA SILVA HOLANDA

HOSPITAL DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC); SINTOMAS E FATORES DE RISCO PARA A DPOC; TABAGISMO

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um problema importante de saúde pública no mundo, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade. A sua prevalência varia de acordo com os diferentes grupos em cada país, mas, em geral, estão relacionados diretamente com a prevalência do tabagismo. Estudos mostram que a prevalência no Brasil está em torno de 12%. **Objetivos:** Avaliar a presença de sintomas e de fatores de risco relacionados à DPOC em população

fortalezense em campanhas realizada no dia mundial da DPOC e no dia mundial da saúde e instruir a população quanto aos fatores de risco dessa doença e sua prevenção. Métodos: Estudo descritivo realizado em eventos em praça pública em 2009, utilizando questionários para avaliar a presença dos seguintes indicadores fundamentais que aumentam a probabilidade de diagnóstico de DPOC (GOLD 2009): dispnéia, tosse crônica, produção crônica de muco e história de exposição a fatores de risco - principalmente tabaco. Além disso, foi realizada espirometria para avaliar o VEF1 e o VEF1/CVF em fumantes e ex-fumantes. Os dados foram avaliados no Epiinfo versão 3.5.1. Resultados: Dos 115 entrevistados, 69,3% eram homens e 30,7% eram mulheres, tendo 83% acima de 40 anos de idade, sendo a média de idade de 52 anos. Fumantes representaram 35,7% dos entrevistados, ex-fumantes, 36,5% e 27,8% nunca fumaram. A média de maço-ano foi 23. Dos índices de espirometria, 26,4% tiveram VEF1<80% e 3,6% tiveram VEF1/CVF<0,70. Dos indicadores pesquisados, tosse foi referida por 39,3%, dispnéia por 42% e secreção pulmonar por 41,1%. Dos que referiram dispnéia, 66% representava fumantes e ex-fumantes ($p=0,2$). Dos que referiram produção crônica de muco, 69,5% representava fumantes e ex-fumantes ($p=0,2$). Dos que referiram tosse, 70,4% representava fumantes e ex-fumantes ($p=0,7$). Conclusão: Foi encontrada importante presença de sintomas relacionados à DPOC entre os fumantes e ex-fumantes, apesar de a prevalência encontrada da doença não ter corroborado com os estudos atuais. A campanha, porém foi bem sucedida, na medida em que, além de ter orientado fumantes e ex-fumantes acerca da doença, também trouxe informação a população não fumante, possibilitando a disseminação do conhecimento e da prevenção da doença

P0152 A EFETIVIDADE DA TERAPIA MANUAL PARA O RELAXAMENTO MUSCULAR RESPIRATORIO NO DPOC

ANDREA VASCONCELOS SANTOS; TICIANNY FERNANDES BONFIM; BRUNA SAMPAIO BARRETO; ANA CRISTHINA DE OLIVEIRA BRASIL; ANA PAULA VASCONCELOS ABDON
UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MANIPULAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICA; DPOC; FISIOTERAPIA

A doença pulmonar obstrutiva crônica se caracteriza pela presença de obstrução ou limitação ao fluxo aéreo, que acarreta o deslocamento do ponto de igual pressão, favorecendo o aprisionamento de ar. Esta pesquisa teve como objetivo verificar a efetividade de um programa que utilizou técnicas da terapia manual para a liberação da musculatura respiratória do paciente portador de DPOC. Foram selecionados 8 (oito) pacientes, sendo 6 (seis) homens e 2 (duas) mulheres em tratamento na Reabilitação Pulmonar do Hospital de Messejana. Após a seleção, foram formados dois grupos com 4 (quatro) sujeitos cada. O grupo experimental (A) e o grupo controle (B) continuaram recebendo o tratamento convencional dado pelo Programa de Reabilitação. Sendo que apenas o grupo A foi submetido às técnicas do protocolo elaborado para a intervenção. Foi realizada uma consulta inicial através de um protocolo de avaliação no qual se constatou a existência de alterações respiratórias, assim como pontos de tensão presentes em musculatura acessória. Nos dados coletados, foi detectado que os pacientes tratados com as técnicas da terapia manual apresentaram diminuição significativa da presença de ponto gatilho, aumento da cirtometria apical, da pressão inspiratória

máxima e do peak flow, quando comparadas as avaliações inicial e final do grupo experimental ($p<0,05$, teste t de Student). Os resultados mostraram que os pacientes tratados com o relaxamento dos músculos respiratórios, através da aplicação de técnicas com a terapia manual associadas ao protocolo do Programa de Reabilitação Pulmonar, apresentaram melhora dos parâmetros clínicos analisados, podendo ser incorporado ao tratamento fisioterápico desses pacientes.

P0153 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM AMBULATÓRIO DE HOSPITAL DE REFERÊNCIA

GUSTAVO SOARES DE QUEIROZ LIMA¹; LUCIANE SOARES DE LIMA²; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN³

1.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL; 3.HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; TABAGISMO; EXERCÍCIO FÍSICO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ainda é pouco conhecida pela população, apesar disso, é a quinta causa de mortalidade no país e mata em média, três brasileiros a cada hora. 90% dos casos são devido à exposição prolongada dos brônquios às toxinas do cigarro. No Brasil, estima-se 7 milhões de vítimas, correspondendo aproximadamente 5% da população geral. Pelo menos 10% passam por internações por causa do agravamento das condições respiratórias. A falta de informação sobre esse mal atrapalha a sua prevenção e o diagnóstico precoce. Milhares de pessoas têm sua qualidade de vida prejudicada pelas complicações dessa doença respiratória e morrem prematuramente. **Objetivos:** analisar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica em tratamento ambulatorial, objetivando uma atuação mais direcionada na promoção e qualidade de vida de nossos pacientes. **Métodos:** O estudo realizado foi descritivo e transversal, inserido no método quantitativo. Os dados foram coletados por uma amostra do tipo temporal, constituída pelos pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de DPOC, no período de abril a novembro de 2005, através da aplicação de um questionário previamente padronizado. **Resultados:** A amostra foi de 21 pacientes portadores de DPOC, todos acima dos 50 anos. A 76% (dezesseis) do sexo masculino. Em relação a escolaridade, 16 apresentaram o ensino fundamental completo ou incompleto, enquanto que, apenas 1 teve nível superior. Avaliando a renda, 9 eram inferior a 1 salário mínimo, 6 até 2 salários mínimos, enquanto que 4 tiveram renda de até 3 salários mínimos e apenas 2 acima dos 4 salários. Dentre eles, 18 eram ex-tabagistas, fumavam em média 43,1 +- 13,2 anos com tempo máximo de 67 e mínimo de 12 anos. O número médio foi de 27,4 +- 12,2 cigarros por dia, com mínimo de 10 e máximo de 60. A maioria (quatorze) vai ao médico regularmente, e quando perguntado quem ensinou o atual tratamento, 16 disseram ter sido por um médico. Apenas 4 pacientes praticam exercícios físicos. **Conclusão:** Conhecer e compreender melhor nossos pacientes nos fornece uma melhor abordagem terapêutica e interdisciplinar, contribuindo para uma resposta clínica mais satisfatória, visando à melhora da qualidade de vida

dos pacientes, citando alguns exemplos; um trabalho de educação em saúde junto à população, intensificar a cada encontro o incentivo para a realização de exercícios físicos, bem como a implantação de um programa de reabilitação pulmonar.

PO154 CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA OBSTRUÇÃO EM DPOC – VEF1, VEF1/CVF OU AMBOS?

LILIA AZZI COLLET DA ROCHA CAMARGO¹; CLARICE GUIMARÃES DE FREITAS²; MARIA RAQUEL SOARES³; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA⁴

1.HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 3.4. HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL/ ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; VEF1%; VEF1/CVF

A classificação da gravidade da obstrução ao fluxo aéreo tem se baseado apenas no VEF1% (ATS/ERS, 2005) ou VEF1% e VEF1/CVF% (SBPT 2002). Em pacientes com CVF reduzida o VEF1 poderia expressar melhor a gravidade da obstrução, enquanto que nos pacientes com CVF situada na faixa prevista, a relação VEF1/CVF poderia ser um melhor indicador de gravidade. **Objetivos:** Avaliar qual critério se relaciona melhor com a gravidade da DPOC, avaliada por teste de caminhada de 6 minutos (TCAM6). **Métodos:** Pacientes com DPOC não usuários de O2 foram submetidos a 2 TCAM6 padronizados, após espirometria pós broncodilatador. SpO2 e dispnéia (Borg) foram obtidos ao final do TCAM6. A maior distância caminhada (DCAM) foram consideradas. A DCAM% previsto foi baseada no estudo de Soares, a ser publicado: DCAM para ambos os sexos = $511 + \text{altura}^2 \text{ (cm)} \times 0,007 - \text{idade} \times 0,03 - \text{IMC} \times 0,068$ (LI = previsto $\times 0,81$), $r^2=0,55$, $n=132$. A DCAM%, SpO2 e o Borg foram correlacionados com os valores espirométricos, por teste de Spearman. Um escore de gravidade foi criado: DCAM% + SpO2/Borg e correlacionado com VEF1 e VEF1/CVF por análise multivariada em todos os pacientes e naqueles com CVF reduzida ($\leq 80\%$) ou não. **Resultados:** 120 pacientes, 86 do sexo masculino, com idade de 69 ± 8 anos foram incluídos. O VEF1 foi de $53 \pm 14\%$ e o VEF1/CVF $49 \pm 10\%$. A DCAM foi de 427 ± 68 m ($225-606$ m), em % previsto $66 \pm 10\%$ ($41-87\%$); a SpO2 final foi de $89 \pm 5\%$ ($71 - 98\%$) e o Borg $3,5 \pm 1,7$ ($0 - 8$). As correlações entre o VEF1 e DCAM%, dispnéia e SpO2 foram respectivamente $r_s = 0,22$, $-0,43$ e $0,44$, $p < 0,05$; para a relação VEF1/CVF estes valores foram respectivamente $0,19$, $-0,42$ e $0,36$, ($p < 0,05$ para todos). Por análise multivariada entre o escore de gravidade, VEF1 e relação VEF1/CVF, apenas o VEF1 foi selecionado ($r = 0,42$, $p < 0,001$). 48 pacientes tinham CVF $\leq 80\%$ do previsto e 72 tinham CVF $> 80\%$ do previsto. O VEF1 foi mais reduzido no grupo com CVF $\leq 80\%$ em comparação ao grupo com CVF $> 80\%$ o ($42 \pm 10\%$ vs $60 \pm 13\%$, $t=7,94$, $p<0,001$). A relação VEF1/CVF também foi menor no grupo com CVF reduzida, embora com menor diferença ($46 \pm 10\%$ vs $50 \pm 9\%$, $t=2,07$, $p=0,041$). A correlação entre o escore de gravidade desenvolvido e o VEF1 foi semelhante nos pacientes com e sem CVF $< 80\%$ ($0,42$ e $0,44$) respectivamente. Achados semelhantes foram observados para a relação VEF1/CVF: naqueles com CVF $\leq 80\%$ a correlação entre o escore de gravidade e a relação VEF1/CVF foi de $0,44$ em comparação aos com CVF $> 80\%$, $r_s=0,40$. Em uma análise multivariada, considerando VEF1%, VEF1/CVF, e CVF reduzida ou não, apenas o VEF1 foi selecionado. Em um subgrupo de 49

pacientes a dispnéia foi medida pela escala de Mahler, e se correlacionou um pouco melhor com o VEF1% ($r_s = 0,30$, $p = 0,036$), em comparação à relação VEF1/CVF ($r_s = 0,27$, $p = 0,06$). **Conclusão:** A classificação da gravidade da obstrução na espirometria com base nos dados de gravidade obtidos no TCAM6 deve considerar apenas o VEF1% do previsto, embora a correlação observada seja modesta.

PO155 IMPORTÂNCIA DO APRENDIZADO NA MEDIDA DO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS

GUSTAVO SOARES DE QUEIROZ LIMA¹; LUCIANE SOARES DE LIMA²; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN³

1.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE CAMPINA GRANDE, CAMPINA GRANDE, PB, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL; 3.HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS; APRENDIZADO

Introdução: Para o diagnóstico e estimativa do prognóstico desses pacientes são utilizadas as provas funcionais em repouso, entretanto, o teste de caminhada de seis minutos (TC6') avalia de forma dinâmica, refletindo sua condição física, correlacionando-se à sua qualidade de vida. Pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica normalmente tem limitação ao exercício, tendo como consequência dispnéia e fadiga precocemente, que são os principais determinantes da diminuição do desempenho nas atividades de vida diária, no trabalho e na qualidade de vida relacionada à saúde. **Objetivos:** analisar a variação de aprendizado dos pacientes submetidos ao teste de caminhada de seis minutos, em dois exames realizados no mesmo dia em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica em tratamento ambulatorial de um hospital de referência. **Métodos:** O estudo é descritivo e transversal. Os dados foram coletados por uma amostra do tipo temporal, constituída pelos pacientes atendidos no Hospital Geral Otávio de Freitas, da cidade do Recife-PE, no período de abril a novembro de 2005. A seleção dos pacientes foi realizada após investigação da história clínica e exame físico completos, desempenhados pela equipe médica do serviço ambulatorial de pneumologia, no dia em que foram atendidos. Após a análise e seleção, avaliamos os resultados obtidos em dois testes de caminhada realizados no mesmo dia, com intervalo médio de 60 minutos. **Resultados:** A amostra foi constituída de 21 pacientes, todos com idade acima dos 50 anos. 16 do sexo masculino. Apenas 4 pacientes praticam exercícios físicos. Tanto no primeiro quanto no segundo teste o rendimento foi inferior ao previsto, havendo uma variação no valor obtido entre os dois testes, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$). O ganho médio, quando comparados o TC6, no momento do primeiro e segundo teste foi, em $37,2$ metros ($7,6\%$), com mínimo de -29 e máximo de 122 m; média, de $30,2$ metros. A média da distância percorrida no segundo teste foi de $86,38\%$ do previsto, e em relação ao primeiro foi de $77,68\%$ do previsto. **Conclusão:** A realização de dois TC6' no mesmo dia é viável, pois houve um aumento da distância percorrida podendo ser atribuída ao aprendizado na realização do teste e apresentou um ganho de valor médio de $7,6\%$.

P0156 MONTAGEM DE ROTINAS DE ATENDIMENTO E SISTEMA DE MONITORAMENTO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): CARACTERIZAÇÃO DA MANEIRA COMO É FEITA A SUSPEITA DIAGNÓSTICA E ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO DE DPOC.

HELOISA GLASS1; BENEDITO FRANCISCO CABRAL JR2; INDRA GONELLA FONTENELLE3; MARCO AURÉLIO RIBEIRO BORGES4

1,2.TISIOPNEUMOLOGIA HRG, BRASILIA, DF, BRASIL; 3,4.HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASILIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ROTINAS; SINTOMAS; DIAGNOSTICO

Introdução: Conclusões marcantes do estudo PLATINO, foi que a DPOC é subdiagnosticada, frequentemente confundida com a asma e mesmo quando corretamente identificada é tratada de forma não padronizada, e frequentemente ineficaz. **Objetivos:** com o objetivo aprimorar nosso atendimento aos pacientes portadores de DPOC, iniciamos este ano um projeto que visa estruturar o atendimento, de forma a fazer o atendimento dos pacientes, com diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequado e de acordo com as Diretrizes da SBPT e permitir o monitoramento de forma a caracterizar os pacientes atendidos. Um dos objetivos científicos do projeto foi identificar a partir de onde os pacientes são encaminhados para o atendimento específico para confirmação diagnóstica e tratamento pela pneumologia, no nosso sistema de saúde. **Métodos:** Do projeto constam o desenvolvimento do banco de dados para atendimento e monitoração da DPOC; treinamento de residentes, internos e funcionários, divulgação do projeto junto a comunidade no dia Mundial sem Tabaco (31/05/2010), com espirometro portátil para avaliação de fumantes e ex-fumantes acima de 40 anos, folhetos e orientações. Foi realizado então o levantamento dos dados obtidos após 16 semanas de montagem do ambulatório para avaliação das amostras e correção de falhas no atendimento e no projeto. **Resultados:** Caracterização dos pacientes: 108 pacientes (59 homens (55%), 49 mulheres (45%)); procedência: 34 GO(31%), 71DF (66%) (destes 48 do Gama (45,7%)), 3 outros estados(3%). Forma de chegar ao ambulatório DPOC: 27 Pronto Socorro HRG (PS-HRG, 25%), 25 outro ambulatório da tisiopneumologia do HRG (TP-HRG, 23,2%), 7 enfermaria TP-HRG (6,5%), 17 Centro de Saúde do Gama (17,6%), 1 Agente Comunitário de Saúde (1%), 7 enfermaria CM (6,5%), 5 outras áreas administrativas do DF (4,6%) , 6 fora DF (5,6%), 13 outros/não sabe (12%). Quanto ao diagnóstico, mesmo sendo que todos os pacientes já haviam sido avaliados por outros médicos, 31% dos pacientes relatavam um diagnóstico de “asma”, a maior parte nunca ouviu falar de “DPOC”, sendo frequentemente o diagnóstico referido como bronquite crônica ou enfisema. **Conclusão:** O predomínio de homens, apesar da maior proporção de mulheres na população geral nesta faixa etária, reflete hábito tabágico da geração de pacientes acima dos 40 anos, como era de se esperar. Uma grande porcentagem dos pacientes veio com diagnóstico inicial de “asma”. Do total de pacientes, um terço vem de outros estados, predominando os pacientes do chamado “entorno do DF” e somente 45,8% dos pacientes vem da nossa região administrativa. Além disso, maior parte dos pacientes foi encaminhada pelo PS-HRG, enfermaria TP-HRG e enfermaria CM (ambas com pacientes provenientes do PS-HRG), totalizando 38%, mostrando a necessidade de treinamento continuado do

clínico-geral quanto ao diagnóstico e tratamento correto da DPOC, bem como de uma melhor estruturação do serviço de saúde na região do “entorno do DF”.

P0157 MONTAGEM DE ROTINAS DE ATENDIMENTO E SISTEMA DE MONITORAMENTO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): CARACTERIZAÇÃO DAS QUEIXAS E SINTOMAS DOS PACIENTES.

HELOISA GLASS1; BENEDITO FRANCISCO CABRAL JR2; MARCO AURÉLIO RIBEIRO BORGES3; INDRA GONELLA FONTENELLE4

1,2.TISIOPNEUMOLOGIA HRG, BRASILIA, DF, BRASIL; 3,4.HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASILIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SINTOMAS; MONITORAMENTO; ROTINAS

Introdução: Conclusões marcantes do estudo PLATINO, foi que a DPOC é subdiagnosticada, frequentemente confundida com a asma e mesmo quando corretamente identificada é tratada de forma não padronizada, e frequentemente ineficaz. **Objetivos:** Um dos objetivos científicos do projeto foi caracterizar as queixas relatadas espontaneamente e os sintomas referidos, após indagação, bem como o impacto destes sintomas em nossos pacientes, dentro do objetivo geral do projeto de aprimorar nosso atendimento aos pacientes portadores de DPOC. O atendimento dos pacientes, com diagnóstico, tratamento e acompanhamento foram realizados de acordo com as Diretrizes da SBPT e de forma a permitir o monitoramento dos atendimentos. **Métodos:** Desenvolvimento do banco de dados para atendimento e monitoração da DPOC; treinamento de residentes, internos e funcionários, divulgação do projeto junto a comunidade no dia Mundial sem Tabaco (31/05/2010), com espirometro portátil para avaliação de fumantes e ex-fumantes acima de 40 anos, folhetos e orientações, bem como encaminhamento dos com espirometria anormal para avaliação no sistema de saúde. Foi realizado então o levantamento dos dados obtidos após 16 semanas de montagem do ambulatório para avaliação das amostras e correção de falhas no atendimento e no projeto. Ao serem cadastrados, foi indagado o motivo pelo qual procurou o atendimento médico. A cada consulta foi investigada a presença ou ausência de tosse, expectoração, dispnéia, dor torácica, ortopnéia, toaleta matinal, sibilância, sendo facultado ao paciente referir outros sintomas. Uma escala foi utilizada para medir o impacto dos sintomas (ausente/ presente, mas não incomoda/ incomoda, mas não afeta atividades diárias/ incomoda a ponto de afetar atividades diárias). **Resultados** (primeiro levantamento realizado após 16 semanas de atendimento com uso do software): Caracterização dos pacientes: 108 pacientes cadastrados no sistema em 16 semanas (59 homens (55%), 49 mulheres (45%). Queixa principal: 52(48%) dispnéia, 21 (20%) tosse, 23(22%) cansaço, 2(2%) dor torácica, 1(1%) chiados, 1(1%) expectoração, 6(6%) outros. Sintomas mais frequentes: 68 tosse (63%), 62 expectoração (57,4%), 25 dor torácica(23,2%), 91 dispnéia (84,3%), 10 ortopnéia (9,3%), 43 sibilância (39,8%), 28 toaleta matinal (25,9%). Impacto dos sintomas (impacto leve, impacto moderado, impacto severo) nas atividades do paciente: tosse=26,6%, 20,3%, 9,4%; expectoração=28,4%, 13,5%, 2,7%; dor torácica=6,7%, 10,7%, 1,3%; sibilância=14,5% 11,6%, 2,9%; dispnéia=5,4%, 19,6%, 57,1%. **Conclusão:** A dispnéia aos esforços foi a queixa que mais levou pacientes com DPOC a procurar ajuda, sendo a queixa mais frequente e, na maioria dos pacientes, com um alto impacto; seguida da tosse e expectoração, ambas com frequência alta, mas impacto

baixo. Sibilância e dor torácica foram relatadas por poucos pacientes, e nestes apresentaram um impacto geralmente leve.

PO158 MONTAGEM DE ROTINAS E SISTEMA DE MONITORAMENTO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES E TRATAMENTO

HELOISA GLASS¹; BENEDITO FRANCISCO CABRAL JR²; INDRÁ GONELLA FONTENELLE³; MARCO AURÉLIO RIBEIRO BORGES⁴

1.TISIOPNEUMOLOGIA HRG, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.TISIOPNEUMOLOGIA HRG, BRASÍLIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRATAMENTO; EXTRATIFICAÇÃO DE GRAVIDADE; MONITORAMENTO

Introdução: Conclusões marcantes do estudo PLATINO, foi que a DPOC é subdiagnosticada, frequentemente confundida com a asma e mesmo quando corretamente identificada é tratada de forma não padronizada, e frequentemente ineficaz. **Objetivos:** com o objetivo aprimorar nosso atendimento aos pacientes portadores de DPOC, iniciamos este ano um projeto que visa estruturar o atendimento, de forma a fazer o atendimento dos pacientes, com diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequado e de acordo com as Diretrizes da SBPT e permitir o monitoramento de forma a caracterizar os pacientes atendidos. Um dos objetivos científicos do projeto foi avaliar o tipo de paciente atualmente em atendimento no nosso serviço. **Métodos:** Do projeto constam o desenvolvimento do banco de dados para atendimento e monitoração da DPOC; treinamento de residentes, internos e funcionários, e realização de teste de caminhada e espirometria em todos os pacientes. Foi realizado então o levantamento dos dados obtidos após 16 semanas de montagem do ambulatório para avaliação das amostras e correção de falhas no atendimento e no projeto. **Resultados:** Total de pacientes cadastrados no sistema em 16 semanas: 108 pacientes (59 homens, 49 mulheres). Distribuição de gravidade da obstrução (VEF1 pós Broncodilatador): 28,9% leve, 21,65% moderada, 28,9% grave, 20,6% muito grave. 44% dos pacientes apresentaram dessaturação no teste de caminhada de 6 minutos (queda maior que 4% na saturação com Sat abaixo de 90%). MMRC: 0= 8%, 1= 26%, 2=22%, 3= 28%, 4= 16%. BODE: I=25%, II=23%, III=20%, IV=32%. uso de oxigênio domiciliar: 19% só no exercício; 1% só noturno; 3% noturno e exercício; 17% 18h/dia; 6% já com HAP/cor pulmonale. Tratamento utilizado nos pacientes: medicação de resgate: 63,4% salbutamol, 17,8% fenoterol e 18,8% ipatrópio; LABA: 2% salmeterol, 82% formoterol; CI: 45,5% budesonida, 2% fluticasona, 13% mometasona; tiotrópio: 27,7%. **Conclusão:** No nosso ambulatório há uma proporção já há uma proporção de pacientes muito graves, classificados pelo VEF1 pós BD acima da descrita no estudo PLATINO, sugerindo uma subdiagnóstico principalmente nas fases iniciais da DPOC, quando a intervenção é mais eficaz. O mesmo observa-se ao analisar os outros indicadores de gravidade, como índice BODE e seus outros componentes (teste de caminhada, IMC, MMRC). Também a alta incidência de indicação do uso de oxigênio (23% uso contínuo e 23% de uso no exercício físico e/ou noturno), mostra que nossos pacientes apresentam limitação importante pela DPOC e já representam um gasto alto para o sistema de saúde. Os dados de uso de medicação de alto custo (LABA+CI) e tiotrópio, recomendados para GOLD 3 e 4 reforçam essa hipótese.

PO159 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIO-CONDIÇÕES DOS PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR AVANÇADA HIPOXÊMICA MATRICULADOS NO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO

MARIA CHRISTINA LOMBARDI DE OLIVEIRA MACHADO¹; MARIA CRISTINA MANZANO PIMENTEL²; JÚLIO JOSÉ MÁXIMO DE CARVALHO³
1.UNIFESP E SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3.SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR AVANÇADA; DPOC; OXIGENOTERAPIA

Introdução: Considera-se doença pulmonar avançada (DPA) toda doença pulmonar não neoplásica, que em fase avançada limita a realização das atividades de vida diária e causa deterioração progressiva na função pulmonar e nas trocas gasosas. Na cidade de São Paulo (SP), estima-se que existam aproximadamente 60.000 pacientes com DPA e 4.400 com hipoxemia crônica, sendo a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) a DPA mais prevalente. Em 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de SP (SMS-SP) instituiu o Programa Pulmão Paulistano, que criou Serviços ambulatoriais de Pneumologia para tratamento de DPA e reorganizou seu Programa de dispensação de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) na rede. Sabe-se que pacientes com DPA frequentemente são internados, habitualmente procuram atendimento médico somente nas exacerbações da doença, possuem maior mortalidade e respondem por 2/3 dos gastos direcionados às doenças respiratórias, porém estudos sobre DPA são escassos. **Objetivos:** Descrever as características clínicas e socioeconômicas dos pacientes com DPA hipoxêmica matriculados no Programa de ODP/SMS-SP. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal das características clínicas e socioeconômicas dos pacientes atendidos no Programa de ODP/SMS-SP em abril de 2010. Variáveis basais (doença estável): idade, sexo, diagnóstico da doença, pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO₂)/ar ambiente e índice paulista de vulnerabilidade social (IPVS), que fornece o nível socioeconômico do paciente. **Resultados:** Em abril/2010, existiam 3.994 pacientes matriculados no Programa de ODP/SMS-SP com as seguintes características: (médias) idade = 71,3 anos (média), 59% mulheres, PaO₂ = 50,9 mmHg, 72% tinham DPOC e 75% IPVS = 0-3. **Conclusão:** Pacientes com DPA do Programa de ODP/SMS-SP usualmente são idosos, mulheres, possuem DPOC, hipoxemia grave e nível socioeconômico bom. Atualmente a SMS-SP dispensa ODP para 90% do total estimado de municípios que necessitam desta terapêutica.

PO160 PREVALÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO E ESPIROMÉTRICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NUM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA

GUILHERME ZANETTE DEOLINDA¹; AYAKA YAMANE²; FÁBIO JOSÉ FABRICIO DE BARROS SOUZA³; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO⁴

1,2,3.UNESC, CRICIÚMA, SC, BRASIL; 4.HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; PREVALÊNCIA; ESPIROMETRIA

Introdução: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), é uma enfermidade respiratória caracterizada pela obstrução crônica e progressiva do fluxo aéreo, está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, principalmente relacionadas

ao tabagismo. Sabidamente apresenta índices elevados de morbidade e mortalidade. **Objetivos:** Estimar a prevalência de pacientes internados com diagnóstico espirométrico e clínico de DPOC num hospital do Sul de Santa Catarina. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal, descritivo, analítico de abordagem quantitativa em pacientes internados no Hospital São José de Criciúma entre agosto e dezembro de 2009. **Resultados:** No período analisado, ocorreram 6.169 internações; destes, 531 pacientes foram designados ao setor de Pneumologia, 74 (13 %) devido ao DPOC clínico e 20 tiveram o diagnóstico confirmado pela espirometria, correspondendo a amostra deste trabalho. A prevalência de DPOC clínico em relação ao total de internados foi de 1,19%, a porcentagem de casos confirmados pela espirometria na população internada foi 0,2% e quando considerados somente indivíduos internados no setor de pneumologia com DPOC com diagnóstico espirométrico foi 3,76%. Quanto a espirometria, o VEF1 pré e pós% médio foi 37,1 e 39,1; CVF pré e pós% médio foi 60,1 e 64,4; VEF1/CVF pré e pós% médio foi 58,5 e 58,0, respectivamente. Caracterizou em média uma amostra de pacientes com DPOC grau grave. **Conclusão:** A prevalência de DPOC em paciente internados é expressiva no setor de pneumologia. Necessita-se realizar função espirométrica para determinar se realmente a suspeita clínica da DPOC é confirmada pela função pulmonar. Vários fatores confusionais como alguns achados de sinais e sintomas podem descrever erroneamente o paciente sendo DPOC.

PO161 INFLAMAÇÃO E FENÓTIPO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).

WILLIAM RUTZEN; GABRIELA CRESTANI; LEONARDO ARAÚJO PINTO; ANDREA LUCIA GONÇALVES DA SILVA; MARCELO TADDAY RODRIGUES
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, SANTA CRUZ DO SUL, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; INFLAMAÇÃO; PROTEÍNA C REATIVA

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) se caracteriza pela presença de obstrução crônica ao fluxo aéreo, que não é totalmente reversível, e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. Para avaliação do processo inflamatório, muito clínicos tem solicitado o exame de Proteína C Reativa qualitativa. **Objetivos:** Investigar o potencial de associação entre a proteína C Reativa (PCR) qualitativa e a DPOC. **Métodos:** Estudo transversal, com pacientes com diagnóstico de DPOC do serviço de reabilitação pulmonar do hospital Santa Cruz, no município de Santa Cruz do Sul – RS, sem exacerbações recentes. As coletas de PCR qualitativo foram realizadas entre os meses de Abril e Julho de 2010 em consultas de acompanhamento de rotina. Avaliou-se o perfil dos pacientes, os testes espirométricos realizados no setor de reabilitação e análise de resultados de PCR qualitativo. O perfil dos pacientes e seu estágio, segundo o GOLD 2009, e foram comparados com os resultados da detecção de PCR para verificar se havia associações. A análise estatística foi realizada através de teste t de Student, utilizando o software SPSS e foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram estudados 15 pacientes portadores de DPOC, 08 do sexo masculino, $67 \pm 9,34$ anos, IMC $23,64 \pm 5,78 \text{ kg/m}^2$, volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) $47 \pm 21,06\%$ predito, capacidade vital forçada (CVF)

$67,26 \pm 14,68\%$ predito. A detecção da PCR foi positiva em 03 pacientes (20%). Não houve associação da positividade do PCR qualitativo com o VEF1 ($p=0,643$), CVF ($p=0,809$) ou características dos pacientes, como idade ($p=0,743$) ou IMC ($p=0,586$). **Conclusão:** A análise dos resultados de PCR qualitativo não demonstrou qualquer associação com características fenotípicas e estágio da doença nos pacientes com DPOC da nossa amostra. A amostra pequena limita o poder de conclusão do estudo, e são necessários estudos com amostragem maior para determinar se esse exame é útil no acompanhamento dos pacientes com essa patologia.

PO162 SUBUTILIZAÇÃO DA ESPIROMETRIA EM PACIENTES DE RISCO PARA DPOC: COMPARAÇÃO COM A SOLICITAÇÃO DE ECG

HUMBERTO ALEXANDRE AMADORI; RODNEY LUIZ FRARE E SILVA; ELIANE RIBEIRO CARMES; RANIERI AMORIM MOREIRA; TIAGO FERNANDO SOUZA ARAÚJO

UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ESPIROMETRIA; ELETROCARDIOGRAMA

Introdução. Diversos estudos demonstram que o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), baseado exclusivamente em critérios clínicos, costuma retardar em anos o diagnóstico da enfermidade. As provas de função pulmonar são indispensáveis para o diagnóstico e devem ser realizadas em pacientes com quadro clínico sugestivo, no intuito de refinar o diagnóstico, tornando-o precoce. No Dia Mundial de Combate a DPOC, a Sociedade Paranaense de Tisiologia e Doenças Torácicas promoveu evento no centro de Curitiba-PR para conscientizar a população sobre fatores de risco e manifestações da DPOC. **Objetivos.** Determinar a proporção de voluntários com fatores de risco para DPOC com consulta prévia com pneumologista e a proporção dos que tiveram indicação de espirometria para diagnosticar DPOC precocemente e compará-las com a de consulta com cardiologista e de solicitação de ECG. E, ainda, comparar o índice de Tiffeneau (VEF1 / CVF) entre o grupo de risco para DPOC e o controle. **Métodos.** Estudo transversal realizado em 18 e 19/11/2009, com aplicação de questionário a transeuntes que se dirigiram voluntariamente ao local do evento. Avaliou-se 354 pessoas, de 18 a 97 anos ($55,1 \pm 15,1$), 226 (63,8%; IC95% 58,6-68,8) do sexo masculino, que foram submetidas à espirometria e inquiridas sobre consulta prévia com pneumologista e realização de espirometria e com cardiologista e realização de ECG. Considerou-se grupo de risco para DPOC aqueles com três ou mais sintomas respiratórios, dentre tosse, sibilos, dispnéia ou expectoração, e carga tabágica maior que 10 maços-ano. **Resultados.** A idade foi semelhante entre os grupos, $56,6 \pm 12,4$ anos no de risco e $54,8 \pm 15,6$ no controle, $p=0,3737$; 156 (44,3%; IC95% 38,9-49,7) eram fumantes, 148 (42,0%; IC95% 36,8-47,4) ex-fumantes e 48 (13,6%; IC95% 10,2-17,7) não fumantes; 62 (17,5%; IC95% 13,7-21,9) pessoas foram incluídas no grupo de risco. O tabagismo no grupo de risco revelou 64,5% ainda fumantes e 35,5% ex-fumantes, enquanto no grupo controle observou-se 40,0% e 43,4%, respectivamente, $p < 0,0001$. O índice de Tiffeneau foi $0,84 \pm 0,18$ no grupo de risco e de $0,93 \pm 0,16$ entre controles, $p=0,0003$. No grupo de risco 28 (45,2%, IC95% 32,5-58,3) relataram consulta prévia com pneumologista e 19 (30,6%, IC95% 19,6-43,6) ter feito espirometria; 43 (69,4%; IC95% 56,4-80,4) consultaram com cardiologista e 41 (67,2%, IC95% 54,0-78,7) fizeram ECG. **Conclusão.** Observou-se que parcela significativa

do grupo de risco não havia realizado espirometria nem consulta prévia com pneumologista. A não realização da espirometria impede o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Neste estudo observou-se que a realização de ECG é disseminada enquanto a espirometria, mesmo no grupo de risco para DPOC, é pouco difundida. A diferença nos índices espirométricos entre os grupos e a elevada prevalência de tabagismo no grupo de risco explicitam a necessidade de intervenção médica para cessação do fumo na prevenção e controle da DPOC.

PO163 QUANTOS PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO SABEM QUE TEM DPOC?

FERNANDA DATRI BACCELLI; FLAVIO FERLIN ARBEX; SONIA MARIA FARELIN; FABIANA STANZANI; MEYER ISBICKI; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; DPOC; PRÉ OPERATÓRIO

Introdução: O tratamento cirúrgico do câncer de pulmão é de eleição por ser o único curativo. A avaliação pré-operatória destes doentes envolve a realização de testes de função pulmonar que devem ser realizados idealmente quando eles se encontrarem no seu melhor estado clínico. A presença de doença pulmonar crônica não diagnosticada ou mal tratada pode comprometer esta avaliação, retardar o tratamento permitindo inclusive piora do estadiamento pré-operatório do câncer. **Objetivos:** Avaliar qual a proporção de doentes com câncer de pulmão, encaminhados para avaliação pré-operatória em um hospital escola, tiveram diagnóstico de DPOC ou de bronquite crônica; avaliar quantos destes doentes sabiam ser portadores de DPOC. **Métodos:** Avaliação retrospectiva de uma base de dados, colhidos de maneira sistematizada e arquivados sob a forma de prontuário eletrônico, no período de janeiro de 2008 até julho de 2010. Foram analisadas as consultas inicial e final dos 218 doentes encaminhados para avaliação e destes, 82 apresentaram critério de inclusão. Os dados recuperados destas consultas foram: idade, gênero, presença de sintomas respiratórios crônicos (tosse, expectoração, dispnéia), hábito e carga tabagística, diagnóstico de pneumopatia prévia, VEF1/CVF e VEF1 pós-broncodilatador e o diagnóstico e estadiamento realizado ao final da avaliação. **Resultados:** A média de idade dos 82 doentes foi de 60,5 +/- 10,9 anos, sendo 44 (53,7%) do gênero masculino e havia 49 (59,8%) portadores de sintomas respiratórios. Vinte doentes (24,4%) nunca fumaram, 40 (48,8%) eram ex-fumantes e 22 (26,8%) fumantes. A carga tabagística dos ex-fumantes e fumantes foi de 52,4 +/- 29,8 anos/maço, com intervalo de 1 a 138 anos/maço. Ao final da avaliação foram feitos 35 diagnósticos de DPOC (12 estadio I; 16 estadio II e 7 estadio III). Destes 35 doentes somente 8 (22,9%) tinham conhecimento do diagnóstico na primeira consulta, sendo 1, 4 e 3 doentes respectivamente com estágio I, II e III. **Conclusão:** Entre portadores de câncer de pulmão encaminhados para avaliação pré-operatória, 42,6% apresentavam DPOC e menos de 1/4 deles tinham diagnóstico prévio. Em 77,1% dos portadores de DPOC o diagnóstico foi feito durante a avaliação pré-operatória.

PO164 PREVALÊNCIA DE NÍVEIS ELEVADOS DE PCR EM PACIENTES COM DPOC

BRUNA LUDMILA ALVES DE OLIVEIRA BOAVENTURA¹; GUILHARDO FONTES RIBEIRO²

1.FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS - FTC, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; PCR; INFLAMAÇÃO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada principalmente pelo tabagismo. Esta resposta inflamatória pulmonar se correlaciona com a gravidade da doença e está associada a uma resposta inflamatória sistêmica e com mortalidade cardiovascular. A Proteína C Reativa (PCR) é um indicador importante e sensível de inflamação e o aumento e diminuição de sua concentração no soro seguem de perto os processos inflamatórios. **Objetivos:** Estimar a prevalência de níveis elevados de PCR em pacientes com DPOC atendidos em um ambulatório de referência e verificar se existe relação entre os níveis de PCR e a gravidade da DPOC. **Desenho do estudo:** Corte transversal. **Material e Métodos:** A amostra foi constituída de pacientes atendidos no ambulatório de DPOC da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (Salvador-Ba), no período de maio de 2010 a agosto de 2010, em qualquer estágio da doença preconizado pelo GOLD. Foram excluídos pacientes que apresentaram comorbidades que sabidamente podem elevar os níveis de PCR. As variáveis estudadas foram: idade, gênero, dispnéia, tabagismo e a gravidade da DPOC. O nível de PCR foi considerado elevado quando apresentou valor $\geq 6\text{mg/L}$. **Resultados:** Foram analisados 59 pacientes com idade entre 39 e 86 anos, com média de $65,3 \pm 10,9$ anos, sendo 32 (52,2%) do sexo feminino. Todos os pacientes apresentavam dispnéia no momento da consulta. Apenas 1 (1,7%) paciente não apresentava história de tabagismo. A gravidade da DPOC foi assim distribuída: 31 (52,5%) leve ou moderada e 28 (47,5%) grave e muito grave. A PCR mostrou-se elevada em 12 (20,3%) dos pacientes. Não houve diferença significativa quanto ao percentual de pacientes com PCR elevada quando comparados os com DPOC leve e moderada com aqueles com doença grave e muito grave (16,1% vs 25,0%; $p=0,398$). **Conclusão:** A prevalência de níveis elevados de PCR em pacientes com DPOC foi de 20,3% ($n=12$). Neste estudo não houve associação entre a gravidade da DPOC e os níveis séricos de PCR.

PO165 PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA.

RAFAELA LOPES MAIA¹; GUILHARDO FONTES RIBEIRO²

1.FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.FUNDAÇÃO BAHIANA PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ANEMIA; INFLAMAÇÃO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória previsível, tratável e não totalmente reversível caracterizada pela obstrução crônica do fluxo aéreo. É decorrente da resposta inflamatória dos

pulmões à inalação de partículas tóxicas, principalmente as provenientes do uso do tabaco. Células inflamatórias envolvidas na patogênese da DPOC liberam citocinas como TNF- α , IL-1 e IL-6 que causam aumento do processo inflamatório e contribuem para os efeitos sistêmicos da doença. Essas características fazem da DPOC uma candidata a ser associada à anemia da doença crônica, uma resposta hematológica comum a muitos distúrbios sistêmicos. Na literatura, há pouca informação acerca de anemia nesses pacientes, já que a policitemia é muito citada, uma vez que a hipóxia, nesta doença, é uma condição relevante. Porém, o nível de hemoglobina em pacientes com DPOC reflete o equilíbrio entre a estimulação da eritropoese pela hipóxia e sua depressão causada pela inflamação. Sabe-se que a anemia pode agravar a hipóxia tecidual e trazer um impacto negativo ao indivíduo. Em portadores de DPOC, que já convivem com sintomas como fadiga e dispneia, a anemia pode predispor a uma pior qualidade de vida e aumento da mortalidade. **Objetivos:** Obter a prevalência de anemia entre os pacientes atendidos em um ambulatório de referência em DPOC, de um hospital na cidade de Salvador – BA. Verificar se existe relação entre os níveis de gravidade da doença e os valores de hemoglobina encontrados. **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal com pacientes diagnosticados com DPOC (todos os níveis de gravidade, obedecendo aos critérios do GOLD), e que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram considerados anêmicos, de acordo com a organização mundial de saúde, homens com hemoglobina menor que 13mg/dl e mulheres com hemoglobina menor que 12mg/dl. **Resultados:** Foram analisados 82 pacientes (38 do sexo masculino e 44 do sexo feminino). A idade variou entre 39 e 87 anos, média igual a 65,8 anos (dp 11,12) anos. Os pacientes com DPOC leve e moderada representaram 52,4%, e com DPOC grave e muito grave representaram 47,6%. De todos os pacientes do sexo masculino, 42,1% possuíam anemia, enquanto 13,6% das mulheres possuíam anemia. Dos pacientes do sexo feminino com DPOC leve e moderada, 15,4% (N=4) apresentaram anemia e, do grupo de pacientes do sexo feminino com DPOC grave ou muito grave, 11,1% (N=2) apresentaram anemia. Dos pacientes do sexo masculino com DPOC leve ou moderada 29,4% (N=5) apresentaram anemia e com DPOC grave e muito grave, 52,3% (N=11) apresentaram anemia. **Conclusão:** Conclui-se que a prevalência de anemia nos pacientes com DPOC é de 13,6% em mulheres e 42,1% em homens, mostrando-se menor valor de hemoglobina nos indivíduos do sexo masculino. A média analisada pelo teste T-student mostra $p = 0,260$, ou seja, não houve significância estatística entre níveis de hemoglobina e gravidade.

PO166 ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO DO OXIGÊNIO DURANTE OS FLUXOS DE 1,3 E 5 LITROS/MINUTO OFERTADOS ATRAVÉS DE UMA EXTENSÃO POR SISTEMA DE CILINDRO E CONCENTRADORES DE OXIGÊNIO.

VINICIUS C. IAMONTI; ANDREA K. CARVALHO; OLIVER A. NASCIMENTO; JOSÉ R. JARDIM

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OXIGÊNIO TERAPIA; DPOC; EXTENSÃO DE O₂

Resumo: Desde a introdução da terapêutica com o uso do oxigênio, tem sido recomendado o comprimento de 15 metros para a extensão. Entretanto, este comprimento de extensão pode não oferecer mobilidade durante atividades

e prática de exercícios dentro de ambiente domiciliar. Além disso, a comparação da concentração de O₂ em diferentes fluxos ofertadas pelos sistemas de cilindro e concentrador de oxigênio com extensão acima de 15 metros até o momento não foi comparada. **Objetivos:** Avaliar a concentração de O₂ ao final de uma extensão de 30 metros com diferentes fluxos de O₂ ofertados por cilindro e concentrador de oxigênio. **Métodos:** Foi realizada uma simulação de uma situação de oferta de oxigênio domiciliar, medindo-se a FIO₂ e o fluxo na saída da válvula de um cilindro de oxigênio e de 2 concentradores de oxigênio (fabricantes diferentes) ao final de uma extensão de 30 metros. Avaliamos o comportamento com diferentes fluxos de 1, 3 e 5 L/min. Foi mensurado o tempo (segundos) para alcançar concentração de oxigênio e o tempo para estabilizar o fluxo ofertado. O fluxo (L/min) e a concentração de O₂ foram avaliados por um sistema de análise de gases específico. **Resultados:** Foi observada uma queda estatisticamente significativa ($p < 0,05$), mas pouco relevante do ponto de vista clínico, na concentração de O₂, em ambos os sistemas de oferta do O₂ quando comparamos os fluxos na válvula de saída dos equipamentos contra ao final da extensão 30 m. O cilindro: 1L = 99,8 x 99,6%; 3L = 99,9 x 99,6; e 5L = 99,9 x 99,8%. Concentradores de O₂: C1: 1L = 94,1 x 93,9%; 3L = 94,8 x 94,7% e 5L = 94,9 x 95,3% e C2: 1L = 94,3 x 93,5%; 3L = 95,3 x 95,3% e 5L = 95,8 x 95,3%. O tempo (segundos) para alcançar a estabilidade da concentração de O₂ medida ao final da extensão de 30 metros contra a saída do cilindro nos fluxos 1, 3 e 5 L/min, foi estatisticamente diferente (150 x 82 s; 107 x 48 s; 93 x 38 s, $p < 0,05$, respectivamente). O mesmo aconteceu para os concentradores de O₂: (C1 = 230 x 244 s; 310, 2 x 334,2 s; 304,0 x 297, 6, $p < 0,05$, respectivamente) e (C2 = 655,4 x 687,0 s; 476,0 x 497,0 s; 473,0 x 407,6s $p < 0,05$, respectivamente). **Conclusão:** A utilização de 30 metros de comprimento de extensão de O₂ não acarreta em prejuízos clínicos, como perda da concentração de oxigênio ao longo da extensão de 30 metros, seja ele, fornecido por meio de cilindro ou concentradores de oxigênio com fluxos de até 5L/min.

PO167 ESTUDO DOS NÍVEIS ELETROLÍTICOS EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

JOSEFA GENIKELE ALVES DE SOUZA CARVALHO; MARIELE CARVALHO CRESPO; MARIANNA ALLEGRO FONTES RIBEIRO; GUILHARDO FONTES RIBEIRO

HOSPITAL SANTA IZABEL, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; NÍVEIS ELETROLÍTICOS ; β

Estudo dos Níveis Eletrolíticos em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. DPOC é uma doença evitável e tratável, com alguns efeitos extrapulmonares importantes que podem contribuir para o agravamento em alguns pacientes. Seu componente pulmonar é caracterizado pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. A limitação do fluxo aéreo geralmente é progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão a partículas ou gases nocivos. **Objetivos:** Correlacionar os estágios de gravidade de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica com seus níveis eletrolíticos através de um estudo observacional, analítico de corte transversal. **Métodos:** Foram analisados 99 pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica com comprovação clínica e

espirométrica no ambulatório de DPOC do Hospital Santa Izabel, durante o período de agosto de 2009 a junho de 2010. Foi realizada a análise clínica e preenchida a ficha cadastral de cada paciente com o objetivo de analisar os níveis eletrolíticos, sua relação com a gravidade e com o uso de β 2-agonistas. Resultados: Foram analisados 99 pacientes sendo 54 (54,5%) do sexo feminino e 45 (45,5%) do sexo masculino. A população estudada apresentou distúrbios eletrolíticos em 66,7% pacientes e, quando correlacionados com a gravidade não foi encontrada significância estatística. Em relação ao uso de β 2-agonistas, 50 (61,7%) pacientes faziam uso dessa medicação e, quando correlacionado com os distúrbios de eletrólitos houve significância estatística. Significância estatística foi encontrada também quando correlacionamos o uso de β 2-agonista com a gravidade da DPOC, 62% apresentava DPOC grave/muito grave. Conclusão: A análise e discussão dos resultados obtidos no presente trabalho permitiram concluir que houve alterações eletrolíticas nos pacientes estudados, mas, não houve alteração estatisticamente significativa entre os distúrbios eletrolíticos e o nível de gravidade desses pacientes. Em relação à associação entre a terapia com β 2-agonista e distúrbios eletrolíticos, houve significância estatística quando analisados. É importante destacar o padrão estável desses pacientes, necessitando de estudos desses pacientes em exacerbação, para com isso tentar mostrar a importância do controle desses pacientes e da dosagem de eletrólitos evitando com isso mortes preveníveis. Novos estudos devem ser realizados para determinar prováveis causas dessas alterações eletrolíticas. É importante destacar que esse é um resultado parcial de um trabalho prospectivo, onde os pacientes serão analisados até o ano de 2011, aumentando assim o poder dos resultados.

P0168 INFLUÊNCIA DA DISPNEIA E DA REALIZAÇÃO DE AVDS NA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DPOC

LUIZ CARLOS SOARES CARVALHO JUNIOR; CAIO CÉSAR DONATTI CUSTÓDIO; RENILTON JOSÉ PIZZOL

FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; MODELOS TEÓRICOS; QUALIDADE DE VIDA

Contextualização: o uso de modelos teóricos que associam possíveis fatores de influência na qualidade de vida (QV) de pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) tem sido preconizado por alguns autores. Para o fisioterapeuta tais modelos poderiam possibilitar, entre outras coisas, a identificação, dos aspectos mais importantes e impactantes da doença o que poderia permitir a otimização da abordagem terapêutica. No entanto, tais modelos são pouco aplicados na clínica fisioterapêutica e dessa forma estudar os componentes presentes nesses modelos poderia elucidar e explicar mais profundamente fatores que influenciam a QV dessas pessoas dando ao profissional uma visão mais abrangente da relação entre a doença e seu portador. Objetivos: Avaliar com base no modelo teórico proposto por Jones as variáveis que influenciam a QV de pessoas com DPOC. Métodos: as seguintes variáveis foram avaliadas: função pulmonar (VEF1) pela espirometria; percepção de dispnéia pela Escala CRM; realização de Atividades de Vida Diária (AVDs) pela Escala London Chest Activity of Daily Living; desempenho na realização de exercício pelo Teste de Caminhada de 6 minutos; esfera psicológica pelo questionário The Hospital

Anxiety and Depression Scale (HADS). Já a QV foi avaliada pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ). Para a análise estatística utilizou-se um modelo de regressão logística. Resultados: Foram avaliados 16 indivíduos com DPOC (12 homens e 4 mulheres; idade: 67 ± 7 anos; IMC: $25,2 \pm 6,1$ kg/m²). Os valores obtidos mostraram que, das variáveis analisadas apenas AVDs ($r=0,72$) e dispnéia ($r=0,75$) mostraram forte correlação com a QV. No modelo de regressão a variável AVDs foi significativa ($p=0,047$), assim como dispnéia ($p=0,044$). Conclusão: o estudo mostrou que a percepção de dispnéia e a realização de AVDs influenciaram a percepção de QV de indivíduos com DPOC. Tais resultados indicam que estratégias-chave de um programa fisioterapêutico com objetivos de diminuir o impacto da doença deveriam incluir a dessensibilização da dispnéia e a facilitação da realização de AVDs.

P0169 DPOC E COMORBIDADES

CYNTHIA HOLZMANN KOEHLER; IRINEI MELEK; MARINA BUENO

HOSPITAL ANGELINA CARON, CAMPINA GRANDE DO SUL, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; COMORBIDADES; PREVALÊNCIA

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) se mantém como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. O interesse em diagnosticar e tratar precocemente o DPOC cresce de maneira exponencial, visto que o número estimado de pacientes com DPOC tende a aumentar nas próximas décadas. Sabe-se que, a maior prevalência do DPOC ocorre nos pacientes acima de 40 anos de idade, e que nestes, a coexistência de comorbidades é também prevalente. (Platino, 2000) Credita-se esta associação ao uso do cigarro e ao próprio envelhecimento. E, além disto, o DPOC por si só acarreta alterações sistêmicas que contribuem para o desenvolvimento de tais comorbidades. Objetivos: o objetivo deste estudo é estimar a prevalência de comorbidades nos pacientes portadores de DPOC em acompanhamento no ambulatório de Pneumologia do Hospital Angelina Caron. Métodos: Realizou-se uma análise retrospectiva dos prontuários dos 353 pacientes em acompanhamento regular no Ambulatório de Pneumologia do Hospital Angelina Caron no período de janeiro de 2000 a junho de 2010. Foram avaliados os portadores de DPOC, que perfazem um subtotal de 133 pacientes, e suas comorbidades. As doenças concomitantes foram diagnosticadas clinicamente com comprovação radiológica e/ ou espirométrica quando necessárias. Os pacientes foram analisados quanto à presença ou ausência de comorbidades e a prevalência destas entre homens e mulheres. Não foram realizados procedimentos de ajuste ou padronização para idade. Resultados: Os 133 pacientes portadores de DPOC selecionados eram compostos de 61 homens e 72 mulheres. Destes, sessenta e sete (50,3%) não apresentavam nenhuma comorbidade. Daqueles 66 pacientes restantes, 32 (48,5%) eram portadores de hipertensão arterial sistêmica, sendo esta a doença detectada com maior frequência. Vinte e quatro pacientes (18%) eram portadores de diabetes melito tipo II associados ao DPOC, em segundo lugar em prevalência. E apenas aproximadamente 3,7% dos pacientes eram portadores de neoplasias pulmonares e 5,26% de nódulos pulmonares em avaliação clínica regular. Outras comorbidades como osteoporose estiveram presentes, porém não perfaziam valores significativos. Conclusão: Esta análise mostrou que aproximadamente metade daqueles pacientes em acompanhamento por DPOC apresentam comorbidades.

A hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente, corroborando os dados presentes em outros estudos como o projeto PLATINO. Ainda, foi verificada a associação com diabetes melito, nódulos pulmonares e neoplasias primárias de pulmão. O impacto das doenças concomitantes no DPOC segue incerto, apesar de serem fatores prognósticos independentes. Portanto, é de fundamental importância que sejam realizados novos estudos para o adequado manejo clínico do DPOC e das comorbidades associadas. Assim, será possível melhorar qualidade de vida e, posteriormente, reduzir a mortalidade destes pacientes.

P0170 FENOTIPAGEM DE DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 ANTITRIPSINA NO BRASIL

MARIA VERA CRUZ DE OLIVEIRA CASTELLANO

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO / ABRADAT, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ALFA 1 ANTITRIPSINA; ENFISEMA; DPOC

Introdução: Os estudos para avaliação da prevalência de deficiência de alfa 1 antitripsina (AAT) existentes na literatura foram realizados em amostras populacionais específicas como recém nascidos, doadores de sangue, indivíduos com diagnóstico de enfiseма de aparecimento precoce e parentes em primeiro grau de deficientes de AAT. Existem dados disponíveis sobre a prevalência de deficiência de AAT em vários países, mas no Brasil até 2005 haviam apenas alguns relatos isolados de casos. À partir de 2005 com a criação da Associação Brasileira de Deficiência de Alfa 1 antitripsina (ABRADAT) houve uma maior divulgação de informações sobre esta patologia no Brasil, bem como a facilitação da realização gratuita de fenotipagem. **Objetivos:** Avaliar a ocorrência da deficiência de AAT no Brasil após programa de divulgação de informações sobre esta doença pela ABRADAT na SBPT, sociedades regionais de pneumologia e congressos médicos. **Métodos:** Estudo descritivo e prospectivo de fenotipagens de pacientes com DPOC com dosagem sérica de AAT diminuída, e de familiares de pacientes com deficiência de AAT. Após a solicitação dos médicos com casos suspeitos era encaminhado o kit com papel filtro para coleta de sangue. A fenotipagem era realizada por difusão isoelétrica para identificação de alelos (Padrão Pi) no Laboratório Pronto Diagnostics Ltda, em Israel. **Resultados:** Foram realizadas no período de fevereiro de 2005 à maio de 2010, 110 fenotipagens para diagnóstico de deficiência de AAT. Estes exames foram procedentes de solicitações de 16 Estados, com maior número de casos dos estados de SP (26), RS (18), DF (15), RJ (10) e MG/SC com 7 casos cada. Foram diagnosticados 88 (62%) casos com fenótipos não MM, sendo 46 (42%) PiZZ, 27 (24%) PiMZ, 11 (10%) PiSZ e 4 (4%) PiMS. Em 2005 foram realizadas 33 fenotipagens procedentes de 5 Estados (SP, RJ, RS, TO e AM), sendo encontrados 18 (57%) fenótipos não MM, com 3 (9,5%) casos PiZZ. O pequeno número de casos PiZZ se deve ao rastreamento diagnóstico principalmente entre familiares de casos índices (com deficiência de AAT). **Conclusão:** O fenótipo mais comum de deficiência de AAT no Brasil, como em outros países, é o PiZZ seguido pelo PiMZ.

P0171 IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR DE 12 SEMANAS NA COGNIÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

CYNTHIA MARIA S VIANA¹; EANES DELGADO BARROS PEREIRA²; TAUILY CLAUSSEM D'ESCRAGNOLLE TAUNAY³; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA⁴; MARIA DA PENHA UCHOA SALES⁵; RENATA MARIA ARAUJO PINTO⁶

^{1,2,5,6}HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL; ^{3,4}UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; REABILITAÇÃO PULMONAR; COGNIÇÃO

Introdução: A reabilitação pulmonar é um tratamento multidisciplinar, não medicamentoso para doenças pulmonares crônicas. A DPOC como doença multissistêmica apresenta várias comorbidades e entre elas os déficits cognitivos são bem pouco estudados, porém a incidência pode alcançar até 77% nesses pacientes, com um impacto negativo na qualidade de vida. Dentre os possíveis tratamentos para melhora da cognição em pacientes portadores de DPOC, programas de exercícios físicos, vêm mostrando na literatura papel importante. **Objetivos:** Avaliar o impacto de um programa de reabilitação pulmonar de doze semanas na cognição de pacientes portadores de DPOC. **Material e Métodos:** O estudo trata-se de um ensaio clínico de séries temporais. Os pacientes selecionados foram portadores de DPOC com estágio segundo o GOLD II a IV, sem comorbidades graves, alfabetizados, encaminhados ao programa de reabilitação pulmonar do Hospital de Messejana Carlos Alberto Studart Gomes no período de novembro de 2008 a janeiro de 2010. Testes neuropsicológicos (teste de aprendizagem verbal-auditivo de Rey; Stroop teste; Spam de dígitos; Teste de trilhas parte A e B e Teste de fluência verbal com palavras F, A e S) para avaliação da cognição foram realizados antes e após o programa de reabilitação pulmonar, com psicólogo treinado. **Resultados:** Foram incluídos 34 pacientes, sendo 17(50%) do sexo masculino e 17(50%) do sexo feminino. A média de idade foi de 65±7. A gravidade pelo GOLD foi: II(32,4%), III(44,1%) e IV (23,5%). Quanto ao grau de instrução 29(85,3%) foi considerado baixo grau(< 12 anos de estudo) e 5(14,7%) alto grau(>12 anos de estudo). Média do VEF1 foi 0,96±0,41. As demais características gerais dos pacientes serão apresentadas em tabela. Em relação aos testes cognitivos, houve melhora estatisticamente significativa, após o programa de reabilitação pulmonar, nos testes de aprendizagem verbal auditivo de Rey(Lista de Compras), que avalia a função de memória; no teste de Stroop cartão 1 que diz respeito a atenção e flexibilidade mental e teste de trilhas parte B que se relaciona com função executiva. Algumas variáveis independentes correlacionaram-se com os testes cognitivos, por exemplo, o sexo, onde o sexo feminino apresentou melhor avaliação no teste de aprendizagem verbal auditivo de Rey e a idade que correlacionou-se inversamente no mesmo teste, as demais variáveis e correlações serão representadas em tabela. **Conclusão:** Esse estudo demonstrou melhora em função cognitiva dos pacientes portadores de DPOC que realizaram um programa de reabilitação pulmonar, especialmente nas funções de memória e atenção. Variáveis independentes como sexo e idade influenciaram os resultados em alguns testes, principalmente na avaliação da memória.

P0172 ESTUDO PILOTO: TRANSPORTE MUCOCILIAR DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM ATIVIDADE FÍSICA

LUCIANA CRISTINA FOSCO; GIOVANA NAVARRO BERTOLINI FERRARI; RAFAELA BONFIM; RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; CARLOS MARCELO PASTRE; ALESSANDRA CHOQUETA DE TOLEDO; DIONEI RAMOS; ERYC MARA CIPULO RAMOS

UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA; TRANSPORTE MUCOCILIAR; ATIVIDADE FÍSICA

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) apresenta manifestações locais e sistêmicas responsáveis por alterações no sistema mucociliar e muscular periférico. A atividade física é a conduta mais efetiva na reabilitação de pacientes com DPOC e entre os seus principais benefícios está o aumento da tolerância ao exercício, melhora na qualidade de vida, diminuição do sedentarismo e da sensação de dispnéia. O transporte mucociliar está prejudicado na DPOC e pode variar em diferentes condições, como em resposta ao exercício. Entretanto, não há estudos mostrando os efeitos da atividade física sobre o transporte mucociliar nestes pacientes. **Objetivos:** Avaliar o efeito de oito semanas de exercícios de reforço muscular localizado sobre o transporte mucociliar de indivíduos com DPOC. **Métodos:** Estudo longitudinal no qual 17 indivíduos com DPOC (VEF1 entre 50% e 70% do predito; clinicamente estáveis; ex-tabagistas) realizaram reforço muscular localizado durante o período de oito semanas, com frequência de três vezes semanais e sessões com duração de uma hora. Os voluntários foram divididos em 27 anos□41 anos/maço; 9□9 anos; 58□grupos: dez indivíduos (8 homens; 65 5 Kg/m²) realizaram reforço muscular localizado com□de abstinência; 26 60□6 anos; 79□corda elástica (G1), e sete indivíduos (5 homens; 64 4 Kg/m²), realizaram reforço□3 anos de abstinência; 26□anos/maço; 5 muscular localizado por meio de equipamentos de musculação (G2). A determinação da intensidade do treino foi realizada por meio do teste de resistência à fadiga (G1), com incremento de carga a cada dois estímulos, e teste de uma repetição máxima – 1RM (G2), com progressão de 60 até 80% de 1RM. O transporte mucociliar foi avaliado por meio do tempo de trânsito de sacarina (TTS) em dois momentos: antes da primeira sessão de exercícios (T1); e após oito semanas, antes da última sessão de exercícios (T2). Para análise estatística foi determinada a normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk, e de acordo com sua distribuição foi utilizado o test t pareado. O nível de significância considerado foi de 5%. **Resultados:** A média do TTS antes (T1) e após o programa de atividade física (T2) foi, para o grupo G1, 14 5 minutos (p=0,1844), respectivamente. Para o grupo□12 minutos e 8 □ G2 a média de TTS antes (T1) e após o programa (T2) foi, respectivamente 8 minutos (p=0,3802). **Conclusão:** Os indivíduos□13 minutos e 11□de 16 participantes dos protocolos de reforço muscular localizado não apresentaram alterações significativas no transporte mucociliar. Apoio: FAPESP

P0173 IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS DE ATENDIMENTO E SISTEMA DE MONITORAMENTO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC): AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO E IMPACTO DA DPOC.

HELOISA GLASS1; BENEDITO FRANCISCO CABRAL JR2; SERGIO PAULO CAMPOS SOARES3

1.TISIOPNEUMOLOGIA HRG, BRASILIA, DF, BRASIL;

2.TISIOPNEUMOLOGIA, BRASILIA, DF, BRASIL; 3.UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, BRASILIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DEPRESSÃO ; INVENTARIO DE BECK; COPD ASSESSMENT TEST

Introdução: Conclusões marcantes do estudo PLATINO, foi que a DPOC é subdiagnosticada, frequentemente confundida com a asma e mesmo quando corretamente identificada é tratada de forma não padronizada, e frequentemente ineficaz. Além disso nos nossos ambulatórios de DPOC, com poucas exceções, não é feita avaliação de impacto da doença, visto que os questionários disponíveis até o momento eram muito longos. Também avaliação de risco de depressão não é feito rotineiramente na maior parte dos pacientes, ainda que vários estudos mostrem uma alta incidência de depressão no paciente com DPOC. **Objetivos:** com o objetivo aprimorar nosso atendimento aos pacientes portadores de DPOC, iniciamos este ano um projeto que visa estruturar o atendimento, de forma a fazer o atendimento dos pacientes, com diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequado e de acordo com as Diretrizes da SBPT e permitir o monitoramento de forma a caracterizar os pacientes atendidos, tratamento necessário, ocorrências de exacerbações. Além disso um atendimento padronizado visando verificar o risco de depressão, utilizando o Inventário de Beck e o impacto da DPOC na vida dos pacientes utilizando o CAT. **Métodos:** Após diagnóstico de DPOC os pacientes foram avaliados utilizando Inventário de Beck (Beck) e CAT (COPD Assessment Test) na primeira consulta. O teste foi aplicado pelos internos em rodízio no ambulatório, que auxiliaram os pacientes durante a leitura e compreensão dos testes. **Resultados:** Caracterização dos pacientes: 101 pacientes cadastrados no sistema em 16 semanas (61 homens (60,4%), 40 mulheres (39,6%)). Impacto da DPOC medida pelo CAT: 30 (29,7%) baixo, 48(47,4%) médio, 18 (17,8%) alto, 5(5%) muito alto; Inventário de Beck: 6(5,9%) sem depressão ou depressão mínima; 16 (15,8%); depressão leve a moderada; 50 (49,5 %) depressão moderada a grave; 29 (28,7%) depressão grave. Quando comparamos homens e mulheres, verificamos que a proporção dos que tem depressão de leve a grave é maior nos homens que nas mulheres (75,4 x 62,5%, respectivamente), mas a proporção das pacientes femininas com depressão moderada a severa é maior nas mulheres (35%) que nos homens (18%), pois a maior parte dos homens apresenta um risco levemente aumentado de depressão (67,4%). **Conclusão:** O impacto da DPOC medida pelo CAT nos nossos pacientes foi alto, sendo que a maior parte dos pacientes apresentou impacto de moderado a severo. A curva de distribuição de impacto é similar para homens e mulheres. Observa-se ainda que a DPOC, na nossa amostra, cursa com alta incidência de depressão, avaliada pelo inventário de Beck, mas a distribuição do risco de depressão é diferente para os homens e mulheres.

PO174 INCIDÊNCIA DE SINTOMAS DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBTURATIVA CRÔNICA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

ELIE FISS; LÍGIA LOPES BALSALOBRE TREVIZAN; LÍVIA GRIGORIITCHUK HERBST; DANIELA ARMONIA MUNHOES

FACULDADE DE MEDICINA ABC, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; REFLUXO GASTROESOFÁGICO; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: A DPOC se caracteriza por uma limitação pulmonar irreversível e progressiva que apresenta prevalência de 5 a 15% em adultos de países industrializados. Segundo DATASUS a doença foi responsável por 170 mil internações e por cerca de 33.100 óbitos no Brasil em 2007. A alta taxa de morbi-mortalidade faz da DPOC um grande problema de saúde pública. A somatória dos sintomas, como dispnéia, tosse e cansaço, pode levar a uma limitação funcional capaz de influenciar na qualidade de vida dos portadores da doença. Estudos apontam uma relação entre distúrbios pulmonares e DRGE visto esta estimular o reflexo de tosse por irritação do trato respiratório ou por desencadear um estímulo vagal. Segundo a literatura, a asma pode ser exacerbada ou desencadeada pela DRGE, dificultando o tratamento e impactando na qualidade de vida desses pacientes. Pouco se estudou sobre a relação entre DPOC e DRGE. **Objetivos:** Verificar a incidência de sintomas de DRGE em pacientes com DPOC e avaliar a qualidade de vida desses. **Métodos:** O estudo é transversal, prospectivo. Foram entrevistados 44 pacientes em tratamento nos ambulatórios de DPOC da disciplina de pneumologia da FMABC. Os instrumentos de avaliação foram: questionário de características demográficas e clínicas, Questionário de Sintomas de Doença do Refluxo Gastroesofágico (QS-DRGE) e Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) que aborda três domínios: sintomas, atividade e impactos psicossociais que a doença respiratória inflige ao paciente. **Resultados:** A população estudada apresentou uma média de idade de 71,07 anos (45 – 86), 75% era do sexo masculino. Em relação ao estadiamento do DPOC, 24,4% foram classificados como leve, 29,3% moderado e 43,9% grave e 2,4% como muito grave. O tabagismo esteve presente em 90,9% da amostra, destes apenas 11,4% permanecem fazendo uso da substância. Interferência no trabalho pela doença pulmonar foi referida em 36,4% dos casos. Dos pacientes avaliados, 25% apresentaram pelo menos um sintoma de DRGE, a maior queixa foi azia (28%) seguida de regurgitação (24%). Dos que apresentaram sintomas de refluxo, 20% referiram insatisfação em relação ao estado de saúde. Não houve correlação entre a presença de sintomas de refluxo e o estadiamento avançado da doença pulmonar. Quando avaliado o SGRQ, a presença de sintomas de DRGE esteve associada à pontuação elevada do questionário que indica alteração na qualidade de vida desses pacientes ($p=0,05$). A alta pontuação no domínio de impactos psicossociais apresentou associação ($p=0,02$) com a pontuação no QS-DRGE. **Conclusão:** Pacientes portadores de DPOC apresentam relevante incidência de sintomas de DRGE. A presença desses sintomas está associada a um impacto significativo na qualidade de vida desses pacientes sobretudo na avaliação psicossocial. Estudos futuros devem descrever essa relação e analisar uma possível melhoria na qualidade de vida dos pacientes com DPOC com o tratamento do refluxo gastroesofágico.

PO175 CUTIS LAXA E ENFISEMA: RELATO DE CASO EM PACIENTE DE MEIA IDADE

MARIA CECÍLIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; MARCELL COUTINHO DA SILVA; THAÍS BITTENCOURT DE OLIVEIRA PIRES; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA RACHED; BRUNO GUEDES BALDI; RAFAEL STELMACH; ALBERTO CUKIER

FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CUTIS LAXA; ENFISEMA PULMONAR; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: Cutis laxa é um distúrbio adquirido ou genético, autossômico dominante ou recessivo, caracterizado clinicamente por flacidez cutânea devido a um defeito na síntese de elastina. A pele assume uma aparência frouxa e redundante reconhecida clinicamente como envelhecimento precoce. Comumente ocorrem anormalidades em múltiplos órgãos e sistemas, incluindo cutâneo, pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal e urogenital. O enfisema pulmonar pode ocorrer nas formas autossômicas dominantes com acometimento precoce e a maioria dos pacientes morre na infância em decorrência de complicações cardiopulmonares. Alguns pacientes com doença autossômica recessiva podem apresentar manifestações tardias leves, com comprometimento pulmonar significativo quando associado a outros fatores como tabagismo e deficiência de alfa-1-antitripsina. **Relato de Caso:** Paciente de 33 anos, com diagnóstico de cutis laxa desde o nascimento, com manifestações clínicas de flacidez cutânea, divertículo de Zencker e enfisema pulmonar panacinar com múltiplas bolhas. Paciente com histórico de pneumotórax de repetição, submetido previamente a bulectomia e cirurgia de remodelamento pulmonar. Não tem antecedente de tabagismo e a dosagem de alfa-1 antitripsina é normal. A prova de função pulmonar evidencia distúrbio obstrutivo grave e a biópsia de pele mostrou rarefação de fibras oxitalânicas e elauinicas superficiais com aparente diminuição de fibras elásticas da derme reticular. Há história de consanguinidade na família e o paciente possui uma irmã com a mesma síndrome clínica além de irmão falecido por problemas respiratórios no primeiro mês de vida. **Conclusão:** Trata-se de uma condição rara, com amplo espectro de gravidade e manifestações clínicas. Não há tratamento médico efetivo para impedir a progressão da doença e os pacientes acabam sendo submetidos a diversos procedimentos cirúrgicos para manejo das complicações tanto com finalidade estética quanto para recuperação funcional.

PO176 DEFICIÊNCIA DE ALFA-1 ANTITRIPSINA – ACOMPANHAMENTO DE NOVE CASOS.

THIAGO PRUDENTE BARTHOLLO; THIAGO THOMAZ MAFORT; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; MARGARETH MARTINS GOMES; ARNALDO JOSE NORONHA FILHO

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ALFA-1 ANTITRIPSINA; REPOSIÇÃO ENZIMÁTICA

A deficiência de alfa-1 antitripsina é definida como uma deficiência grave de dois alelos no locus que expressa esta enzima. Esta enzima inibe de forma efetiva a elastase de neutrófilos. Quando a alfa-1 antitripsina está ausente ocorre um desequilíbrio favorecendo a ação das elastases que destroem os septos alveolares e podem levar ao aparecimento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Além do risco aumentado para DPOC estes pacientes apresentam risco elevado de hepatopatia e de outras condições. A história natural desta entidade em adultos ainda é pouco

entendida. A apresentação clássica da doença pulmonar é grave. O enfisema geralmente é pan-acinar com predomínio em bases e de início precoce. A concomitância desta deficiência enzimática com o hábito de fumar aumentam ainda mais o risco de DPOC. Esta ainda é uma doença sub-diagnosticada e representa em torno de 1% dos casos de DPOC na população. A simples dosagem do nível sérico desta proteína é um excelente exame para uma avaliação inicial destes pacientes. A identificação dos pacientes com deficiência desta enzima é importante por dois grandes aspectos. O primeiro é a detecção precoce de outros casos na família e o segundo ponto importante é que além das medicações usualmente utilizadas nos pacientes com DPOC podemos prescrever uma preparação endovenosa rica nesta enzima. Este preparado tem mostrado reduzir o declínio da função pulmonar. A infusão geralmente é semanal, entretanto, pode ser feita quinzenalmente ou mensalmente. Neste trabalho relatamos nove casos desta doença diagnosticados por dosagem sérica desta enzima. Oito casos são pertencentes a mesma família. Quatro destes são irmãos e todos com idade acima de quarenta anos. Os outros quatro casos desta mesma família são de filhos desta geração de irmãos e todos tem idade inferior a trinta anos. Apenas os dois casos desta família onde os pacientes relataram tabagismo apresentam sintomatologia pulmonar com prova de função respiratória compatível com doença pulmonar obstrutiva moderada. Estes dois casos utilizam há cinco meses de forma quinzenal em nossa instituição a infusão endovenosa do preparado rico nesta enzima. O único caso não pertencente a esta família é de um homem de 56 anos que apresenta distúrbio ventilatório obstrutivo grave. Este também utiliza a preparação endovenosa nesta instituição, entretanto, de forma semanal e há 1 ano. Desta forma, observamos na prática a importância deste diagnóstico para que possamos tanto identificar familiares acometidos como também oferecermos a possibilidade de mais uma medicação no arsenal terapêutico dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica.

PO177 CORRELAÇÃO CLÍNICA DA ESCALA DE BORG NO TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

MAURO SÉRGIO KREIBICH¹; ROGER PIRATH RODRIGUES²; PATRICIA FERREIRA SCHRAM³; GUSTAVO DOEBELI VON HONDERHOFF⁴; FLAVIA DUARTE RODRIGUES⁵

1,2,5.HOSPITAL DO PULMAO, BLUMENAU, SC, BRASIL; 3,4. UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; BORG; BODE

Introdução: O teste de caminhada de seis minutos tem sido usado amplamente na avaliação dos pacientes com DPOC. Dentre as variáveis do teste a escala de BORG é aplicada rotineiramente mas sem uma correlação clínica de seus valores. O índice de BODE pode ser considerado hoje o preditor clínico-funcional mais relacionado com o prognóstico destes pacientes. **Objetivos:** Nosso objetivo é procurar uma maneira de prever clinicamente o valor da escala de BORG no teste de caminhada de seis minutos em pacientes com DPOC utilizando a correlação com o índice de BODE. **Métodos:** Foram estudados 25 pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. As variáveis do teste de caminhada de seis minutos, o índice de BODE e idade foram correlacionadas com BORG inicial, BORG final e a

diferença do BORG (Delta BORG). Análises secundárias como IMC, MMRC, VEF1 e distancia percorrida também foram avaliados. Foi utilizado o teste de correlação de Pearson como análise estatística. **Resultados:** Existe correlação forte positiva e significativa quando correlacionamos o BODE com Borg inicial ($r=0,6230$, $p<0,01$) e Borg final ($r=0,6354$, $p<0,01$). Porém a relação entre BODE e Delta Borg possui correlação positiva, mas não significativa. A correlação entre Delta Borg com IMC, MMRC, distancia percorrida no teste de caminhada de seis minutos e FEV1 não foram significativas. **Conclusão:** Encontramos correlação significativa entre o grau de dispnéia inicial e final do paciente com DPOC com o índice de BODE. Esta forte correlação pode levar, após estudos maiores, a uma maior valorização da escala de BORG e seus valores clínicos e prognósticos no estudo funcional dos pacientes com DPOC.

PO178 TABAGISMO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

MARIANA DA SILVA CONSTANCIO; SONAYRA BRUSACA ABREU; MARIANA FERREIRA MEIRELES; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA; NAYANE DOS SANTOS PINTO; MARIA SILVANE DE FÁTIMA VIANA RANGEL; AMÉRICO DE SÁ LIMA; IVO ROBERTO DOS SANTOS CARDOSO UFMA, SÃO LUIS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TABAGISMO; PERFIL

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória passível de prevenção e tratamento, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. É resultado de uma complexa interação entre fatores de risco clínicos e moleculares (genéticos). Dentre os fatores de risco destaca-se o tabagismo como principal, sendo observado na maioria dos indivíduos que desenvolvem a doença. A fumaça do tabaco contém cerca de 4.700 substâncias, além da nicotina. Entre elas podem ser citados os alcalóides do alcatrão, metais pesados, nitrosaminas, elementos radioativos, aldeídos e outros agentes altamente tóxicos para o aparelho respiratório. Não fumar ou parar de fumar são umas das melhores iniciativas para o combate da DPOC. **Objetivos:** Verificar o perfil de tabagismo em pacientes com DPOC. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo em 68 pacientes com diagnóstico de DPOC atendidos no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís - MA. **Resultados:** Foram analisadas 68 fichas-prontuários de pacientes diagnosticados com DPOC, sendo que 41 (60,29%) eram do sexo masculino e 27 (39,71%) eram do sexo feminino. Esses pacientes estavam entre as idades de 47 anos e de 99 anos, com uma média de 67,16 anos. Quanto à sintomatologia, 54 (79,41%) afirmaram apresentar tosse a maior parte do tempo, 45 (66,18) apresentavam secreção a maior parte do tempo e 36 (52,94%) relataram dispnéia freqüente. De todos os pacientes, 46 (67,65%) haviam parado de fumar de 0 a 9 anos, 8 (11,76%) haviam parado de fumar de 10 a 19 anos, 6 (8,82%) de 20 a 29 anos e 8 (11,76%) haviam parado de fumar há mais de 30 anos. A média de anos sem fumar dessa população foi de 10,41 anos; assim como a média da carga de tabagismo foi de 53,4. A maioria desses pacientes (54,41%) apresentavam mais de 20 anos de tabagismo. **Conclusão:** Com essa pesquisa observou-se que o tabagismo apresenta incidência elevada tanto em homens quanto em mulheres com doença pulmonar obstrutiva crônica quando analisadas

variáveis como anos de fumo, a carga de tabagismo e tempo de cessamento.

PO179 AUTOMEDICAÇÃO ENTRE PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM DPOC

CHARLESTON RIBEIRO PINTO¹; ARAMIS TUPINÁ ALCANTARA²; ALYSON RIBEIRO BRANDÃO³; LEANDRO FELJÓ⁴; LINDEMBERG ASSUNÇÃO COSTA⁵; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA LEMOS⁶

1.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB, JEQUIÉ, BA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB, SALVADOR, BA, BRASIL; 3,4,5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: AUTOMEDICAÇÃO; ASMA; O

Introdução: A Organização Mundial da Saúde define automedicação como o uso de produtos medicinais por pacientes para tratar sintomas ou alterações autoreconhecidas. A automedicação pode ainda se referir ao uso de medicamentos prescritos e usados com adesão insatisfatória ou o uso de medicamentos para um paciente específico e usado por outros membros da família. **Objetivos:** Descrever frequência de automedicação em pacientes com DPOC acompanhados no Programa de Assistência e Controle da Asma do Ambulatório de Pneumologia do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgar Santos, em Salvador-BA. **Métodos:** No presente trabalho optou-se por realizar uma análise do perfil da automedicação referida para tratamento de sintomas autoreconhecidos por pacientes do Programa. Trata-se de um estudo transversal com dados foram obtidos por entrevistas realizadas por farmacêutico previamente treinado, durante a dispensação dos medicamentos para asma grave fornecidos entre meses de setembro de 2009 e julho de 2010. Foi utilizado um questionário padronizado com período recordatório de 15 dias. Os medicamentos foram classificados com base no Sistema de Classificação Anatómico Terapêutico e Químico (ATC). A frequência de cada fármaco é dada pela sua ocorrência em monodrogas e associações medicamentosas. **Resultados:** Foram entrevistados 131 pacientes (média de idade de 50,9), sendo 32 homens (24,4 %) e 99 mulheres (75,6 %). Cerca de 48% dos pacientes (n=63) relataram ter realizado uso de medicamentos sem prescrição médica nos últimos 15 dias, sendo que 33 destes pacientes (52,4%) utilizaram um ou dois princípios ativos e 30 pacientes (47,6%) utilizaram três ou mais fármacos. O número total de medicamentos consumidos na amostra estudada foi igual a 127, sendo que 35 destes correspondem às associações medicamentosas, totalizando 148 fármacos distintos. Neste estudo, o número de medicamentos por paciente variou de 0 a 4 (mediana= 2) e o número de princípio ativos foi de 0 a 8 (mediana= 4). Conforme o segundo nível da classificação ATC, a distribuição dos medicamentos mais consumidos por subgrupos, ordenados segundo frequência foram: analgésicos/antipiréticos (81%), relaxantes musculares (31,7%), antiinflamatórios/antireumáticos (12,7%) e antiespasmódico/anticolinérgicos (11,1%). Dentro do subgrupo dos analgésicos/antipiréticos a dipirona aparece como o fármaco mais freqüente (30,4%), seguido do paracetamol (6,1%) e do ácido acetilsalicílico (4,7%). A cafeína, presente em 27 das 35 associações medicamentosas, foi responsável por 18,2% da freqüência total de princípios ativos. **Conclusão:** Este estudo mostrou que a automedicação visando o tratamento de sintomas não relacionados à DPOC é uma prática frequente entre pacientes na nossa amostra. As associações medicamentosas

contendo cafeína e a dipirona são as mais frequentemente empregadas.

PO180 TALCOASBESTOSE E TUBERCULOSE PULMONAR EM PACIENTE EXPOSTA A TALCO EM CONFECÇÃO DE BOLAS DE FUTEBOL: RELATO DE CASO

OLIVIA MEIRA DIAS¹; UBIRATAN DE PAULA SANTOS²; MAURO CANZIAN³; MÁRIO TERRA FILHO⁴

1.INSTITUTO DO CORAÇÃO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,4.INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TALCOSE; ASBESTOSE; TUBERCULOSE PULMONAR

Introdução: O talco é um silicato de magnésio hidratado utilizado como carga e por suas propriedades lubrificantes. O comprometimento pulmonar se dá pela inalação de talco puro, associado a sílica, fibras de asbesto ou pelo uso de talco intravenoso, misturado a drogas ilícitas. Relatamos caso de paciente exposta a talco no ambiente ocupacional cujo achado de placas pleurais permitiu a suspeita de contaminação de talco por asbesto. **Relato de Caso:** Paciente de 70 anos, encaminhada por dispnéia progressiva há 6 anos, atualmente aos médios esforços, O₂ dependente há 1 ano. A paciente negava sintomas constitucionais, mas apresentava tosse com expectoração. Negava tabagismo ou outras comorbidades. De antecedentes ocupacionais, relatava trabalho em indústria de bolas de futebol entre 1953 a 1961, utilizando câmaras de ar de borracha, com uso de talco. Há 13 anos, a paciente fora submetida a biópsia pulmonar cirúrgica em outro serviço, com diagnóstico de talcose pulmonar pelo achado de partículas sugestivas de silicato de magnésio no interstício pulmonar. Ao exame, encontrava-se em bom estado geral; ausculta pulmonar evidenciava estertores crepitantes nos 2/3 inferiores do tórax, com saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente. Espirometria simples sugeria um distúrbio ventilatório restritivo: VEF1 / CVF= 0,72, CVF= 1,16 L (52%) e VEF1 = 0,83 L (43%). Entretanto, prova de função completa mostrou capacidade pulmonar total normal (3,61 L, 99% predito), volume residual aumentado (2,48L, 144% predito), confirmando distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado, aprisionamento aéreo e redução moderada da capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO = 64% predito). Tomografia de tórax de alta resolução evidenciava esparsas áreas de enfisema centrilobular, atenuação em mosaico, bronquiectasias no segmento anterior do lobo superior direito, lobo médio e lobos inferiores, onde notava-se ainda micronódulos centrilobulares e áreas de árvore em brotamento. A janela de mediastino mostrava linfadenomegalia hilar e placas pleurais, algumas calcificadas. A cultura de escarro foi positiva para *Micobacterium tuberculosis*. Revisão da biópsia confirmou a presença de corpos birrefringentes à luz polarizada compatíveis com talco, associado a presença de corpos ferruginosos sugestivos de corpos de asbesto. **Discussão:** Talcoasbestose é uma pneumoconiose causada pela inalação de talco contaminado com partículas de asbesto. Achados radiológicos incluem desde a presença de placas pleurais sem evidência de intersticiopatia, até micronódulos de distribuição centrilobular e subpleural e reticulado predominando em lobos inferiores que podem eventualmente confluir (fibrose maciça progressiva), semelhantes às alterações da asbestose. As bronquiectasias e opacidades centrilobulares são justificadas pela tuberculose. Ressaltamos a importância da identificação de exposição a

asbesto em casos de talcoose, permitindo maior vigilância quanto ao surgimento de neoplasias asbesto-relacionadas.

PO181 RELATO DE CASO: SILICOSE COM INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIAS

LUCAS MOREIRA1; FABIO MARCELO COSTA2; CARLA BARTUSCHECK3; DHIANCARLO GEISER4; TATIANA KOPEINING5; MARIANA SPONHOLZ ARAÚJO6; GLÁUCIA MARIA BARBIER17; RODNEY LUIZ FRARE E SILVA8 1,2,3,4,7,8.HC-UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 5.HUC-PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; 6.HUEC - PR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SILICOSE; MICOBACTERIOSE; TUBERCULOSE

Introdução: A silicose é uma doença pulmonar fibrosante provocada pela inalação e deposição de partículas de sílica cristalina. É a mais prevalente das pneumoconioses. Apesar de ser uma doença ocupacional potencialmente prevenível, novos casos continuam a ocorrer. Pacientes acometidos tem grande prejuízo na função pulmonar e qualidade de vida. Além disso, a doença tem elevado impacto socioeconômico, sendo a principal causa de invalidez entre as doenças respiratórias ocupacionais e reduzindo a expectativa de vida dos pacientes. **Objetivos:** Relatar um caso de silicose de rápida evolução associada à infecção por *M. tuberculosis* e *M. avium*. **Métodos:** Descrição de caso clínico e revisão de literatura **Resultados:** Paciente masculino, de 38 anos, evolui com tosse seca e dispnéia progressiva ao longo de 19 anos. Atualmente com dispnéia aos mínimos esforços. Refere epilepsia criptogênica. Nega tabagismo e etilismo. História familiar negativa para doenças pulmonares. Relata que trabalhou com jateamento de areia por 10 anos sem uso de equipamento de proteção individual com início dos sintomas após 11 anos. Em uso de O2 domiciliar, formoterol budesonida ,anticonvulsivantes e amitriptilina. Ao exame físico dados vitais normais, exceto por FR = 24 e spo2: 92 %. Exame segmentar mostrando diminuição de expansibilidade e de murmúrio vesicular difusamente. Espirometria evidencia distúrbio ventilatório misto e distúrbio difusional moderado. Gasometria arterial mostra hipoxemia moderada com gradiente alvéolo arterial elevado. Ecocardiograma sem alterações. TCAR mostra múltiplas massas conglomeradas nos dois terços superiores dos pulmões ,algumas com escavação e calcificações em seu interior; nódulos subpleurais centrolobulares difusos e linfonodos hilares calcificados. Paciente ao longo da evolução , contraiu em 29/12/2005 infecção por mycobacterium tuberculosis e mycobacterium avium em 08/06/2008, ambos confirmados por culturas. Após tratamento com RHZ e RHE + estreptomicina, obteve cura. Em acompanhamento periódico ambulatorial. **Conclusão:** A silicose é uma doença crônica e irreversível para a qual não existe tratamento específico. É importante reconhecer sua associação com outras doenças que acrescentam morbimortalidade ao quadro e que podem causar confusão diagnóstica. A relação entre exposição a sílica e micobacterioses já é notadamente conhecida, com inúmeros estudos evidenciando a superposição de tuberculose e silicose. Entretanto, ainda existem poucos relatos da associação de *M. avium* e silicose. Mais raro ainda, é o fato de um mesmo paciente contrair múltiplas micobacterioses associadas a silicose. O presente estudo evidencia essa possibilidade e a necessidade de rastreamento dessas infecções, que implicam em tratamentos diferentes e achados bacteriológicos semelhantes e que, se não diagnosticadas, conferem gravidade e pior prognóstico a patologia de base.

PO182 DOENÇA RELACIONADA AO AMIANTO POR EXPOSIÇÃO PARAOCUPACIONAL EM TRABALHO INFANTIL

PATRICIA CANTO RIBEIRO; HERMANO ALBUQUERQUE DE CASTRO; CRISTIANA FERRO DE ALMEIDA; JOSÉ EDUARDO ERNESTO PINHEIRO CESTE/ FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: AMIANTO; TRABALHO INFANTIL; PARAOCUPACIONAL

Paciente de 73 anos procurou o CMS com queixa de tosse seca e dispnéia de início há 2 anos. Ao exame físico: estertorações crepitantes bibasais. Nunca fumou. Relatava tosse seca e coriza aquosa constantes na adolescência. História ocupacional/ ambiental: Trabalho Infantil: Entregava quentinhas a trabalhadores de indústria de fibrocimento de segunda a sábado, quando permanecia por aproximadamente 3 a 4 horas diárias no local: um galpão fechado, onde brincava entre os entulhos e estoques de materiais para confecção de telhas e caixas d'água em fibrocimento. História Ocupacional: Soldador e lixador de indústria metalúrgica por 28 anos, sem exposição ao Asbesto. Exames: Radiografia de tórax com placas e calcificações pleurais difusas, compatíveis com exposição ao Amianto. Leitura OIT/2000: profusão 1/1 tipo st; Calcificações e placas direita e esquerda, largura C, extensão 3; face on; calcificações diafragmáticas e de pericárdio. Tomografia Computadorizada de tórax evidenciou importante espessamento nodular da pleura, observando-se placas calcificadas, esparsas de permeio, interessando a corticalidade de ambos os hemitóraces e mediastino. O Amianto é um mineral associado a várias patologias malignas e não malignas, classificado pela IARC no grupo 1, como definitivamente cancerígeno para humanos. Não existem limites seguros para a exposição a este mineral. A exposição ocupacional é a principal forma de exposição e contaminação, porém a exposição ambiental de familiares por contato com roupas ou objetos contaminados pela fibra utilizados por trabalhadores, a exposição a locais onde haja descarte ou depósito de produtos a base de amianto, residir próximo a indústrias ou minas de exploração ou permanecer em ambientes com produtos degradados de Amianto. No Brasil não existem dados oficiais sobre o trabalho infantil com exposição ao Amianto, mas estima-se que mais de 5 milhões de jovens entre 5 e 17 anos trabalhem no Brasil. Segundo a PNAD 2003, as atividades mineradoras atingem cerca de 12 mil crianças e adolescentes com idade entre 5 e 17 anos, que trabalham em garimpos, pedreiras ou em outras atividades de extração e produção mineral, incluindo a extração de amianto.

PO183 EVOLUÇÃO RADIOLÓGICA AO LONGO DE 10 ANOS DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM ASBESTOSE

PATRICIA CANTO RIBEIRO; HERMANO ALBUQUERQUE DE CASTRO; CRISTIANA FERRO DE ALMEIDA; JOSÉ EDUARDO ERNESTO PINHEIRO CESTE/ FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASBESTOSE; EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL; EVOLUÇÃO RADIOLÓGICA

Introdução: Esta apresentação se propõe a mostrar a evolução radiológica ao longo dos anos de 1999 a 2009 de uma paciente do sexo feminino, 52 anos, com diagnóstico de Asbestose, acompanhada no ambulatório de pneumopatias ocupacionais CESTE/ FIOCRUZ, sua evolução clínica e alterações funcionais respiratórias. História Ocupacional: Trabalhou como fiandeira da indústria têxtil de Amianto por

16 anos. Por ocasião da primeira consulta estava afastada da exposição há 10 anos. **Métodos:** Acompanhamento Radiológico de 1999 a 2009, através da leitura radiológica segundo as normas da OIT/80 e OIT/2000. Avaliações funcionais respiratórias e avaliação clínica. **Resultados:** Radiografia de tórax realizada em 17/08/1999, avaliada segundo as normas da OIT/80: profusão 3/3, tipo st. Radiografia de tórax realizada em 23/05/2006, avaliada segundo as normas da OIT/2000: profusão 3/2, tipo st. Símbolos ih, id, ho. Radiografia de tórax realizada em 21/05/2009, avaliada segundo as normas da OIT/2000: profusão 2/1, tipo st. Símbolos ih, id e od (redução volumétrica pulmonar bilateral). Avaliação Funcional Respiratória realizada em 06/07/2000: Restrição leve. Avaliação Funcional Respiratória realizada em 29/05/2009: Restrição Moderada. **Conclusão:** Deterioração progressiva do quadro clínico, funcional e radiológico, evoluindo ao óbito por insuficiência respiratória, pneumonia e Asbestose. A comercialização e exploração do Amianto está banida em vários países do Mundo. Não existem limites seguros de exposição que garantam a segurança dos trabalhadores.

PO184 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE CAPLAN

FABIO MARCELO COSTA; LUCAS MOREIRA; CARLA BARTUSCHECK; DHIANCARLO GEISER; JOSIANE DIAS MOURÃO; JOÃO ADRIANO DE BARROS; DANIELLA PORFIRIO NUNES; LÍDIA IZABEL VAZ
HC-UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE CAPLAN; PNEUMOCONIOSES; ARTRITE REUMATÓIDE

Introdução: A Síndrome de Caplan ou pneumoconiose reumatóide caracteriza-se pela presença de nódulos reumatóides pulmonares, independente da presença de opacidades pneumoconióticas típicas, em pacientes expostos às poeiras de carvão mineral, sílica ou asbesto. **Objetivos:** Relatar um caso de Síndrome de Caplan com confirmação histológica. **Métodos:** Descrição de caso clínico e revisão de literatura. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 43 anos, com diagnóstico de artrite reumatóide (AR), iniciou com quadro de dispnéia em esforços físicos maiores que os habituais (CF II, MRC 2) associado a tosse com pequena quantidade de expectoração, por vezes escurecida, e perda ponderal não quantificada, há cerca de 9 anos. Sem febre ou episódios de hemoptise. Apresentava história prévia de exposição ocupacional em mina de carvão durante 7 anos. Negava tabagismo. Ao exame físico, SpO₂ 95% em ar ambiente, ausculta pulmonar sem alterações, presença de baqueteamento digital e edema de articulações metacarpofalangeanas, sem sinais de artrite. O RX de tórax mostrava nódulos de dimensão variada, chegando a 5 cm de diâmetro, arredondados, de distribuição difusa em ambos os pulmões. A tomografia de tórax evidenciou múltiplos nódulos e massas não calcificados, variando de poucos milímetros a cerca de 5,5 cm, alguns com escavação central, localizados no segmento ápico-posterior de lobo superior esquerdo, lobo médio e segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo e extensas áreas de vidro fosco difusas. A prova de função pulmonar evidenciou distúrbio ventilatório obstrutivo leve e difusional moderado. No TC6' apresentou dessaturação significativa (86%). Entre os exames laboratoriais, apresentava provas de atividades inflamatórias positivas e fator reumatóide elevado (1020 UI/ml). Realizada segmentectomia em lobo inferior esquerdo, com biópsia revelando granulomas necrosantes

com predomínio subpleural de padrão reumatóide, folículos linfóides proeminentes e antracose acentuada, associada a pleutite crônica fibrosante; alterações compatíveis com Síndrome de Caplan. **Conclusão:** A Síndrome de Caplan foi descrita, em 1953, como a associação de imagens radiológicas pulmonares arredondadas, medindo de 0,5 a 5,0 cm de diâmetro, periféricas, associadas ou não a pequenas opacidades pneumoconióticas ou à fibrose maciça pulmonar, em pacientes com AR expostos a poeiras de carvão mineral ou sílica. Em 1955, Gough descreveu as alterações histopatológicas, que consistem em nódulos reumatóides, com área central de colágeno necrótico, rodeada de processo inflamatório com macrófagos em paliçada e leucócitos, além de variados graus de deposição de poeira (partículas birrefringentes). Sua prevalência é baixa e a patogênese ainda é incerta; postula-se o envolvimento de mecanismos imunológicos. Na maioria dos pacientes os nódulos são assintomáticos. A conduta consiste no tratamento específico da doença reumatóide e as alterações pulmonares podem até regredir com a melhora do quadro articular.

PO185 EFEITOS RESPIRATÓRIOS DA EXPOSIÇÃO AO FORMALDEÍDO DURANTE O PROCESSO DE ALISAMENTO CAPILAR

SILVIA LORENZINI; MARLI MARIA KNORST

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS / UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CABELEIREIROS; FORMALDEÍDO; SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Introdução: Cabeleireiros estão expostos a um grande número de produtos químicos no ambiente de trabalho. Um destes produtos é o formaldeído, que causa irritação das vias respiratórias, sensibilidade imunológica imediata, mutagênese e carcinogênese. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da exposição ao formaldeído sobre sintomas e função pulmonar em cabeleireiros. **Métodos:** Estudamos prospectivamente 21 cabeleireiros com análise comparativa de sintomas respiratórios e espirometria antes e após a exposição ao formaldeído durante procedimento de alisamento capilar. As concentrações de formaldeído no ambiente e de ácido fórmico na urina foram determinados. O Teste t de Student, teste de Wilcoxon, teste de correlação de Pearson ou de Spearman, foram utilizados de acordo com a distribuição dos dados. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo. **Resultados:** A amostra foi constituída por 21 profissionais, idade de $39,1 \pm 11,4$ anos, 76,2% mulheres e 57,1% não tabagistas. O número de procedimentos prévios variou de 15 a 800 (md=200). Os procedimentos duraram entre 30 e 90 minutos e 71,4% foram realizados com equipamentos de proteção. Sintomas pré-exposição estiveram presentes em 5 e após exposição em 11 pacientes. Irritação nos olhos ($p=0,025$) e no nariz ($p=0,046$) e coriza ($p=0,025$) aumentaram após a exposição. A concentração de ácido fórmico na urina aumentou após a exposição ($1,40 \pm 0,66$ versus $2,06 \pm 0,64$ mg/L; $p < 0,001$). A concentração de formaldeído no ambiente variou entre 0,1 e 5 ppm (md=0,6 ppm). Não houve associação entre a concentração do formaldeído no ambiente e ácido fórmico na urina e destas medidas com a variação do VEF1 ($p > 0,05$). O aumento de formaldeído no ambiente associou-se significativamente com a piora do pico de fluxo expiratório ($r_s = -0,437$; $p = 0,048$). **Conclusão:** A exposição ocupacional ao formaldeído está associada com aumento

de sintomas respiratórios, influenciando agudamente a função respiratória. A exclusão da substância do ambiente de trabalho pode melhorar a saúde do trabalhador.

Apoio: FIPE HCPA

P0186 SIDEROSE PULMONAR – RELATO DE CASO

LUIS RENATO ALVES; FLÁVIA ALVARES; DÉBORA DOS SANTOS OSÓRIO; SIMONE GUSMÃO RAMOS; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SIDEROSE; FERRO; PNEUMOCONIOSE

Introdução: A siderose pulmonar é uma pneumoconiose rara causada pela inalação de poeiras contendo óxidos de ferros. Pode acometer trabalhadores expostos a atividades com minério de ferro como metalurgia de aço, ferro, e ligas, soldas e polimento de metais com óxidos de ferro. Habitualmente o paciente é assintomático ou pouco sintomático e raramente evoluiu para um quadro de doença pulmonar avançada. **Objetivos:** Descrever um caso de siderose pulmonar secundária à exposição ocupacional. **Métodos:** Paciente 28 anos, branco, soldador, há 8 meses relatava quadro de dispnéia aos grandes esforços, o que o impedia de realizar algumas atividades no seu trabalho. Associado, relatava dor torácica e retroesternal ocasional. Negava tosse ou outras queixas respiratórias. Procurou atendimento médico, avaliado e posteriormente encaminhado ao serviço de Pneumologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto devido alteração radiológica. Negava tabagismo, etilismo ou doenças pulmonares prévias. Há 15 anos trabalhava como soldador, aplicava solda em roda de caminhão e lixava peças de ferro. Negava outras comorbidades e apresentava exame físico normal à avaliação inicial. A radiografia de tórax evidenciava infiltrado interstício nodular bilateral, com volume pulmonar preservado. A espirometria era normal e a tomografia de torax com cortes de alta resolução evidenciava múltiplos nódulos centro lobulares e infiltrado intersticial tipo “ vidro fosco” bilateralmente. Submetido a broncoscopia com coleta de lavado bronco alveolar e biópsia transbrônquica. O lavado bronco alveolar evidenciou celularidade normal, com predomínio de macrófagos, em grande parte contendo pigmento em seu interior. A biópsia transbronquica evidenciou tecido pulmonar com grande depósito de material acastanhado compatível com pigmento férrico localizado dentro de macrófagos, corroborando o diagnóstico de siderose pulmonar. **Conclusão:** Descrita pela primeira vez em 1936 por Doig e McLaughlin, a siderose pulmonar é considerada uma pneumoconiose benigna. A lesão pulmonar consiste no preenchimento dos alvéolos por macrófagos carregados de grânulos de ferro e raramente evoluiu para fibrose. O tempo de exposição até o aparecimento das lesões radiológicas é variável, geralmente maior que cinco anos. Radiologicamente, a doença se apresenta como micronódulos centrolobulares e infiltrado em “ vidro fosco” vistos na tomografia de tórax com cortes de alta resolução. O tratamento consiste no afastamento da exposição ocupacional, sendo possível a regressão das lesões. A exposição concomitante a outras formas de poeira

como a sílica pode levar ao aparecimento de formas graves da doença.

P0187 ASSOCIAÇÃO DE SILICOSE E MICOSES SISTÊMICAS

ANTÔNIO DE DEUS FILHO

UFPI, TERESINA, PI, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SILICOSE; COCCIDIOIDOMICOSE; HISTOPLASMOSE

Introdução: A silicose é uma doença ocupacional cuja causa é a inalação de partículas de sílica livre. Destaca-se sua alta prevalência entre os cavadores de poços no semi-árido do nordeste do Brasil, que expõe-se na escavação a uma grande carga de partículas de sílica em exíguo e mal ventilado espaço. Alguns fungos que causam micose sistêmica são de natureza geofílica e têm o pulmão como porta de entrada para infecção sistêmica. Já é sobejamente conhecida a associação silicotuberculose, posto que a sílica tem ação tóxica sobre os macrófagos alveolares, no entanto são raros os relatos de associação com micoses sistêmicas. **Objetivos:** Considerando a escassez de relatos na literatura de tal associação, chamamos a atenção para sua ocorrência em áreas endêmicas de micoses, cujos agentes etiológicos sejam geofílicos. **Casuística e Métodos:** Os pacientes foram submetidos a pesquisa direta de fungos e Baar no escarro e fizeram sorologia de imunodifusão. O estudo radiológico foi feito através do radiograma e tomografia torácica. **Resultados:** Apresentamos quatro casos dessa associação. Caso 1 - trata-se de um homem de 49 anos, cavador de poços (20 escavações), procedente do sul do Piauí, que referia o aparecimento de um nódulo na cadeia cervical anterior há 40 dias. O nódulo era móvel, de consistência elástica medindo 3 x 2 cm. O RX do tórax revelou a presença de nódulos pulmonares bilaterais, TCAR mostrou confluência de nódulos e linfonodos mediastínicos calcificados (egg shell). A pesquisa de fungos no escarro foi negativa, o diagnóstico deu-se pelo exame histopatológico (HE) do gânglio que revelou a presença de elementos fúngicos capsulados, birrefringentes (Cryptococcus sp). Caso 2 - Um homem de 51 anos, procedente do Maranhão, cavador de 15 poços, queixava-se de dispnéia moderada e dor torácica. Tinha feito tratamento para TB sem melhora. A pesquisa de Baar e fungos no escarro foram negativas. A sorologia de imunodifusão foi positiva para Histoplasma capsulatum. CASO 3 - Um homem de 50 anos, cavador de cerca de 30 poços queixava-se de dispnéia e tosse seca há vários meses. O RX e TCAR do tórax revelaram nódulos pulmonares múltiplos e grandes opacidades do tipo fibrose maciça progressiva, com áreas de cavitação. A pesquisa de fungos no exame direto do escarro e cultivo foram positivas para Coccidioides posadasii (espécie do fungo no Brasil). CASO 4 - Um homem de 35 anos cavador de poços, após 10 dias de caçada a tatu, apresentou infecção respiratória aguda com queixas de tosse, dispnéia e dor torácica. O RX e TCAR revelaram nódulos pulmonares múltiplos com predomínio basal, alguns escavados. **Discussão / Conclusão:** No Nordeste do Brasil onde a silicose é frequente entre os cavadores de poços, é importante inserir as micoses sistêmicas no diagnóstico diferencial ou como comorbidade; mormente as que têm como agente etiológico fungos geofílicos, pois os cavadores de poços ao exercerem o seu ofício podem estar infectando-se.

P0188 LESÃO PULMONAR SECUNDÁRIA A IN-TOXICAÇÃO POR BROMETO DE METILA

RICARDO BENETTI; GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; MARCELO CARVALHO NAVES; LEONARDO FANTINATO MENEGON; JOSÉ MAURÍCIO SANTOS CRUZ

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BROMETO DE METILA; PNEUMOPATIA OCUPACIONAL; PNEUMONITE QUÍMICA

Introdução: O pulmão é um órgão exposto ao meio externo e a inalação acidental ou ocupacional de gases tóxicos pode levar a asfixia, lesão de via aérea superior ou ainda lesões pulmonares difusas. Bronquite crônica, hiperreatividade brônquica ou até dispnéia psicofisiológica são sequelas comumente descritas. O brometo de metila é um inseticida extremamente tóxico, com absorção respiratória, e a eliminação de seu uso está prevista para o ano de 2015. No entanto, sua utilização na agricultura permanece comum em nosso país. **Objetivos:** Relatamos caso de paciente exposto ocupacionalmente ao brometo de metila com lesão pulmonar grave e insuficiência respiratória secundária. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 44 anos, agricultor, apresentando tosse seca há 2 dias acompanhada de dispnéia de piora progressiva e cefaléia de forte intensidade. Familiares informaram antecedente de contato com gás fumigante (brometo de metila) e relataram que outras pessoas expostas ao mesmo inalante apresentaram sintomas semelhantes. Procurou atendimento na cidade de origem; realizada radiografia de tórax sem alterações, tendo sido mantido em observação e iniciado tratamento de pneumonia. Mediante rápida deterioração do quadro, foi encaminhado para o Hospital Regional de Presidente Prudente, em Insuficiência Respiratória, com solicitação de Unidade de Terapia Intensiva. À admissão mostrava-se muito dispneico, hipoxêmico e ausculta pulmonar com estertores grosseiros bilateralmente, mais em base direita. A radiografia de tórax (3 dias após a primeira) demonstrava opacidade heterogênea bilateral com aerobroncogramas. Iniciada antibioticoterapia de largo espectro, submetido a intubação orotraqueal e ventilação mecânica - com dificuldade. Evoluiu com hemoptise de grande volume; broncofibroscopia mostrou árvore traqueobrônquica com muita secreção hemática difusa. As culturas lograram negativas. Posteriormente realizada tomografia de tórax com a presença de múltiplas lesões císticas bilateralmente. Optado por iniciar corticoterapia de baixa dose associado a antifúngico. Paciente evoluiu com lenta melhora clínica e estabilidade ventilatória, tendo recebido alta para Enfermaria de Pneumologia com traqueostomia. Ocorreu a persistência das lesões pulmonares, estando o paciente dependente de oxigenioterapia, mas sem novos episódios de hemoptise. **Conclusão:** Relatamos caso de paciente exposto ocupacionalmente ao brometo de metila, tendo desenvolvido quadro de Insuficiência Respiratória Grave e lesão pulmonar parenquimatosa difusa. Oferecemos revisão da literatura sobre o assunto.

P0189 PERICARDITE RELACIONADA A ASBESTOSE: RELATO DE CASO

RENATA XAVIER BALDOW; SIMONE BARROSO RIBEIRO FANTINATO; MARCELL COUTINHO DA SILVA; BRÁULIO DYEGO MARTINS VIEIRA; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA RACHED; UBIRATAN DE PAULA SANTOS; MÁRIO TERRA FILHO

FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DISPNEIA; PERICARDITE; ASBESTOSE

Introdução: A exposição ocupacional e ambiental ao asbesto classicamente produz lesão pulmonar, sendo mais comum a doença pleural. Embora o padrão da lesão pleural e pericárdica sejam semelhantes, a pericardite relacionada ao asbesto é rara. **Relato de Caso:** Homem, 77 anos, com relato de dispnéia progressiva há 2 anos, tosse seca, edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal. Portador de dislipidemia. Atualmente aposentado, trabalhou de 1978 à 1984 com mineração de amianto no Piauí. Ao exame físico, destacava-se somente a ausculta respiratória com presença de estertores crepitantes em bases. Foi iniciada investigação diagnóstica. Ecocardiograma revelou disfunção diastólica do ventrículo esquerdo grau I com fração de ejeção normal. Radiografia de tórax mostrou infiltrado reticular proeminente em campos médios e inferiores, calcificação pleural e pericárdica. RNM cardíaca com aumento atrial direito importante; derrame e espessamento pericárdico, determinando restrição, maior em VD; movimento paradoxal do septo; miocardite associada; **Impressão:** pericardite constrictiva. Realizou cateterismo cardíaco que revelou lesões significativas em vários ramos coronarianos. Recebeu, então, os diagnósticos de pericardite constrictiva e doença isquêmica crônica cardíaca, sendo submetido a pericardiectomia parcial e revascularização miocárdica cirúrgica. Evoluiu com melhora clínica sendo encaminhado após a alta para o ambulatório de pneumologia. Para complementar a investigação, foram feitos uma espirometria (normal) e uma tomografia computadorizada de tórax que mostrou espessamento pleural e calcificações pleurais, calcificação pericárdica, espessamento septal interlobular com bronchiolectasias de tração bibasais. A revisão da biópsia de fragmentos de pericárdio mostrou pericardite crônica com densa calcificação. A história de exposição a amianto, o achado de lesões pleuro pulmonares características da asbestose e a exclusão de outras causas para pericardite possibilitaram o diagnóstico de doença pericárdica por asbestos. **Discussão:** O diagnóstico diferencial de fibrose pericárdica inclui exposição a asbesto, tuberculose, infecções, sarcoidose, doenças do tecido conectivo e trauma. Com exceção da exposição a asbesto, nenhum desses foi relacionado ao nosso paciente. **Conclusão:** A pericardite relacionada ao asbesto, ainda que rara, é reconhecida como provável complicação extra pulmonar da asbestose. Nesse contexto a pericardite é incomum. Quando encontrada, vem acompanhada de doença pleural e ocasionalmente de outros achados patológicos compatíveis com asbestose.

P0190 QUESTIONÁRIO PARA DETECÇÃO DE ASMA RELACIONADA AO TRABALHO: AVALIAÇÃO DE SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE

ROSEANE DURÃES CALDEIRA1; UBIRATAN DE PAULA SANTOS2; MARIO TERRA FILHO3; ELCIO OLIVEIRA VIANN4

1,4.HCFMRP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2,3.INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; QUESTIONÁRIO; TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO

Introdução: A asma relacionada ao trabalho (ART) resulta em sérias consequências sócio-econômicas. Apesar disso, muitos casos não são diagnosticados. Questionários têm sido utilizados para avaliar a prevalência de asma por ser método de baixo custo. Porém, é necessário aprimorar os questionários disponíveis dirigindo-os para asma ocupacional. É importante

que as questões sejam testadas quanto à sensibilidade e especificidade. **Objetivos:** O objetivo desse estudo foi desenvolver e avaliar a sensibilidade e especificidade de um questionário para triagem de indivíduos com suspeita de ART. **Métodos:** Foram selecionados indivíduos com sintomas respiratórios ou asma, suspeitos de ART. O total de 174 indivíduos, de ambos os sexos, se qualificaram e preencheram o questionário. Destes, 78 completaram o protocolo o qual compreendia: espirometria, medidas de pico de fluxo expiratório e teste de broncoprovocação com metacolina, ambos realizados no período de férias e trabalho. **Resultados:** 37 indivíduos foram diagnosticados como ART (grupo ART confirmada) e 41 indivíduos foram considerados grupo controle (diagnóstico de asma descartado). As questões “presença de sibilos, dispnéia, perda da voz, espirros e asma no trabalho atual” “mudança de emprego por razões de saúde” “asma diagnosticada pelo médico” “início dos sintomas na segunda – feira” “asma na infância e trabalhar em ambiente fechado ou pouco ventilado ou em ambiente ventilado com ar condicionado” demonstraram associação com ART pela análise logística múltipla, constituindo um escore (um ponto por questão positiva). Escore ≥ 3 pontos foi considerado questionário positivo. Pela curva ROC, com essa pontuação, o questionário demonstrou sensibilidade de 0,9 e especificidade de 0,6. Essas questões tiveram índice de reprodutibilidade Kappa satisfatório, de 0,8 a 1,0. **Conclusão:** O questionário demonstrou sensibilidade e especificidade satisfatórias e pode ser considerado para triagem de indivíduos com suspeita de ART.

PO191 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA E SARCOIDOSE PULMONAR – PRIMEIRO CASO NA LITERATURA DA AMÉRICA LATINA

JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; THIAGO THOMAZ MAFORT; ANA CAROLINA ARAUJO; STELLA GONÇALVES LUCENA; VINICIUS DE LEMOS SILVA; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; ROGÉRIO RUFINO

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA; GRANULOMA

Introdução: A sarcoidose é uma doença sistêmica, inflamatória, com formação granulomatosa e atores celulares bem definidos, macrófagos, linfócito T auxiliares e células epitelióides. **Relato de Caso:** Homem de 56 anos, há 13 anos em acompanhamento de sarcoidose, corticóide dependente, hipertenso e diabético não-insulino dependente. Há um mês com febre, dispnéia progressiva associada a síndrome consuptiva. Notava-se icterícia e hepatoesplenomegalia. Realizou culturas, sorologias, além da reavaliação da atividade da sarcoidose. Os achados de imagens foram compatíveis com as obtidas anteriormente. As culturas e as sorologias para as doenças infecciosas, reumáticas e HIV foram negativas. Os exames laboratoriais mostravam ferritina sérica acima de 1000 ng/mL e bicitopenia (anemia e plaquetopenia). Foi realizado aspirado de medula óssea (MO), que demonstrou numerosos hemofagócitos, caracterizando a síndrome de ativação macrofágica (SAM) ou hemofagocítica (SHF). Iniciado dexametasona sem sucesso. **Discussão:** A SHF é uma complicação rara das doenças reumáticas, virais e neoplásicas hematológicas (linfomas), caracterizada pela ativação de macrófagos e histiócitos na medula óssea e em outros sistemas reticulo-endoteliais levando a fagocitose de eritrócitos, leucócitos, plaquetas e de seus precursores. Clinicamente, caracteriza-se

por febre, hepatoesplenomegalia e bi ou pancitopenia, como no caso descrito. A literatura da SHF ainda é restrita inclusive sem consenso em sua designação: SHF, SAM ou síndrome hemofagocítica linfohistiocitose. O sucesso da proposta terapêutica para SHF depende da doença básica, sendo alcançada a remissão do quadro em até 80% das séries reumáticas. O tratamento pode ser feito com ciclosporina ou corticóides em altas doses, ou ainda, de acordo com o protocolo HLH-2004, associando dexametasona, etoposide, ciclosporina e metotrexato intratecal. **Conclusão:** Este é o primeiro caso descrito na literatura da América Latina da associação sarcoidose e SHF.

PO192 GRANULOMA HIALINIZANTE PULMONAR ASSOCIADO À TIREOIDITE DE RIEDEL – RELATO DE CASO E REVISÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS

RENATA CRISTINA TEIXEIRA PINTO VIANA; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; RENAN ANDRÉ PÉRSIO; MARIA FERNANDA LAZZAROTTO; PABLO MORITZ; RAFAEL JOSE SILVEIRA; GIANFRANCO LUIGI COLOMBELI; LAIZA CARLA DOS SANTOS GIVAROTI

HU-UFSC, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMA HIALINIZANTE PULMONAR; TIREOIDITE DE RIEDEL; GRANULOMA

Introdução: Os granulomas hialinizantes pulmonares (GHP) são nódulos pulmonares fibrosantes benignos, de baixa incidência, em torno de 70 casos relatados na literatura, e ainda sem etiologia definida. Geralmente os pacientes são assintomáticos ou oligossintomáticos, sendo diagnosticados ao acaso em exames radiológicos de rotina. Têm excelente prognóstico e encontram-se associados a fenômenos de auto imunidade em grande parte dos casos, dentre eles a tireoidite de Riedel (doença fibroinflamatória da tireóide), a fibrose mediastinal e a fibrose retroperitoneal. Trata-se de entidade pouco conhecida e abordada, gerando dificuldade no momento do diagnóstico. **Métodos:** Relato de um caso de Granuloma Hialinizante Pulmonar associado à tireoidite de Riedel. **Resultados:** Paciente feminina, 50 anos, costureira, procedente de Curitiba-SC, foi admitida com história de há 4 anos ter apresentado uma alteração na radiografia de tórax durante avaliação pré-operatória. Negava sintomas respiratórios, emagrecimento ou outras queixas. Referia rouquidão há cerca de 5 anos. Relatava ser portadora de hipotireoidismo pós tireoidite de Riedel diagnosticada há 5 anos, em seguimento com endocrinologista. Referia hipertensão arterial sistêmica há 8 anos. Negava história de tuberculose pulmonar. Ex-tabagista 19 anos/maço. O exame físico encontrava-se dentro dos padrões da normalidade, exceto a palpação de tireóide, a qual se encontrava aumentada de volume, maior a esquerda, de consistência endurecida difusamente. Os exames laboratoriais não apresentavam alterações. Apresentava ultrassonografia de tireóide (05/05/06) que evidenciava presença de massa em lobo esquerdo, medindo 2,5 cm que se aderiu ao tecido muscular e, duas biópsias de tireóide (04/10/05 e 03/02/09): tecido fibroconjuntivo com fibrose tecidual, compatível com o diagnóstico de tireoidite de Riedel. Apresentava ainda tomografia computadorizada (TC) de tórax (Abril de 2008) que evidenciava opacidades nodulares no LSD, LID e LM, ultrapassando os limites cisurais, associadas a linfonodomegalias ipsi e contralaterais. Videobroncoscopia (Abril de 2008): sinais de bronquite crônica, sem outras alterações, com lavado broncoalveolar: BAAR negativo,

cultura para fungos e BAAR negativas. PAAF de Tórax guiada por TC (Abril 2008): Negativa para células neoplásicas e *Actinomyces* sp. Durante a internação foi realizada nova TC de Tórax (03/03/10): Consolidações com aspecto de massa no LSD, LID e LSE, associadas à linfonodomegalias mediastinais em cadeias 2R/I e 4R/L. Realizada corebiópsia guiada por TC: presença de granuloma associado a arranjo lamelar do tecido conjuntivo hialino. Realizada biópsia a céu aberto que demonstrou Granuloma Hialinizante Pulmonar. Conclusão: Apesar de representar uma patologia rara, o GHP deve ser lembrado nos diagnósticos diferenciais de nódulos pulmonares, especialmente quando houver alguma associação a fenômenos de auto imunidade como, por exemplo, a tireoidite de Riedel.

PO193 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SARCOIDOSE NO RIO DE JANEIRO

VINICIUS DE LEMOS SILVA; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; THIAGO THOMAZ MAFORT; PAULA BARROSO ARAÚJO; ROGÉRIO RUFINO; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; EPIDEMIOLOGIA; GRANULOMA

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica que sofre importante influência genética na determinação das características clínicas e prognósticas. Estima-se que a prevalência desta doença no Brasil seja abaixo de 10/100.00 habitantes, mas não existe estudo avaliando as diversas regiões do país. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos pacientes com sarcoidose acompanhados no ambulatório de um Serviço de referência. **Métodos:** Estudo observacional, de coorte, prospectivo, não randômico, dos pacientes com diagnóstico histológico de sarcoidose e em acompanhamento no ambulatório desde 2008. Todos os pacientes concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido e um questionário de 24 perguntas foi realizado por três pessoas. O tamanho da amostra considerada para a cidade do Rio de Janeiro foi de 63 =95%). □ **pacientes (Resultados):** Foram analisados os dados de 91 pacientes, todos com diagnóstico histológico de sarcoidose, 55 pacientes do sexo feminino (60,4%), e idade média de 43+11,8 anos. O período de tempo de acompanhamento no ambulatório foi de 10,1+7,1 anos. Quanto à ocupação profissional, observamos o predomínio de funções administrativas ou mulheres dedicadas às atividades do lar. No entanto, notamos a presença de 5 bombeiros e 3 cabeleireiros. O principal sítio de acometimento foi o pulmonar (61 pacientes, 67%), seguido por cutâneo (37,3%) e linfonodal (24,5%). Assim, estes também foram os principais locais com biópsia positiva determinante do diagnóstico. Considerando a etnia auto-referida, apenas 21 (23,1%) se consideraram brancos. Quanto aos sintomas apenas 9 pacientes (9,9%) eram assintomáticos na época do diagnóstico. Os principais sintomas eram dispnéia (30,7%), artralgia (15,3%) e tosse (14,3). Apesar da faixa etária dos pacientes, a co-existência de outras doenças foi frequente, ocorrendo em 82 pacientes (90,1%). Algumas doenças foram diagnosticadas durante o acompanhamento e podem estar relacionadas ao uso de corticóide, como hipertensão arterial sistêmica (23%), diabetes mellitus (15,3%), catarata (3,3%), glaucoma (3,3%) e osteoporose (3,3%). A maioria dos pacientes (45%) tinha comprometimento pulmonar e ganglionar na época do diagnóstico, configurando padrão radiográfico no estágio II. Outros 18 (19,8%) pacientes

estavam no estágio I, 17 (18,7%) no estágio III e 14 (15,4%) apresentavam radiografia de tórax normal. O estágio IV foi o menos freqüente, ocorrendo em 2 pacientes na época do diagnóstico. A maioria (78 pacientes, 85,7%) utiliza ou já utilizou corticosteróides. Destes, 12 são dependentes de doses baixas de prednisona. Outros tratamentos já utilizados incluem imunossuppressores (10,9%), cloroquina (3,2%), talidomida (1%) e pulsoterapia com metilprednisolona (1%). **Conclusão:** Apesar da miscigenação da população brasileira, especialmente da região metropolitana do Rio de Janeiro, observamos que os dados epidemiológicos da população estudada são comparáveis aos da literatura internacional.

PO194 GRANULOMA HIALINIZANTE – RELATO DE UM CASO

LEANDRO CESAR SALVIANO; ADRIANA IGNÁCIO DE PÁDUA; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ; WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA; FELIPE BORGES DO REIS; FELIPE MAGALHÃES FURTADO; SIMONE GUSMÃO RAMOS; RAFAEL DINIZ DUARTE FMRP USP HCRP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMA; HIALINIZANTE; PULMÃO

Identificação: AMR, 47 anos, natural de Lins, procedente de RP, branca, casada, do lar.

Paciente iniciou seguimento na pneumologia em outubro de 2005 após achado radiológico de nódulos pulmonares em avaliação pré-operatória de colecistectomia. Assintomática respiratória. HPP: Doença de Chagas (megaesôfago chagásico), tireoidectomia parcial em 1982 (nódulo), gravidez tubárea em 1984, herniorrafia incisinal em 1996, lesões cutâneas eritemato-nodulares dolorosas desde 2000 em mmss em investigação desde 2000, gastrectomia a BII em 2002 (pólipo fibrinóide), nega tabagismo ou patologias pulmonares prévias. HFAM:NDN EXAMES: 1-Broncoscopia árvore brônquica D sem alterações e árvore brônquica E com redução da luz do segmento ápico-posterior do BLSE em aproximadamente 50%, LBA negativo para bk e fungos, BX:ausência de malignidade no material examinado. 2-CIE fungos : não reagente. PPD: não reator BX pele: Dermatite crônica superficial inespecífica e mínima. Bx pulmonar a céu aberto: granuloma hialinizante causado por micobacteriose. Pequenos focos de proliferação de células neuroendócrinas (carcinóide tumorlets). A coloração de ziehl-neelsen evidenciou presença de alguns baar na área de fibrose. Coloração de fungos resultou negativa. Relatamos o caso de uma paciente de 47 anos, assintomática respiratória, encaminhada para o nosso serviço após achado radiológico de massas pulmonares bilaterais em avaliação pré operatória de colecistectomia eletiva. Negava tabagismo, tinha antecedente de megaesôfago chagásico grau II e referia apenas o aparecimento de lesões cutâneas eritemato nodulares dolorosas em mmss, cuja biópsia de pele revelou dermatite crônica superficial inespecífica. Após extenuante investigação, foi submetida a BX pulmonar a céu aberto cujo diagnóstico foi granuloma hialinizante associado a micobacteriose. Granulomas hialinizantes são lesões fibrosantes raras, de característica benigna e de etiologia desconhecida. Aproximadamente metade dos pacientes tem fenômenos auto-ímmunes associados ou exposição a antígenos micobacterianos ou fúngicos e radiologicamente se apresentam sob a forma de múltiplos nódulos. Ressaltamos a importância do caso devido a sua raridade e a necessidade da inclusão deste diagnóstico em pacientes com múltiplas lesões nodulares do pulmão.

PO195 SARCOIDOSE EM PACIENTE IDOSO: RELATO DE CASO

CARLA SOUZA PEREIRA; EDSON GARRIDO DOS SANTOS JACINTHO; ALCIMAR NUNES PINHEIRO; RENATO AGUIAR HORTEGAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: IDOSO; SARCOIDOSE; RESPIRATÓRIO

Introdução: A sarcoidose é uma doença granulomatosa de causa desconhecida que se caracteriza, histopatologicamente, pela presença de granulomas não caseosos nos órgãos envolvidos. É mais freqüente entre adultos jovens, tendo cerca de 70% dos pacientes entre 20 e 40 anos. **Objetivos:** Descrever um caso de sarcoidose em paciente idosa. **Métodos:** Investigação clínica e laboratorial de paciente com quadro clínico sugestivo de sarcoidose. Paciente D.A.A., sexo feminino, 68 anos, parda, natural de Buriti dos Lopes-PI e residente em Tiambaúba-MA, viúva, lavradora, analfabeta. Paciente admitida no serviço de Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra em São Luís-MA com queixa de dispnéia aos médios esforços há dois anos associada à tosse seca. Relatava ainda perda ponderal de cerca de dez quilos, astenia e artralgia. Referia tabagismo e etilismo por 20 anos, litíase renal e passado de tuberculose. Ao exame físico estava com estado geral comprometido, emagrecida, taquipnéica, hipocrada(+++/4), desidratada (++/4), ausência de baqueteamento digital, anictérica, acianótica e deambulando com dificuldade. FC: 112, PA:126x70mmHg, f: 28ipm e tax:37,6 ° C. Aparelho cardiovascular e gastrointestinal sem alterações dignas de nota e aparelho respiratório com murmúrio vesicular diminuído com creptos difusos. Durante a evolução, exames laboratoriais como hemograma, VHS, função renal e bioquímica mostraram uma anemia normocítica normocrômica, hipercalcemia e creatinina sérica elevada. Outros exames como pesquisa para BK e fungos no escarro, Elisa anti-HIV e hemoculturas foram negativos. A radiografia de tórax revelou infiltrado interstício-alveolar difuso e a tomografia de tórax confirmou infiltrado intersticial difuso nos pulmões, focos esparsos de bronquiectasias, espessamento pleuro-parietal irregular bilateral com nódulos sub-pleurais e linfonodomegalias nos hilos pulmonares e mediastino. Decidiu-se então submeter a paciente a uma biópsia pulmonar por toracoscopia para definição diagnóstica. **Resultados:** O histopatológico revelou processo inflamatório crônico granulomatoso sem necrose caseosa associada (pesquisa de fungos e BAAR negativos) e presença de área com estrutura compatível com corpo de schaumann com calcificação concêntrica laminada. Logo, a paciente iniciou corticoterapia, evoluiu com melhora dos sintomas respiratórios e do estado geral. Investigou-se também lesões em outros órgãos pela sarcoidose e constatou-se esplenomegalia e doença renal crônica estágio IV. **Conclusão:** Mesmo em pacientes idosos que vivem num país onde a tuberculose é bastante freqüente, outros diagnósticos devem ser lembrados para casos de sintomas respiratórios de longa data e com queda importante do estado geral.

PO196 SARCOIDOSE – SÍNDROME DE LÖFGREN

EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; CÁSSIO RAFAEL DE MELO; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA; CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA; PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; CAROLINA FERNANDES MACEDO; FERNANDA DATRI BACCELLI; ROSALI TEIXEIRA DA ROCHA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LÖFGREN; ERITEMA NODOSO; LINFOADENOMEGLIA

Introdução: Doença multissistêmica granulomatosa, acomete principalmente pulmão e sistema linfático. Incidência de 0,85% para brancos e 2,5% para negros, mais freqüente em mulheres, adultos jovens. Etiologia desconhecida, associação com mecanismos genéticos, exposição (berílio) e vírus. A síndrome de Löfgren acomete 20-30% dos indivíduos na fase inicial, consiste na associação de eritema nodoso, febre, adenopatia hilar bilateral, artralgia. **Resumo caso:** CEF, 28 anos, masculino, natural de São Paulo, procedente de Manaus há 10 anos, solteiro, estudante, admitido no Hospital São Paulo com história de dispnéia aos grandes esforços, febre diária vespertina, artralgia de grandes articulações, tosse seca, hiperemia e edema de MMII iniciado há 20 dias; associado a perda de 6 Kg. Negava antecedente de pneumopatias prévias, diabetes, contato com tuberculose, outras comorbidades. Tabagista 10 anos/maço, negava etilismo. Ao exame se encontrava em regular estado geral, corado, febril Tax:38 °C, FC:112, f:22 ipm, Pa:120/80 mmHg, SpO2: 98% (AA), ausência de linfadenomegalia palpável, presença de nódulos hiperemiados, endurecidos, dolorosos em ambos MMII. Quando o quadro inicia com eritema nodoso, febre, linfadenomegalia mediastinal anuncia um curso auto limitado; porém quando há comprometimento parenquimatoso a resposta ao tratamento é desfavorável. O diagnóstico se faz com sinais clínicos associado a histologia (granuloma de células epitelióides não caseoso). O pulmão é envolvido em 90% dos casos e o seu comprometimento está relacionado com o prognóstico, conforme estágio envolvido, pode haver comprometimento de outros órgãos como pele, fígado, articulações, e alteração laboratorial como hipercalcemia, ECA. Tratamento com corticóide por 12 – 24 meses, ou agentes citotóxicos para casos refratários.

Ap resp: MV+ ausência RA

Ap CV: BRNF em 2t

Ap GI: abdome livre, RHA+

Rx de Tórax: opacidade hilar a direita

TC de tórax: presença de linfadenomegalias mediastinais (hilar bilateral), opacidade em

Broncoscopia: pequena quantidade de secreção, clara, realizado LBA pesquisa de BAAR-, fungos -, cultura-

Biópsia TB: inflamação crônica granulomatosa sem necrose

Biópsia de pele: eritema nodoso

Exames laboratoriais: hipercalcemia

Conclusão: O curso e prognóstico da doença é variável.

PO197 HISTOPLASMOSE EM TRANSPLANTADO RENAL: RELATO DE CASO

JOÃO BATISTA CARLOS DE SÁ FILHO; EDSON GARRIDO DOS SANTOS JACINTHO; SAULO ARRAES DOS SANTOS JACINTHO; MARIA INÊS GOMES DE OLIVEIRA; TERESA CRISTINA ALVES FERREIRA; JOVELINE DE AMORIM COSTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUÍS, MA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; DISSEMINADA; TRANSPLANTADO RENAL

Introdução: A histoplasmoze é uma micose sistêmica causada por esporos do fungo *Histoplasma capsulatum*, encontrados em solos contaminados com fezes de aves e morcegos. A exposição inicial é inalatória sendo o pulmão o órgão, predominantemente, acometido com várias

formas de apresentação, aguda, crônica e disseminada. A forma disseminada é apresentação comum em indivíduos imunocomprometidos. **Objetivos:** Descrever um caso de histoplasmose em paciente imunocomprometido. **Métodos:** Investigação clínica, laboratorial e imaginológica em um paciente com quadro clínico sugestivo de histoplasmose. Apresentamos o caso de um paciente de 25 anos transplantado renal há 10 meses de doador vivo, em esquema imunossupressor (tacrolimus, prednisona, micofenolato de mofetil) que evoluiu com febre, mialgia, cefaléia, diarreia, sudorese profusa, hepatoesplenomegalia e pancitopenia há 7 dias da internação no serviço de Transplante Renal do Hospital Universitário Presidente Dutra em São Luís-MA. A radiografia e tomografia computadorizada de tórax evidenciavam área focal com consolidação parenquimatosa com halo em vidro fosco no lobo superior direito segmento posterior e linfonodomegalia difusa no mediastino e hilo pulmonar à direita. O paciente relatava contato com pássaros em sua residência. Foi submetido à biópsia excisional de linfonodo mediastinal e mielograma. **Resultados:** O mielograma apresentava medula óssea com eosinofilia, histiocitose, hiperplasia megacariocítica e formas parasitárias sugestivas de infecção fúngica. O histopatológico demonstrou Linfadenite crônica granulomatosa, com focos de necrose e presença difusa de macrófagos repletos de parasitas, consistente com Histoplasmose, pesquisa para fungos PAS +. O paciente foi tratado por duas semanas com Anfotericina B, ainda em seguimento por um ano com Itraconazol, com resolução do quadro sem danos a função do enxerto renal. **Conclusão:** Pacientes imunocomprometidos que ao longo de dias evoluem com febre, hepatoesplenomegalia, adenomegalias, citopenias e, freqüentemente, diarreia é imperioso pensar na Histoplasmose Disseminada como hipótese diagnóstica.

PO198 NEM TODA CAVITAÇÃO É TUBERCULOSE

LUANA DE SOUZA ANDRADE; ROBERTA FITTIPALDI PALAZZO; ROGÉRIO VILELA RODRIGUES; MARIA MANUELA PITANGA; LEONARDO PALERMO BRUNO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO/INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMATOSE LINFOMATÓIDE; CAVITAÇÃO; VÍRUS EPSTEIN BARR

Granulomatose Linfomatóide (GL) é uma doença rara, caracterizada por uma lesões linfoproliferativas, que teve sua primeira descrição em 1972 por Liebow et al. Hoje, sabe-se que essa proliferação é clonal de células B e pode estar associada ao vírus Epstein Barr (EBV) em até 70% dos casos. Pode acometer qualquer órgão havendo predomínio nos pulmões, seguidos da pele e do sistema nervoso central. Os sintomas pulmonares podem ser tosse, dispnéia e dor torácica. As imagens radiológicas pulmonares caracterizam-se por múltiplos nódulos bilaterais, podendo formar grandes opacidades, as quais podem cavar. Caso 1 - 50 anos, branca, solteira, doméstica, natural do CE. Iniciou o quadro no mês antecedente ao primeiro atendimento médico com tosse seca, febre aferida 39°C e dor pleurítica em HTD. Raio X tórax mostrava opacidades em lobo superior direito. Em seguida realizou TC tórax que evidenciava dois nódulos escavados em lobo superior direito e um nódulo escavado em lobo inferior esquerdo. A broncoscopia foi normal, com inventários microbiológico e citológico negativos.

Encaminhada para biópsia pulmonar com histopatológico positivo para carcinoma bronquíolo-alveolar. Nesse momento, a paciente foi referenciada ao nosso Hospital para revisão de lâmina do histopatológico, já que o quadro clínico-radiológico não era sugestivo de carcinoma bronquíolo-alveolar. Revisão de lâmina da biópsia pulmonar foi compatível com GL grau I não associada ao EBV. Após o diagnóstico, paciente teve uma curva ascendente de melhora clínica, sem necessidade de quimioterapia, ficando assintomática 6 meses após a biópsia pulmonar. Foi feito TC tórax de controle seis meses após a primeira tomografia com desaparecimento das lesões pulmonares. No momento, encontra-se assintomática e em acompanhamento ambulatorial no setor de pneumologia e hematologia do HUCFF. Caso 2 - 35 anos, negra, faxineira, natural do Rio de Janeiro. Paciente assintomática em pré-operatório de mamoplastia redutora, apresentou alterações radiográficas que motivaram solicitação de Tc tórax que evidenciou múltiplas opacidades parenquimatosas com broncograma aéreo em ambos os pulmões, sendo uma localizada no segmento superior do LID com cavitação. A broncoscopia foi normal, com inventários microbiológico e citológico negativos. Realizada então biópsia pulmonar cirúrgica, com o diagnóstico de GL grau I associado ao EBV. Após diagnóstico teve acompanhamento no ambulatório de pneumologia e hematologia no HUCFF e não necessitou de quimioterapia. Após um ano do diagnóstico repetiu TC tórax que mostrou melhora parcial das imagens pulmonares. **Conclusão:** Os dois casos descritos foram de GL pulmonar grau I, um estava associado ao EBV e outro não. Ambos não necessitaram de terapia específica tendo sido feito apenas acompanhamento clínico com boa evolução da doença.

PO199 NOCARDIOSE PULMONAR EM PACIENTES NÃO IMUNOSSUPRIMIDOS

JOSÉ ROBERTO PEREIRA DA FONSECA; VALDÉRIO DO VALLE DETTONI; ANA MARIA CASATI NOGUEIRA DA GAMA; FLÁVIA LAGROTA CAZARIM; ANDRÉ LUIZ DA FONSECA POTRATZ; CAROLINA CAETANO CONOPCA; GIULIA CERUTTI DALVI

UFES, VITÓRIA, ES, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NOCARDIOSE; NOCARDIA OTTIDISCARIUM; NÃO-IMUNOSSUPRIMIDOS

Introdução: Relatamos dois casos de pacientes com nocardiose pulmonar sem comorbidades ou imunossupressão. **Relato de Casos:** Caso 1: Mulher, 71 anos, dislipidêmica, sem outras comorbidades. História de tosse seca há 5 anos evoluindo para produtiva com secreção amarelada; perda de 15 Kg e adinamia há 1 ano. Nega febre, sudorese ou contato prévio com portadores de tuberculose (TB). Exame físico normal. RX de tórax: infiltrados peribronquiais bilaterais e nódulo cavitado no lobo superior direito. Exames de escarro, BAAR e culturas para micobactérias e fungos negativos. Espirometria: distúrbio obstrutivo. Broncofibroscopia: secreção purulenta abundante em traquéia e brônquios fontes, e bronquiectasias difusas. Cultura de lavado broncoalveolar: actinomiceto aeróbio, BAAR fracamente positivo sugestivo de Nocardia. Outras culturas negativas. Exame direto: cocos gram positivos aos pares e correntes curtas, bacilos Gram-positivos finos e ramificados. Realizado tratamento com doxiciclina por 6 meses (alergia a sulfonamidas), houve recuperação completa e ganho ponderal de 12,7kg. Caso 2: Mulher,

60 anos, sem comorbidades. História de tosse diária há 2 anos. Exame físico normal. TC de tórax: lesões cavitárias de paredes espessas à direita, nódulos e brônquios espessos, linfonodomegalia pré-carinal. Após terapia empírica para TB, quadro clínico persistiu. Evolução desfavorável: perda ponderal de 6kg/ 3 meses, palidez cutânea, piora da tosse, hemoptises leves, expectoração purulenta, febre intermitente. Nova TC de tórax: múltiplas lesões à esquerda (infiltrado tipo árvore em brotamento, bronquiectasias). Broncofibroscopia: secreção purulenta traqueal, estreitamento em fenda no lobo médio, deformidades inflamatórias e bronquiectasias. Espirometria: distúrbio misto moderado. Evoluiu bem após uso de claritromicina e doxiciclina, mas voltou a apresentar febre intermitente, tosse e hemoptise, persistindo lesões cavitárias pulmonares. Realizada lobectomia superior direita e média. Histopatologia: inflamação crônica granulomatosa tuberculóide com necrose caseosa. Imunodifusão negativa para *Aspergillus*. Cultura de fragmento pulmonar: *Nocardia otitidiscaviarum*. Tratada com doxiciclina (alergia a sulfonamidas) por 6 meses com remissão completa dos sintomas e ganho ponderal. Discussão: Embora incomum, nocardiose pode ser grave em pacientes imunossuprimidos. Manifesta-se por pneumonia subaguda e perda ponderal. É negligenciada pela confusão com outras doenças granulomatosas ou neoplasias, sobretudo quando paciente não preenche critérios de risco como nos casos relatados. Suspeição clínica em casos atípicos e propedêutica diagnóstica adequada evitam complicações tardias da infecção e reduzem o risco de óbito.

P0200 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA SECUNDÁRIA AO USO PROLONGADO DE NITROFURANTOÍNA

SIBELE KLITZKE¹; STÉFANIE MÜLLER DOS SANTOS²; MARTINA BORTOLON³; JANAINA PILAU⁴; LUIS AMAURI DA SILVEIRA PALMAS^{1,2,3,5}. FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL; 4.HOSPITAL DA CIDADE, PASSO FUNDO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA EOSINOFÍLICA CRÔNICA; NITROFURANTOÍNA; CORTICOTERAPIA

Introdução: A nitrofurantoína é um agente antibacteriano comumente utilizado de forma crônica na terapia supressiva de infecções recorrentes do trato urinário. O seu uso, apesar de amplamente difundido no meio médico, não é isento de riscos. Entre os seus efeitos adversos está a pneumonia eosinofílica crônica (PEC), entidade rara, caracterizada por um quadro insidioso de febre baixa, dispnéia progressiva e tosse. **Relato de Caso:** Paciente feminina, branca, de 68 anos, não tabagista, procurou atendimento médico com queixa de tosse seca há 6 meses, mais intensa durante o dia e aos esforços, acompanhada de dispnéia progressiva e perda de peso (7kg em 6 meses). Na história patológica pregressa, destacava-se o relato de episódios recorrentes de infecção urinária, cujo manejo incluía profilaxia com nitrofurantoína. O exame físico era normal. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou infiltrado intersticial alveolar difuso e homogêneo em lobos superiores e inferiores. Testes de função pulmonar demonstraram distúrbio ventilatório restritivo leve. Foi realizada biópsia pulmonar para estudo histopatológico, que confirmou o diagnóstico de PEC ao evidenciar hiperplasia septal inflamatória e eosinofilia acentuada. Considerando-se que os achados anatomopatológicos poderiam estar associados a uma reação à nitrofurantoína, essa medicação foi suspensa,

e iniciou-se a corticoterapia com prednisona, 40mg dose/dia, apresentando boa resposta clínica em um período de três meses. O tratamento foi mantido por oito meses, com posterior regressão progressiva da dose de prednisona, até a sua suspensão completa. TC de controle evidenciou melhora radiológica progressiva e os testes de função pulmonar apresentaram-se com os parâmetros dentro da normalidade. Como evidenciado no caso, a PEC é caracterizada por infiltração alveolar e intersticial eosinofílica, que pode ser secundária a causas conhecidas - drogas, parasitas e doenças autoimunes - ou pode ser idiopática. Afeta predominantemente a faixa etária dos 40-55 anos e o sexo feminino. Os testes de função pulmonar revelam padrão restritivo, com hipoxemia e baixa difusão de monóxido de carbono. Assim como ocorreu com a paciente, a melhora dos sintomas geralmente se dá alguns meses após a droga ser descontinuada, podendo ou não haver regressão do espessamento intersticial. Corticoterapia é o tratamento de escolha e a tendência atual é a de suspender a terapia após seis meses nos pacientes sem asma grave, já que esquemas terapêuticos mais prolongados não diminuíram o número de recidivas. **Conclusão:** Ainda que o diagnóstico de PEC induzida pelo uso de nitrofurantoína seja presuntivo e não se possa estabelecer uma relação causal definitiva, fica clara a importância do seu estudo e suspeição diagnóstica, uma vez que, apesar de ter um prognóstico favorável, a PEC gera custos elevados para o sistema de saúde e significativa morbidade para os pacientes acometidos.

P0201 ESCLEROSE SISTÊMICA COM DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR ASSOCIADA: AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR NO INTERVALO DE CINCO ANOS

AGNALDO JOSÉ LOPES; DOMENICO CAPONE; MARCOS CÉSAR SANTOS DE CASTRO; THIAGO THOMAZ MAFORT; ROGER ABRAMINO LEVY; ROGÉRIO RUFINO; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESCLEROSE SISTÊMICA; TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Objetivos: Avaliar as alterações da função pulmonar no intervalo de cinco anos em portadores de esclerose sistêmica com doença pulmonar intersticial associada. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo longitudinal, em que foram avaliados 35 pacientes não-tabagistas e sem história de doença pulmonar prévia associada. Na primeira avaliação, os pacientes foram submetidos à espirometria, medida da capacidade de difusão do CO (DLCO) e tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax. Para fins comparativos, os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com a presença ou não de faveolamento na TCAR. Na segunda avaliação, realizada cinco anos depois, os pacientes foram submetidos à espirometria e medida da DLCO. **Resultados:** Dos 35 pacientes estudados, 34 eram mulheres, com média de idade foi de 47,6 anos. O intervalo entre as duas avaliações foi de 60,9 meses. A TCAR demonstrou o faveolamento em 17 casos. No intervalo de cinco anos, a capacidade vital forçada (CVF), o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a DLCO reduziram significativamente ($81,3 \pm 18,2\%$ para $72,1 \pm 22,2\%$, $79,9 \pm 17,8\%$ para $72,5 \pm 20,6\%$ e $74,0 \pm 20,5\%$ para $60,7 \pm 26,8\%$, respectivamente com $p = 0,0001$). No grupo sem o aspecto de favo de mel na TCAR, durante a

primeira avaliação funcional, quatro pacientes tinham redução da CVF e sete apresentavam queda da DLCO. Na segunda avaliação, a diminuição da CVF foi observada em quatro doentes, enquanto 10 tinham queda da DLCO. Quando comparada as duas avaliações, houve diferença estatisticamente significativa em todas as medidas de função pulmonar avaliadas ($p < 0,05$), exceto na relação VEF1/CVF. No grupo com faveolamento na TCAR, durante a primeira avaliação funcional, 15 pacientes tinham redução da CVF e todos apresentavam queda da DLCO. Na segunda avaliação, todos os 17 pacientes mostravam diminuição tanto na CVF quanto na DLCO. Observou-se diferença estatisticamente significativa em todas as medidas funcionais estudadas ($p < 0,05$). Quando comparados os deltas absolutos no intervalo de cinco anos, foram observadas diferenças significativas nas medidas de CVF, VEF1 e DLCO entre os pacientes com e sem faveolamento na TCAR ($p = 0,0001$). **Conclusão:** Na esclerose sistêmica com doença pulmonar intersticial associada, a deterioração da função pulmonar associa-se com a presença de faveolamento na TCAR.

P0202 SHRINKING LUNG DISEASE – RELATO DE 2 CASOS

FREDERICO HOMEM SILVA¹; ELIDIANE MACIEL SOARES²; FERNANDA MELO³; VINÍCIUS SILVÉRIO MACHADO⁴; JULIANA MARKUS⁵; RAIF ANTOUN JUNIOR⁶; BEN HUR BRAGA TALIBERT⁷; THULIO MARQUEZ CUNHA⁸

1,2,3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 8.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/UNIFESP, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SHRINKING LUNG DISEASE ; LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO; DISPNEIA

Introdução: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença auto-imune multissistêmica crônica do tecido conjuntivo, com manifestações caracterizadas por períodos de exacerbação e remissão. Uma complicação pulmonar rara associada ao LES é a síndrome do pulmão encolhido ou Shrinking Lung Disease (SLD) caracterizada por distúrbio ventilatório restritivo na ausência de acometimento parenquimatoso. **Relato dos casos:** Caso 01: Sexo feminino (SF), 27 anos, diagnosticado LES em 2001 por quadro cutâneo-articular, FAN positivo (Anti-DNA), homogêneo. Em 2002 evoluiu com proteinúria nefrítica, constada glomerulopatia lúpica IIIC à biópsia renal. Em 2006 houve piora da função renal necessitando de Azatioprina e altas doses de corticosteróides. Em 2009 apresentou pancreatite imuno-mediada; iniciando neste período dispnéia progressiva aos esforços, sem anormalidades ao exame físico. Radiografia de tórax (RXT) revelou elevação de cúpulas diafragmáticas e TC tórax não demonstrou alterações do parênquima pulmonar. Sem evidência de paralisia diafragmática à Radioscopia dinâmica torácica (RDT). Ecocardiograma (ECO) e gasometria arterial (GA) normais. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo grave. Em uso de prednisona com controle clínico. Caso 02: SF, 42 anos, diagnosticado LES em 1994, por acometimento cutâneo-articular, disfunção renal e FAN positivo com padrão nuclear pontilhado fino. Iniciado tratamento com ciclofosfamida e prednisona. Há 1ano apresentou dispnéia progressiva aos esforços com exame físico sem alterações. RXT mostrou pulmões com volume reduzido, sem evidência de acometimento parenquimatoso à TCT. RDT não caracterizou paralisia diafragmática. Apresentava

proteinúria nefrítica, constada glomerulonefrite lúpica grau IIIB à biópsia renal. A Espirometria mostrou distúrbio ventilatório restritivo leve; redução da capacidade aeróbica ao esforço sem sinais de isquemia miocárdica no teste de exercício cardiopulmonar. ECG, ECO e GA normais. Em uso de Prednisona apresentando melhora clínica. **Discussão:** Em geral, SLD ocorre entre 4 meses a 24 anos após a manifestação do LES. A patogênese é controversa. A teoria mais aceita postula uma miopatia primária dos músculos diafragmáticos. O tratamento da SLD não está definido; corticosteróides, imunossuppressores, beta-agonistas inalatórios, xantinas e digitálicos constituem a base terapêutica. A SLD apresenta bom prognóstico a longo prazo com estabilização ou discreta deteriorização da função pulmonar. Em ambos os casos, a dispnéia foi a principal manifestação. A espirometria mostrou distúrbio ventilatório restritivo; sem evidência de acometimento pleural, vascular, intersticial pulmonar ou cardíaco à investigação realizada. As pacientes foram tratadas com prednisona e imunossuppressores em situações de exacerbação inflamatória. A boa resposta do quadro pulmonar possivelmente associa-se ao controle adequado da doença lúpica.

P0203 DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER – RELATO DE UM CASO

ALESSANDRO DE OLIVEIRA BORGES; MARIA MARGARETE DA SILVA ZEMBRZUSKI; CLARICE GUIMARÃES DE FREITAS; JOÃO VICENTE MOREIRA ALMEIDA; FELIPE XAVIER DE MELO

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ERDHEIM-CHESTER; HISTIOCITOSE NÃO-LANGERHANS; INTERFERON-ALFA

Introdução: A Doença de Erdheim-Chester é uma histiocitose de células não-Langerhans de etiologia desconhecida, que afeta indivíduos de meia-idade, sem predileção por sexo e sem terapêutica padrão estabelecida. Descrita inicialmente em 1930, há cerca de 300 casos publicados na literatura. A Doença de Erdheim-Chester é definida por um infiltrado de histiócitos gordurosos em ossos e tecido conectivo perivascular e adiposo, com achados praticamente patognomônicos de esclerose simétrica em metáfise e diáfise de ossos longos, poupando epífises, e análise imunohistoquímica com histiócitos CD68+, CD1a- e S100-. O espectro clínico é variável, desde infiltração tissular assintomática à falência multissistêmica. O envolvimento extra-ósseo se dá no eixo hipotálamo-pituitária, pulmão, coração, retroperitônio, pele, fígado, rins, baço, tecido periorbitário, mamas e mucosa sinusal. O pulmão é acometido em cerca de 20% dos casos e apresenta-se como infiltrado intersticial difuso, espessamento pleural, espessamento de septo interlobar e fissuras, nódulos centrolobulares e áreas em vidro fosco. **Objetivos:** Descrever um caso de Doença de Erdheim-Chester. **Métodos:** Relato de Caso de paciente em tratamento com interferon-alfa. **Resultados:** Paciente de 59 anos, masculino, asmático, hipertenso, não tabagista, com história de xantogranuloma periorbitário bilateral e exoftalmia há cerca de 10 anos. Submetido a ressecções cirúrgicas e radioterapia local, com resposta parcial. Em investigação de dispnéia aos esforços, apresentava, além da proliferação de tecido conectivo retrobulbar, derrame pericárdico, doença pulmonar intersticial, lesões cutâneas eritematosas pruriginosas, acometimento de ossos longos com esclerose de porção medular em diáfises, poupando epífises, e infiltração de gordura perirrenal. Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo moderado e capacidade vital forçada

reduzida, sem resposta ao broncodilatador. Tomografia computadorizada de tórax com múltiplos micronódulos e espessamento do interstício peribroncovascular. Lesão cutânea com evidência de *Trichophyton*. Revisão da biópsia de lesão ocular evidenciou histiócitos espumosos com positividade para CD68 e negatividade para S100 e CD1a. Foi submetido à drenagem pericárdica, com controle do derrame após uso de 40mg de prednisona. Iniciado tratamento com interferon-alfa 3x106UI, 3x por semana e fluconazol 150mg 1x por semana. Após 1 mês, houve redução da exoftalmia e melhora das lesões cutâneas. **Conclusão:** Modalidades terapêuticas descritas na literatura envolvem esteróides, ciclofosfamida, vinblastina, adriamicina, colchicina, radioterapia e transplante autólogo de células tronco. Duas séries de casos descrevem boa resposta ao uso do interferon-alfa, o que foi observado neste paciente, após 1 mês de tratamento. A doença é rara e a falta de estudos prospectivos são as principais limitações para embasar decisões terapêuticas.

PO204 SARCIDOSE PULMONAR INDUZIDA POR ADALIMUMAB

ROBERTSON RODRIGUES P. JUNIOR¹; GLADIS I YAMPARA²; NICOLAU PEDRO MONTEIRO³; CARLOS ROBERTO M. DE ANDRADE⁴; GRAÇA HELENA M DO CANTO TEIXEIRA⁵; RICARDO J. DOS SANTOS SILVA⁶
1,2,3,4,6.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL; 5.HOSPITAL UNIVERISTÁRIO ANTONIO PEDRO - UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SARCIDOSE PULMONAR; ARTRITE REUMATOIDE; ADALIMUMAB

Introdução: A sarcoidose é uma desordem multissistêmica de causa desconhecida, atinge comumente adultos jovens e de meia idade afetando freqüentemente os gânglios e pulmão. Embora há relatos de sarcoidose induzida por drogas. **Objetivos:** Relatar um caso de sarcoidose pulmonar de aspecto micronodular difuso induzida pelo uso de anti-TNF α (Adalimumab). **Métodos:** Estudo de uma paciente com diagnóstico histopatológico de sarcoidose, analisando-se os sintomas clínicos, radiográficos, procedimento diagnóstico, histopatologia e tratamento. **Resultados:** Relato de Caso: mulher de 61 anos, branca, comerciante aposentada, natural do Rio de Janeiro. Relatava ser portadora de artrite reumatóide desde 2002 fazendo uso de prednisona (5mg/dia), metotrexate e tendo iniciado inibidor de TNF α (Adalimumab) há 2 anos. Em julho de 2009 iniciou quadro de febre baixa diária, perda ponderal progressiva, adinamia, hipoacusia juntamente com paralisia facial periférica, ambas à esquerda. Procurou ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) onde realizou RX e TCAR de tórax evidenciando infiltrado micronodular difuso em ambos hemitóraces, sem evidências de adenomegalias hilares. Foi suspenso o metotrexate e o inibidor do TNF α , e mantido o corticóide com aumento da dose (12,5 mg/dia). Dois meses depois foi encaminhada para internação na pneumologia do HUAP para investigação diagnóstica. Encontrava-se em bom estado geral, normocorada, hidratada, afebril, com paralisia facial periférica à esquerda. PA 120/60mmHg FC 84 bpm FR 20 ipm. MVUA S/RA. RCR 2T BNF Sem sopros. Abdome e membros sem alterações. Cálcio sérico e urinário, ECG, ecocardiograma e exame oftalmológico normais. PPD não reator. BAAR seriados negativos. Espirometria com distúrbio restritivo moderado. Lavado broncoalveolar sem anormalidades com PCR para tuberculose negativa. Nova TCAR revelou diminuição significativa do infiltrado

micronodular difuso. Optou-se por biópsia pulmonar a céu aberto cujo diagnóstico histológico foi compatível com sarcoidose. Paciente recebeu alta hospitalar e encontra-se em acompanhamento conjunto nos ambulatório de pneumologia e reumatologia do HUAP. **Conclusão:** Novas drogas utilizadas no tratamento de artrite reumatóide, como por exemplo: anti-TNF α (Adalimumab), paradoxalmente podem desencadear processo granulomatoso pulmonar. Torna-se necessário conhecer os efeitos adversos dessas drogas que foram recentemente introduzidas no arsenal terapêutico da artrite reumatóide.

PO205 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE SUB AGUDA EM JOVEM COM EXPOSIÇÃO AO MOFO DOMÉSTICO.

GLADIS I YAMPARA; NICOLAU PEDRO MONTEIRO; CARLOS ROBERTO M. DE ANDRADE; GRAÇA HELENA M DO CANTO TEIXEIRA; THIAGO THOMASIN QUIROZ

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE; IMAGEM RADIOLÓGICA.; DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.

Introdução: A pneumonite de hipersensibilidade (PH) ou alveolite alérgica extrínseca constitui um grupo de doenças pulmonares mediadas imunologicamente e causadas pela inalação de partículas orgânicas e inorgânicas. A evolução clínica é variável, pois um único episódio severo pode resultar em seqüelas, enquanto indivíduos com doença aguda e subaguda podem melhorar, apesar da persistência da exposição. **Objetivos:** Relatar um caso de PH com quadro de dispnéia aguda de difícil diagnóstico. **Métodos:** Estudo de uma paciente com diagnóstico histopatológico de PH, analisando-se os sintomas clínicos, os aspectos radiográficos, procedimento diagnóstico, histopatologia e tratamento. **Resultados:** Relato de Caso: Paciente de 17 anos, negra, estudante, natural do RJ. Em dezembro 2008 procurou o Hospital Universitário Antonio Pedro com queixa de dispnéia a médios esforços, perda ponderal de 14 Kg, astenia, anorexia há 6 meses, evoluindo com piora nas últimas 2 semanas associado a tosse seca predominantemente à noite. Negava contato com tossidores crônicos. Morava em casa cujos cômodos eram pouco ventilados, escuros e possuíam paredes infiltradas. Baixa condição socioeconômica. Ao exame: mau estado geral, hipocorada, hidratada, taquidispnéica, uso de músculos acessórios e coragem, acianótica e afebril. PA100/70mmHg FC110bpm FR36ipm. RCR 2T BNF. MVUA S/RA. Sem demais alterações. Exames complementares: hemograma com VHS: 63mm e bioquímica com PCR 5.55mg/dL, demais Resultados dentro dos valores normais, HIV e sorologia para hepatite B e C negativos. Sorologia para doenças fúngicas: aspergilose, histoplasmoze, e paracoccidioomicose negativos, PPD não reator, USG abdominal normal, pesquisa de BAAR negativa, Espirometria: distúrbio restritivo grave, Cálcio sérico e em urina de 24h normais. Lavado broncoalveolar com linfocitose. Rx e TCAR de tórax apresentando infiltrado nodular difuso com áreas de aprisionamento aéreo. Realizada terapia antituberculosa empiricamente durante a fase aguda da doença, enquanto aguardava os resultados dos exames, obteve melhora clínica, mas não radiológica. Para elucidação diagnóstica foi realizada biópsia pulmonar que revelou pneumonite de hipersensibilidade. Suspendeu-se o esquema para tuberculose e iniciou-se corticoterapia 1mg/kg/dia obtendo melhora clínica e radiológica. **Conclusão:** As dificuldades

diagnósticas da PH são atribuídas à apresentação clínica, radiológica e dos demais exames complementares, semelhante a outras doenças intersticiais pulmonares, sendo freqüentemente necessária a biópsia pulmonar para o seu diagnóstico definitivo e a exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais.

P0206 RELATO DE CASO: PNEUMONIA INTERSTICIAL NÃO ESPECÍFICA

LUCAS MOREIRA¹; FABIO MARCELO COSTA²; DHIANCARLO GEISER³; CARLA BARTUSCHECK⁴; TATIANA KOPEINING⁵; MARIANA SPONHOLZ ARAÚJO⁶; LEDA MARIA RABELO⁷; LÍDIA IZABEL VAZ⁸

^{1,2,3,4,7,8}.HC-UFRP, CURITIBA, PR, BRASIL; ⁵.HUC-PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL; ⁶.HUC PR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PINE; PNEUMONIA INTERSTICIAL; FIBROSE PULMONAR

Introdução: Pneumonia intersticial não específica (PiNE) faz parte do grupo das pneumonias intersticiais idiopáticas. É a segunda forma de pneumonia intersticial mais comum, sendo associada a várias condições clínicas como: collagenoses, infecção por HIV, PH e doença pulmonar induzida por medicamentos. **Objetivos:** Relatar um caso clínico de PINE. **Métodos:** descrição do caso e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 51 anos, há 2 anos refere dispnéia com piora progressiva, atualmente ao repouso. Refere tosse seca, astenia e sibilância eventuais. Ex- tabagista de 4 cigarros por dia durante 01 ano e meio. Ao exame físico apresenta PA de 120/80, FC: 120, FR: 40 e Spo₂: 56-70%. Ausculta pulmonar revela diminuição do murmúrio vesicular em todo tórax. Discreto edema de membros inferiores. TCAR de tórax mostra extensas áreas de vidro fosco; infiltrado reticular com predomínio periférico e basal; com bronquiectasias de tração e áreas de espessamento peribroncovascular; áreas de baixa atenuação do parênquima pulmonar com pobreza vascular e aprisionamento aéreo. Ecocardiograma com aumento das câmaras direitas e PSAP: 89 mmHg, fração de ejeção de 66%. Espirometria com distúrbio misto e distúrbio difusional grave. Anticorpos para collagenoses negativos, ANCA negativo e gasometria arterial com hipoxemia grave e gradiente A-a elevado. Realizado fibrobroncoscopia com LBA contendo 35% de neutrófilos, 25% de linfócitos, 40% de eosinófilos e 36% de macrófagos. Biópsia pulmonar aberta revela fibrose extensa com acometimento difuso, focos de infiltrado inflamatório linfoplasmohistiocitário, hiperplasia alveolar, macrófagos intra-alveolares e ocasionais focos fibroblásticos. Achados compatíveis com pneumonia intersticial de padrão não específica, variante fibrosante. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial com oxigenoterapia domiciliar contínua. **Conclusão:** A PINE foi descrita para caracterizar casos de pneumonia intersticial idiopática que não preenchiam critérios diagnósticos dos demais tipos. A histopatologia é caracterizada por graus variados de inflamação da parede alveolar e fibrose em um padrão que sugere homogeneidade temporal. A PINE se apresenta com dispnéia e tosse seca mas a duração dos sintomas é em geral mais curta do que nos pacientes com FPI. Os pacientes também tem média de idade menor que na FPI, em torno de 50 a 55 anos. A TCAR revela opacidades em vidro fosco com ou sem consolidação e graus variados de infiltrado reticular. Faveolamento é incomum na PINE. O tratamento é afastar drogas causadoras ou qualquer exposição inalatória. Até 20% dos pacientes com PINE idiopática estabilizam ou melhoram sem tratamento, em outros casos pode-se usar corticóides e imunossuppressores.

O prognóstico e a resposta a terapia para PINE idiopática é favorável. Aproximadamente 2/3 dos pacientes tratados com PINE estabilizam ou melhoram. Mortalidade em 5 anos de 15 a 26%.

P0207 RELATO DE CASO: POLIMIOSITE COM ACOMETIMENTO PULMONAR

FABIO MARCELO COSTA; LUCAS MOREIRA; CARLA BARTUSCHECK; DHIANCARLO GEISER; LEDA MARIA RABELO; MARIANE GONÇALVES MARTYNYCHERN CANNAN; MILTON JOSE DE ANDRADE; ANDRÉ RIBEIRO LACERDA

HC-UFRP, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: POLIMIOSITE; INTERSTÍCIO; ANTICORPO ANTI-JO-1

Introdução: A Polimiosite (PM) é uma doença auto-imune sistêmica caracterizada por miopatia inflamatória. As complicações pulmonares são comuns (até 40% dos casos) e importantes causas de morbi-mortalidade, podendo preceder as manifestações em pele ou músculo. **Objetivos:** Relatar um caso de PM com acometimento pulmonar. **Métodos:** Descrição do caso e revisão de literatura. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 48 anos, há 5 anos com dispnéia progressiva, atualmente aos pequenos esforços (CF III), fraqueza muscular, com predomínio em MMSS e MMII, além de dores articulares e musculares difusas. História de tuberculose pulmonar há 19 anos. Negava tabagismo. Sem exposição ocupacional ou domiciliar significativa. Ao exame, Spo₂ 95% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com redução difusa de murmúrio vesicular, sibilos esparsos e crepitações em bases. Baqueteamento digital. Exame neurológico com força muscular grau 4 em membros. Ao raio-X de tórax, redução volumétrica dos pulmões e opacidades reticulares em bases. TCAR com opacidades reticulares, opacidades em vidro fosco, bronquiectasias de tração, predominando na base direita; opacidade irregular em faixa, com brônquios dilatados em seu interior, localizada no LSE, sugestiva de lesão crônica; atenuação em mosaico de distribuição difusa, bilateral. Espirometria com distúrbio ventilatório misto, prova broncodilatadora negativa e distúrbio difusional grave. A avaliação das pressões respiratórias máximas mostrou pressão inspiratória no limite inferior da normalidade e pressão expiratória reduzida. Exames laboratoriais mostraram CPK 1636, FAN positivo 1:640, anticorpo anti-Jo1 reagentes. Gasometria arterial com gradiente alvéolo-arterial elevado. Na capilaroscopia do leito ungueal, laudo de microangiopatia de padrão SD, compatível com esclerodermia, PM ou síndromes de sobreposição. Também apresentou sinais de comprometimento muscular primário na eletroneuromiografia com agulha. A hipótese de PM com comprometimento de musculatura pulmonar e interstício foi estabelecida. Iniciou tratamento com Prednisona, além de Formoterol/Budesonida, com melhora da dispnéia e força muscular. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial periódico. **Conclusão:** O acometimento pulmonar pela PM pode ocorrer por disfunção da musculatura respiratória, quando a miosite envolve os músculos respiratórios e diafragma. Outra forma de apresentação é a doença intersticial pulmonar, com prevalência de 5 a 30%, tendo na PINE o tipo histológico predominante. Neste caso, há relação com a presença de anticorpos anti-Jo-1. Pneumonia aspirativa também pode ocorrer, em 10 a 20% dos casos, devido ao acometimento de músculos estriados em hipofaringe e esôfago, com perda da função de deglutição normal e falha na proteção das vias aéreas. O tratamento é feito com corticóides (prednisona) na

dose de 1mg/kg/dia. O prognóstico é bom com tratamento precoce, com melhora a curto prazo vista em mais de 90% dos casos. A sobrevida em 5 anos é de 87%.

PO208 RELATO DE CASO: ENFISEMA E FIBROSE PULMONAR COMBINADOS

LUCAS MOREIRA; FABIO MARCELO COSTA; JOÃO ADRIANO DE BARROS; RODNEY LUIZ FRARE E SILVA; DHIANCARLO GEISER; CARLA BARTUSCHECK; DANTE LUIZ ESCUISSATO; CAMILO FAORO
HC UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR; ENFISEMA; TABAGISMO

Introdução: Enfisema e fibrose pulmonar combinados (EFPC) é uma entidade reconhecida entre pacientes portadores de áreas de fibrose em lobos inferiores associado a enfisema centrolobular difuso nos lobos superiores. É uma entidade ainda pouco estudada e compreendida. **Objetivos:** Relatar um caso de EFPC com achados relevantes. **Métodos:** Descrição de caso clínico e revisão de literatura. **Resultados:** Masculino, 76 anos, motorista, refere piora da dispnéia há 2 meses, dos grandes para os médios esforços associado a escarro esbranquiçado em pouca quantidade. Comorbidades: Hipertensão arterial e hiperplasia prostática benigna. Ex-tabagista há 25 anos, carga tabágica de 40 anos/maço. Sem história familiar e exposição ambiental ou ocupacional relevante. Ao exame físico, dados vitais estáveis, com spo2 = 96 %, murmúrio vesicular diminuído difusamente com estertores em velcro em ambas as bases e hiperfonese de B2, sem outras alterações ao exame físico. TCAR mostra focos dispersos de enfisema centrolobular com predomínio nos terços superiores e na periferia, bolhas subpleurais em lobos superiores; padrão reticular com áreas tendendo ao faveolamento na periferia das porções basais; bronquiectasias de tração; sinais de hipertensão pulmonar. Ecocardiograma mostra aumento de ventrículo esquerdo e PSAP de 33 mmHg. Teste de caminhada mostra dessaturação importante (94 – 76 %) com distância percorrida de 431 m (94,2 % do previsto). Espirometria mostra distúrbio obstrutivo leve, prova broncodilatadora negativa, volumes normais e distúrbio difusional grave. Os exames laboratoriais mostram: gasometria arterial com hipoxemia arterial moderada e gradiente alvéolo arterial no limite superior da normalidade. Alfa 1 antitripsina de 139,9 mg/dL. Paciente demonstrou pouca alteração espirométrica ao longo de 11 anos no ambulatório junto a estabilidade clínica. Está em uso de formoterol/budesonida 12/400 mcg de 12 em 12 horas, com controle tomográfico e espirométrico periódico. **Conclusão:** Pacientes com EFPC mostram desproporção clínico – espirométrica com achados tomográficos diferentes das outras doenças pulmonares intersticiais. Existe uma possível associação com o tabagismo, ainda não definido completamente. Há de se supor que exista uma sobreposição de doença fibrogênica com formação de áreas de enfisema centrolobular. Existe uma prevalência significativa de hipertensão pulmonar nesse grupo de pacientes. As opções terapêuticas são limitadas e ocorre significativa variação na sobrevida dos pacientes com EFPC.

PO209 PNEUMONIA EM ORGANIZAÇÃO DESENCADEADA POR VÍRUS, EVOLUINDO COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

MIGUEL ABIDON AIDÉ1; ROBERTSON RODRIGUES P. JUNIOR2; CID LEITE VILLELA3; IERECÊ LINS AYMORÉ4

1,2.UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL; 3.INSTITUTO DE UROLOGIA, NITERÓI, RJ, BRASIL; 4.LABORATÓRIO RICHET, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; BRONQUIOLITE; SARA

Introdução: A Pneumonia em Organização (PO) é definida histologicamente pela presença de brotos intra-alveolares de tecido de granulação constituído pela mistura da matriz de tecido conectivo e de miofibroblastos. Embora inespecífico esse padrão histopatológico associado a características clínicas e radiográficas, define o que chamamos de Pneumonia em Organização Criptogénica (COP) quando de origem desconhecida. Quando se identifica o agente etiológico ganha o nome de Pneumonia em Organização de etiologia conhecida. No passado era denominada de Bronquiólite Obliterante com Pneumonia em Organização (BOOP), termo até hoje usado por alguns patologistas. As queixas clínicas e lesões radiográficas regredem rapidamente com o tratamento com corticosteróide. **Objetivos:** Relatar um caso de Pneumonia em Organização evoluindo com Insuficiência Respiratória Aguda. **Métodos:** Estudo de um paciente com diagnóstico histopatológico de PO de etiologia conhecida, analisando-se os sintomas clínicos, radiográficos, procedimento diagnóstico, histopatologia e tratamento. **Resultados:** Relato do caso: homem, 41 anos, branco, vendedor, residente em Niterói, RJ, procurou o SE com tosse, febre, sibilância, dispnéia e mialgias havia 24 horas. A radiografia de tórax estava normal. Internado e tratado para bronquite com antibiótico (ATB) e broncodilatadores (BD). No 4º dia, transferido para a UTI com quadro de Insuficiência respiratória aguda por PAC grave. A radiografia do tórax e a TCAR mostrava infiltrado pulmonar difuso, bilateral, com áreas de vidro fosco e consolidações com broncograma aéreo. Tratado com ATB, BD, VNI sem resposta clínico-radiológica. No 10º dia de internação foi transferido para outro hospital onde se submeteu a traqueotomia e biópsia de pulmão a céu aberto. O diagnóstico histopatológico foi compatível com PO, isto é, brotos de tecido de conectivo e miofibroblastos dentro dos espaços alveolares. Fragmento do RNA do vírus sincicial respiratório foi identificado no parênquima pulmonar por reação em cadeia da polimerase (PCR). Tratado com corticosteróide, os sintomas clínicos e as lesões radiográficas regrediram rapidamente. Obteve alta no 17º dia de internação e o tratamento se estendeu por seis meses. **Conclusão:** A PO é doença incomum e que raramente se apresenta com quadro insuficiência respiratória aguda levando o doente a UTI. O diagnóstico definitivo é por biópsia de pulmão e o principal diagnóstico diferencial é com PAC. A rápida regressão clínico-radiográfica é uma das características da doença.

PO210 PNEUMONITE INTERSTICIAL AGUDA INDUZIDA POR ADALIMUMAB PARA TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE: RELATO DE CASO

OLIVIA MEIRA DIAS; DANIEL ANTUNES SILVA PEREIRA; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO
INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ADALIMUMAB; REAÇÃO A DROGA; ARTRITE REUMATÓIDE

Introdução: Adalimumab é um anticorpo monoclonal humano anti fator de necrose tumoral (TNF), utilizado em doenças inflamatórias autoimunes refratárias. Efeitos colaterais pulmonares relatados são reativação de infecções por micobactérias/fungos, vasculites, nódulos pulmonares e exacerbação de doença preexistente. Casos de pneumonite e fibrose pulmonar já foram relatados com outras terapias anti-TNF, mas casos secundários ao adalimumab são raros. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 62 anos, com artrite reumatóide há 20 anos, em uso de metotrexate, leflunomide e prednisona. Indicado adalimumab por atividade da doença. Radiografia de tórax (Rx) e PPD prévios ao tratamento eram normais. Uma semana após a segunda dose de adalimumab apresentou dispnéia aos esforços, febre e tosse seca. Realizados Rx, hemograma, baciloscopias no escarro e hemoculturas, normais. Houve elevação da proteína C reativa (326mg/dL) e velocidade de hemossedimentação (67mm). Febre persistiu apesar de antibióticos. Tomografia computadorizada de tórax (TC) realizada duas semanas após início dos sintomas evidenciava áreas de espessamento liso dos septos interlobulares e opacidades em vidro fosco nos lobos superiores e região peribroncovascular. Feita hipótese de reação pulmonar ao adalimumab, suspenso seu uso e mantidos prednisona, meloxicam e sulfassalazina. Evoluiu com melhora clínica espontânea e normalização dos exames laboratoriais. Espirometria e saturação de oxigênio eram normais três semanas após início do quadro. Nova TC mostrou resolução do vidro fosco. Hipótese de pneumonite intersticial secundária ao uso de adalimumab foi levantada. **Discussão:** Terapias anti-TNF são causas possíveis de doença intersticial pulmonar, com relatos de sinergismo com metotrexate. A maioria dos casos descritos até o momento envolvendo adalimumab apresentaram rápida deterioração a despeito da suspensão da droga e do uso de outros imunossuppressores, culminando com óbito. Segundo nosso conhecimento, este é o oitavo caso de pneumonia intersticial relacionada ao uso de adalimumab, o segundo caso de resolução espontânea e o primeiro caso descrito no Brasil.

P0211 AMILOIDOSE PULMONAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UMA SÉRIE DE 14 PACIENTES

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SAMIA RACHED; ALBERTO CUKIER; HELIO MINAMOTO; THAIS MAUAD; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO; RONALDO ADIB KAIRALLA

INCOR / HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: AMILOIDOSE; DOENÇA DE DEPÓSITO; DOENÇA INTERSTICIAL

Introdução: Amiloidose constitui um grupo de doenças infiltrativas caracterizada pela deposição extracelular anormal de substância amilóide. Envolvimento pulmonar é raro e geralmente subclínico, com poucas séries relatadas até o momento. **Objetivos:** descrever a experiência de um centro de referência terciário no acompanhamento de casos de amiloidose com acometimento pulmonar, ressaltando características clínicas e radiológicas. **Métodos:** análise retrospectiva de prontuário e exames de imagem de pacientes com diagnóstico de amiloidose, confirmado por exame anatomopatológico, com comprometimento respiratório no período de 1999 a 2010. **Resultados:** Foram incluídos 14 pacientes (7 homens) com idade média igual a 61 anos. Dados clínicos e radiológicos são descritos na tabela 01. Parenquimatoso – nodular (5) Assintomático ou dispnéia leve. Pequenos nódulos a grandes massas cavitadas.

Não necessário: 4 casos. Quimioterapia (1) secundário a crescimento progressivo de massa pulmonar. Sem óbito (2 – 10 anos) Parenquimatoso – intersticial (2) Dispnéia grave. Padrão reticular difuso. Corticoterapia em altas doses ou quimioterapia.

2 óbitos (1,5 e 3 anos) Apenas um paciente apresenta a forma sistêmica da doença e nenhum diagnóstico de mieloma múltiplo esteve presente dentre os indivíduos do estudo. **Conclusão:** amiloidose pode se apresentar dentro de amplo espectro de acometimento clínico e radiológico no trato respiratório. Apesar de sua natureza localizada, a forma traqueobrônquica pode resultar em morbidade significativa em decorrência de fenômenos obstrutivos graves e episódios de hemoptise. Envolvimento parenquimatoso pode variar desde formas inocentes como o acometimento em padrão nodular ou grave como o intersticial. Tabela 01: Apresentação clínica e radiológica de amiloidose respiratória.

Localização (n)	Sintomas	Características radiológicas	Tratamento	Seguimento
Traqueobrônquica (6)	Dispnéia progressiva, hemoptise e estridor.	Espessamento e estenose de via aérea.	Não necessário: 3 casos. Cirurgia: 2 ressecções endotraqueais e 1 traqueostomia.	Sem óbito (2 – 13 anos)
Ganglionar (1)	Assintomática.	Alargamento mediastinal e conglomerados linfonodais calcificados.	Não necessário.	Sem óbito (10 anos)
Parenquimatoso – nodular (5)	Assintomático ou dispnéia leve.	Pequenos nódulos a grandes massas cavitadas.	Não necessário: 4 casos. Quimioterapia (1) secundário a crescimento progressivo de massa pulmonar.	Sem óbito (2 – 10 anos)
Parenquimatoso – intersticial (2)	Dispnéia grave.	Padrão reticular difuso.	Corticoterapia em altas doses ou quimioterapia.	2 óbitos (1,5 e 3 anos)

P0212 PNEUMONIA EOSINOFÍLICA AGUDA COM RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA: RELATO DE CASO

ALEXANDRE DE MELO KAWASAKI1; ANDRÉ NATHAN COSTA2; BRUNO ARANTES DIAS3; SUZANA PINHEIRO PIMENTA4; RONALDO ADIB KAIRALLA5; VERA LUIZA CAPELOZZI6

1,2,3,4,5.HOSPITAL NOVE DE JULHO, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 6.DIAGNÓSTICA PATOLOGIA CIRÚRGICA E CITOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL; EOSINÓFILOS; REMISSÃO ESPONTÂNEA

Introdução: Pneumonia Eosinofílica Aguda é uma doença pulmonar de etiologia indefinida, caracterizada por infiltração de eosinófilos no interstício pulmonar, causando um quadro agudo e muitas vezes grave de insuficiência respiratória. Caracteriza-se por tosse seca, febre, dispnéia, hipoxemia e estertores crepitantes bibasais. Não há eosinofilia ao hemograma e as provas de atividade inflamatória apresentam-se aumentadas. A tomografia computadorizada do tórax (TC) mostra opacidades reticulares, alveolares ou em vidro fosco bilaterais, de distribuição randômica. Presença de pequeno derrame pleural é comum. O lavado broncoalveolar é característico, com mais de 25% de eosinófilos, podendo haver neutrofilia e/ou linfocitose. A biópsia pulmonar evidencia sinais de dano alveolar difuso, infiltrado linfocitário intersticial, exsudato fibrinoso intra-alveolar organizante e eosinófilos no interstício e no espaço alveolar. **Caso clínico:** paciente masculino, 58 anos, previamente hígido, dez dias de dor em orofaringe, mialgias e febre baixa, prescrita nimesulida. Após viagem em cruzeiro náutico, evoluiu com piora da febre, da dispnéia, tosse com expectoração pouco amarelada e raios de sangue. Prescrito levofloxacina, sem melhora. Internado por hipoxemia (84%) e dispnéia importantes, iniciadas ceftriaxona e azitromicina. Exames: leucometria normal,

sem eosinofilia, e proteína C reativa aumentada (24,6mg/dl, normal < 0,3mg/dl). TC mostrava opacidades em vidro fosco difusas bilateralmente, opacidades alveolares periféricas e pequeno derrame pleural esquerdo. Enquanto aguardava o resultado de biópsia transbrônquica, apresentou melhora clínica importante. Lavado broncoalveolar mostrou 15% de eosinófilos, biópsia transbrônquica apresentava exsudato fibrinoso intra-alveolar organizante e infiltrado linfocítico septal alveolar com eosinófilos, compatível com Pneumonia Eosinofílica Aguda. Nova TC mostrou melhora importante. Não foi usada corticoterapia. **Discussão:** A etiopatogenia da Pneumonia Eosinofílica Aguda é desconhecida, embora existam hipóteses de que a doença seja desencadeada por exposição a antígenos inalatórios desconhecidos, baseados em descrições de instalação da doença após atividades não habituais ou após início de tabagismo. Desconhecemos relatos relacionados a viagens em cruzeiros náuticos. Resolução espontânea da Pneumonia Eosinofílica Aguda já foi descrita, embora corticoterapia seja necessária na maior parte das vezes. O prognóstico é favorável na maioria dos casos.

P0213 EXPOSIÇÃO AMBIENTAL COMO GATILHO PARA A AUTO-IMUNIDADE NA MIOSITE INFLAMATÓRIA – SÉRIE DE CASOS

RONALDO ADIB KAIRALLA; ANDRÉ NATHAN COSTA; LETICIA BARBOSA KAWANO-DOURADO; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MIOSITES INFLAMATÓRIAS; DOENÇA INTERSTICIAL; EXPOSIÇÃO AMBIENTAL

Introdução: As miosites autoimunes são um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias sistêmicas de etiologia desconhecida. O envolvimento pulmonar é uma complicação importante nesse grupo de pacientes e pode preceder, acompanhar ou se desenvolver posteriormente à evolução da doença. Os anticorpos anti histidil tRNA sintetase (anticorpos anti-Jo1), os auto-anticorpos específicos mais comuns nas miosites, foram recentemente demonstrados nas células alveolares. Dessa forma, fazemos a hipótese que uma injúria pulmonar causada por uma exposição (como na pneumonite de hipersensibilidade) pode servir de gatilho para o processo de auto-imunidade nesse grupo de pacientes. **Objetivos:** Examinar a associação entre exposição ambiental e miosites auto-imunes. **Métodos:** Análise retrospectiva de uma série de pacientes com miosites inflamatórias e envolvimento pulmonar que seguem no ambulatório de doenças intersticiais do HC-FMUSP, este último procedendo ou acompanhando as manifestações sistêmicas dessa doença. **Resultados:** Foram avaliados 10 pacientes, oito mulheres, idade média 49,4±13,7 anos, três ex-tabagistas. Os sintomas pulmonares precederam as manifestações sistêmicas em 6 pacientes (3,9±4,1 meses, intervalo 0-12 meses). Padrão restritivo esteve presente em 8 pacientes (CVF 62,1±27,1% predito). Padrão reticulado e vidro fosco foram os achados tomográficos predominantes, presentes em todos os pacientes, e consolidação ocorreu em dois indivíduos. O diagnóstico da miosite auto-imune foi baseado nas alterações clínicas (fraqueza muscular e alterações cutâneas) em oito doentes, sete deles por apresentarem enzimas musculares aumentadas e seis deles positividade para anti-Jo1. Exposição ambiental significativa foi encontrada em nove dos dez pacientes:

quatro expostos a mofo, três a pássaros, um a pombo e um a travesseiro de pena. **Conclusão:** Estudos recentes mostraram que os auto-anticorpos nas miosites miram um grupo específico de moléculas intracelulares que não são expressas exclusivamente nos músculos. Além disso, alterações em antígenos fenótipo-específicos durante o stress celular e apoptose podem ter importância fisiopatológica na gênese da doença. Nesse contexto, os achados sugerem que num subgrupo de miosites inflamatórias a lesão pulmonar poderia ser o gatilho para a auto-imunidade, e a exposição ambiental respiratória é um importante modelo dessa condição. Assim, uma pesquisa extensa sobre as condições ambientais desses pacientes deve ser sempre realizada, com o afastamento das exposições podendo contribuir no controle da doença sistêmica.

P0214 PROTEINOSE ALVEOLAR IDIOPÁTICA E MUDANÇA DE PARADIGMA TERAPÊUTICO: DA LAVAGEM PULMONAR TOTAL À PLASMAFÉRESE E RHUGM-CSF INALATÓRIO. A PROPOSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

EDUARDO MELLO DE CAPITANI¹; MONICA CORSO PEREIRA²; ILMA APARECIDA PASCHOAL³; TIAGO ARAUJO GUERRA GRANJEIA⁴; MARCELO SCHWELLERS⁵; ELZA MARIA FIGUEIRAS PEDREIRA CERQUEIRA⁶; MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME⁷; JOSÉ FRANCISCO C MARQUES⁸

^{1,2,3,4,5,7}DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA DCM FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL; ⁶DIVISÃO DE RADIOLOGIA HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ SES-UNICAMP, SUMARÉ, SP, BRASIL; ⁸SETOR DE AFÉRESES HEMOCENTRO DCM-FCM-UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PROTEINOSE ALVEOLAR; PLASMAFÉRESE; RHUGM-CSF

Introdução: A Proteinose Alveolar Pulmonar Idiopática (PAP-I) é uma doença rara que acomete adultos e é caracterizada pelo acúmulo de surfactante não catabolisado por macrófagos alveolares disfuncionais. Foi descrita pela primeira vez em 1958. O tratamento consensual é a lavagem pulmonar total (LPT) promovendo limpeza mecânica desse material intralveolar, melhorando a hipoxemia e os sintomas desses pacientes temporariamente. Muitos pacientes necessitam de várias repetições de LPT ao longo da vida. Desde 1994 vários estudos têm mostrado que o mecanismo básico da doença é a inatividade do GM-CSF, e não um defeito estrutural do macrófago. Desde 1996 vários pacientes têm sido tratados com GM-CSF recombinante humano (rHuGM-CSF) por via SC e inalatória com bons resultados. Em 1999 estudo mostrou que 100% dos pacientes com PAP-I têm anticorpos anti-GM-CSF, caracterizando-a como doença auto-imune. **Objetivos:** Apresentar resultados de tratamentos de dois casos de PAP-I nos quais plasmaférese e rHuGM-CSF por via inalatória foram utilizados após LPT inicial ter-se mostrado ineficaz. **Relato dos casos:** Duas mulheres (18 e 36 anos) com quadro de dispnéia progressiva e tosse seca de início insidioso tiveram diagnóstico de PAP-I feito por biópsia transbrônquica, LBA e alterações típicas na TCAR. Realizaram LPT sem resposta sintomática, e melhora apenas temporária da hipoxemia (por 2 e 3 meses, respectivamente). A mais jovem foi então tratada com rHuGM-CSF por via SC, com melhora da dispnéia e da hipoxemia por 6 meses (SpO2 entre 94 e 96%), com subsequente piora em um mês (SpO2=71%), quando optou-se por realizar plasmaférese devido à indisponibilidade de rHuGM-CSF. Plasmaférese foi realizada na segunda paciente também pelas mesmas razões. Ambas apresentaram melhora sintomática marcante, e atingiram

um patamar fixo de SpO₂ entre 88 e 90%, mantido por 17 e 5 meses respectivamente, após o procedimento, quando se introduziu rHuGM-CSF por via inalatória (400 µg/dia por 3 meses), com melhora gradativa da hipoxemia (SpO₂ de 97 e 98%), que se mantém até o momento (18 e 8 meses de seguimento, respectivamente). Ambas apresentaram melhora significativa da CVF à espirometria [CVF inicial= 1,26L (40%) e 2,41L (60%); CVF final= 1,91L (58%) e 3,34L (75%), respectivamente], e das áreas acometidas à TCAR. Nenhum efeito colateral foi observado durante ou após o tratamento. Níveis de leucócitos não sofreram alterações. **Conclusão:** Apesar da LPT se manter ainda como o padrão ouro na terapêutica da PAP-I, resultados de casos como estes, e de um ensaio clínico aberto com rHuGM-CSF, mostram que esse medicamento, em breve, deve se tornar o tratamento inicial mais indicado para essa doença, tendo em vista a eficácia e ausência de efeitos colaterais ou complicações. Para casos com hipoxemia grave e indisponibilidade de rHuGM-CSF, a plasmáfereze mostra-se como opção útil e válida tendo em vista o mecanismo auto-imune associado à doença.

P0215 A SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO É UMA ASSOCIAÇÃO COMUM COM A FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

ANTONIO MONTEIRO CHIBANTE¹; FLÁVIO JOSÉ MAGALHÃES SILVEIRA²; JOSÉ CARLOS BIAGINI JR.³; ANAMÉLIA COSTA FARIAS⁴; FERNANDA OLIVEIRA CHIBANTE⁵; ALBERTINA VARANDAS CAPELO⁶; RICARDO LUIS MENEZES DUARTE⁷

1,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.SLEEP - LABORATÓRIO DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.SLEEP V- LABORATÓRIO DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4,7.SLEEP-LABORATÓRIO DO SONO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5.CENTRO DE INVESTIGAÇÕES PNEUMOLÓGICAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA; SÍNDROME DA APNEIA DO SONO; DOENÇAS INTERSTICIAIS

Introdução: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma doença progressiva, de causa desconhecida, de mau prognóstico e refratária aos tratamentos atuais. Refluxo gastro-esofágico (RGE), sonolência diurna excessiva (SDE), stress oxidativo (SO) e síndrome metabólica (SM) são situações constatadas tanto na FPI como na Síndrome da Apneia Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAOS). A coincidência destes fatores nos levou a pesquisar uma possível comorbidade entre estas duas entidades. **Objetivos:** Tentar identificar através de polissonografia noturna a existência de SAOS em portadores de FPI. **Métodos:** Trinta e nove (39) portadores de FPI, diagnosticada conforme os critérios classificatórios da ATS/ETS, provenientes do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro) e do Centro de Investigações Pneumológicas-RJ, foram submetidos, num estudo descritivo de corte transversal, a polissonografia noturna num laboratório de excelência de estudo do sono (Sleep-RJ) com a finalidade de se confirmar a possível comorbidade de SAOS neste tipo de pacientes e os resultados foram confrontados com 35 portadores de SAOS sem FPI com graus classificatórios de Índice de Apneia e Hipopneia (IAH/h) semelhantes. **Resultados:** Dos 39 portadores de FPI, 35 (90%) apresentaram IAH superior a 5 eventos sendo 10 de 5 a 14 episódios (28,5%) - forma leve; 18 de 15 a 29 episódios (51,5%) - forma moderada e 7 (20%) com mais de 30 episódios - forma severa. Em 4 (10%) os índices foram < 5 eventos/hora. O IAH médio dos pacientes

com FPI foi de 22,14/h e índice médio de massa corporal (IMC) = 25,80 kg/altura(m)² contra IAH e IMC médios, respectivamente, 23,62 e 29,29 nos pacientes apnéicos não fibróticos. Tomando-se como referência favorável IMC < 25 nos 2 grupos, o grupo com FPI apresentou significativamente menor índice de IMC (p=0,0001). Os IAHs distribuem-se de modo semelhante nos dois grupos. **Conclusão:** FPI e SAOS são uma associação freqüente talvez envolvidas com mecanismos fisiopatológicos comuns. Pacientes com FPI, devem ser investigados em relação à apnéia do sono, mesmo que apresentem IMC baixo. Nestes pacientes as médias do IMC são inferiores às médias habituais em apnéicos não portadores de FPI. Este é a ampliação do primeiro estudo nacional envolvendo a associação de FPI com SAOS e destacando a indicação de polissonografia em portadores de FPI.

P0216 LESÃO PULMONAR INTERSTICIAL ASSOCIADA A NEFRITE SECUNDÁRIA A AMIODARONA

GUILHERME ZIMMERER LORENTZ; RICARDO BENETI; JOSÉ MAURÍCIO SANTOS CRUZ; VIRGÍNIA SCAFF GONÇALVES; LUCIANA DE PAULA LEÃO; DÁBADA KARINA SILVA CANUTO; KARLA CIBELE SPINELLI

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: AMIODARONA; PNEUMONIA; NEFRITE

Introdução: A amiodarona é um antiarrítmico amplamente utilizado em arritmias cardíacas. Entretanto, a despeito de seus benefícios hemodinâmicos e eletrofisiológicos, produz efeitos colaterais relevantes, em geral reversíveis com a redução da dose. Os mecanismos que ocasionam a toxicidade pulmonar pela amiodarona ainda não estão totalmente esclarecidos. A pneumonite por amiodarona é descrita como uma das complicações graves e pode ocorrer em associação com outros acometimentos sistêmicos. **Objetivos:** Relatamos um caso clínico de pneumonite por amiodarona, associada a nefrite aguda intersticial. **Relato de Caso:** Masculino, 65 anos, procurou o Hospital Regional de Presidente Prudente/SP com queixas de astenia e quadro de tosse seca há dois dias acompanhada de dispnéia e dor torácica ventilatório dependente. Havia recebido alta do Hospital há 3 dias tendo permanecido internado por otite média aguda complicada e fibrilação atrial aguda revertida, e encontrava-se em uso domiciliar de Trifamox BD e Ciprofloxacino além de captopril, espironolactona, furosema, metildopa e amiodarona. À admissão apresentava-se em regular estado geral, dados vitais estáveis. A ausculta respiratória mostrava estertores bibasais, e os membros inferiores apresentavam-se edemaciados 3+/4+. Realizada radiografia de tórax que exibia opacidade heterogênea bilateral mais evidente à direita e hemograma com anemia microcítica e hipocrômica, sem leucocitose. Foi iniciado tratamento para insuficiência cardíaca descompensada e posteriormente associado meropenem e vancomicina com hipótese diagnóstica de pneumonia nosocomial, sem resposta satisfatória. O paciente evoluiu sem melhora clínica, oligúrico e com piora progressiva da função renal. O ultrassom de rins e vias urinárias não mostrou dissociação cortico-medular. Evoluiu com febre e piora progressiva do leucograma com eosinofilia associada, dispnéia e queda gradual da oximetria. Realizada broncoscopia que apontou discreta hiperemia e secreção hialina fluida em toda árvore traqueobrônquica. Lavado broncoalveolar e citopatológico com processo inflamatório crônico discreto e anatomo-patológico com

bronquite crônica discreta e colorações de Ziehl e Gomori negativas. Em reunião clínica foi discutido o quadro clínico e analisadas as imagens radiológicas; com hipóteses de bronquiólite obliterante/ pneumonia intersticial eosinofílica compatíveis a pneumopatia secundária a amiodarona foi suspensa a medicação e introduzida corticoterapia com melhora do quadro pneumônico e resolução da função renal em 3 dias. **Conclusão:** Apresentamos quadro de Lesão Pulmonar Intersticial associada a Nefrite Aguda secundárias ao uso de amiodarona, com boa evolução após corticoterapia e suspensão da droga, e oferecemos breve revisão da literatura.

P0217 EDEMA PULMONAR INDUZIDO POR HIDRO CLOROTIAZIDA

ROBERTO GUIDOTTI TONETTO; RAFAEL CABRERA CORRÊA; JULIANA TONETTO ZAMPIERI

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EDEMA; DISPNEIA; HIDROCLOROTIAZIDA

LMC, 62 anos, feminina, branca, do lar, procedente de viamão-RS, paciente procura à emergência por quadro súbito de tosse seca e dispnéia, associados a tremores. Nega febre ou outros sintomas. Relata internação há cerca de um mês em hospital de viamão com quadro semelhante. Na nota de alta, há descrição radiológica de infiltrado pulmonar difuso, sendo diagnosticado pneumonia comunitária grave. Fez uso de azitromicina e cefepime e recebeu alta em 5 dias em bom estado geral. Na revisão de sistemas tem história de hipertensão arterial sistêmica recente em uso irregular de hidroclorotiazida 25mg 1 x ao dia e atenolol 25mg 2 x ao dia. nega tabagismo ou etilismo. Nega história de exposição à poeira, mofo ou pássaros. Ao exame físico: regular estado geral, mucosas coradas, cianótica e taquipnéica: 80 x 40 mmHg tax: 35,4 c, saturação de oxigênio: 84%, ausculta cardíaca sem alterações frequência cardíaca: 80 BPM, ausculta pulmonar com crepitações em bases FR: 32MRPM, abdome sem alterações, ausência de turgência jugular, extremidades sem edema e aquecidas, sem baqueteamento digital, exames de laboratório, hemograma: hematócrito: 49%, hemoglobina 13,2 g/l leucócitos 2300 com 11% bastões, anti hiv não reagente, bioquímica sem alterações, gasometria com ph:7,38 pco2:36 po2:62 hco3:22 saturação:92%, rx de tórax com infiltrado intersticial difuso e bilateral com algumas áreas coalescentes, iniciado com ceftriaxone e claritromicina na suspeita de pneumonia comunitária grave. Realizou tomografia computadorizada de tórax que evidenciou edema pulmonar. Como paciente negava exposição a inalantes, conjecturou-se quadro pulmonar por uso de medicamentos. Descrição na literatura de edema pulmonar induzido por hidroclorotiazida. questionada, a paciente relatou ter iniciado sintomas 40 minutos após uso desse medicamento, o mesmo ocorrendo na internação anterior. No dia seguinte a paciente encontrava-se em melhor estado geral, menos dispnéica e menos hipoxêmica. suspenso antibiótico. Apresentou melhora clínica progressiva. No terceiro dia de internação foram repetidos rx de tórax e hemograma, ambos normais. Revisão de literatura descreve raros casos de edema pulmonar induzido por hidroclorotiazida. Nos relatos, os sintomas surgem após minutos da ingesta da medicação, sendo principalmente dispnéia e tosse seca. Nas exposições

seguintes podem surgir hipotensão, hipotermia, calafrios e leucopenia. Boa evolução com suspensão da medicação.

P0218 ESCLEROSE SISTÊMICA COM ACOMETIMENTO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UM CASO

ARIOVALDO LEAL FAGUNDES; JOSÉ WELLINGTON ALVES DOS SANTOS; GUSTAVO TRINDADE MICHEL; JANAÍNA TEIXEIRA GOMES MARTIGNONI; ABDIAS BAPTISTA DE MELLO NETO; CARLA BORTOLIN FONSECA; JULIANA KACZMARECK FIGARO; PAULO ROBERTO CANTELE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESCLERODERMIA SISTÊMICA; COLAGENOSE; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

Introdução: A esclerose sistêmica (ES) é patologia crônica caracterizada por vasculopatia disseminada e fibrose tecidual. O envolvimento intersticial pulmonar constitui uma das principais causas de morbimortalidade. A prevalência da doença intersticial pulmonar varia de 25% a 90% nas diferentes casuísticas, dependendo da metodologia utilizada na investigação. **Caso clínico:** Paciente feminina, 49 anos, portadora de artrite reumatóide e escleroderma forma cutânea disseminada com diagnóstico há 3 anos, apresenta tosse seca e dispnéia crônicas. Nos 20 dias precedentes a admissão hospitalar, a paciente apresentou piora dos sintomas. Ao exame físico, ausculta pulmonar revela estertores crepitantes em bases. Tomografia computadorizada (TC) de tórax revela alterações subpleurais e peribronquiais e perivasculars de natureza fibrótica. É submetida à TC de tórax, a qual mostra espessamento septal em bases pulmonares, além de bronquiectasias de tração e faveolamento e área de consolidação de espaço aéreo em lobo inferior direito. Iniciada antibioticoterapia para pneumonia adquirida na comunidade, com espectro adequado, porém a paciente apresenta disfunção de múltiplos órgãos e sistemas secundária à sepse, evoluindo ao óbito. **Discussão:** A característica principal na patogenia da ES é a excessiva produção e acúmulo de colágeno, envolvendo mecanismos imunológicos, lesão vascular e ativação de fibroblastos. É doença rara, sem preferência racial, com incidência estimada em 14,1 casos por milhão de habitantes/ano, mais freqüente no sexo feminino, raramente acometendo crianças e homens jovens. A sobrevida é determinada pela intensidade do acometimento visceral, sendo o acometimento pulmonar a principal causa de morte. Dois terços dos pacientes com esclerose sistêmica apresentam sintomas pulmonares, mais comumente a dispnéia aos esforços, muitas vezes associada à tosse seca. Hipertensão arterial pulmonar está presente em 6% a 60% dos pacientes, ligada ao envolvimento pulmonar grave, porém pode ser encontrada isoladamente. Classicamente, a pneumopatia na esclerose sistêmica é descrita pelas evidências de fibrose acometendo as porções periféricas, posteriores e basais dos pulmões, com alterações inicialmente sutis, com evolução progressiva, acometendo os dois terços inferiores pulmonares, similares às apresentações da fibrose pulmonar idiopática e doença pulmonar da artrite reumatóide. **Conclusão:** Dentre as doenças do tecido conjuntivo, a ES permanece como um desafio terapêutico. Essa dificuldade, associada ao caráter progressivo da doença, tem potencializado os efeitos incapacitantes da mesma. Faz-se necessário maior número de estudos acerca da ES objetivando aperfeiçoar o tratamento dessa patologia.

PO219 PNEUMONITE DE HIPERSENSIBILIDADE: RELATO DE CASO

JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; VANESSA ALVES DE LIMA; DANIELA TAÍSA FUDO; DÉBORAH MADEU PEREIRA; CAIO SANTIAGO MOISES; IGOR BASTOS POLONIO; ROBERTO STIRBULOV

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERSENSIBILIDADE; INFILTRADO RETICULAR; INTERSTÍCIO

As doenças intersticiais são raras. Estima-se que a prevalência mundial seja de 6 a 15 casos para cada 100000 pessoas, e entre aquelas com mais de 75 anos, 175 casos para cada 100000. Esse grupo é dividido em : 1) Doenças intersticiais de causas conhecidas (secundárias a drogas ou doença do colágeno) 2) Doenças intersticiais idiopáticas (fibrose pulmonar idiopática, pneumonia intersticial descamativa, bronquiolite respiratória associada a doença intersticial, pneumonia intersticial aguda, pneumonia em organização criptogênica, pneumonia intersticial não específica e pneumonia intersticial linfóide) 3) Doenças intersticiais granulomatosas (sarcoidose) 4) Outras formas (linfangioleiomiomatose, histiocitose de células de Langherhans). A maioria dos casos de pneumonia por hipersensibilidade desenvolve-se após inalação de alérgenos como pelos de animais e produtos químicos. A apresentação inicial da doença aguda inclui dispnéia, tosse, sintomas constitucionais (febre, perda de peso). O diagnóstico é feito através de uma combinação da história clínica, exames radiológicos e anátomo-patológico. O tratamento consiste no afastamento do alérgeno e em casos graves, corticoterapia. O prognóstico geralmente é favorável. Relato do caso: MME, feminino, 59 anos, natural e procedente de São Bernardo-SP, casada, 5 filhos, doméstica aposentada, veio encaminhada ao nosso ambulatório de Pneumologia com queixa de tosse seca diária, com piora ao esforço físico, associada a dispnéia aos grandes esforços há 1 ano. Ao exame físico da entrada apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, afebril, PA: 120X70 mmHg, FC: 98 bpm, FR: 18 ipm, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente com estertores grossos em ápice de hemitórax direito, restante do exame sem alterações. Na radiografia simples de tórax apresentava infiltrado reticular bilateral com predomínio em terço superior . Optado pela realização da biópsia a céu aberto que revelou processo inflamatório com predomínio centrolobular com tecido de granulação na luz bronquiolar estendendo-se para os septos alveolares adjacentes que encontram-se espessados, além de acúmulos de macrófagos nos espaços alveolares, podendo corresponder a pneumonia de hipersensibilidade. Após o resultado, as filhas confessaram que a casa da paciente tinha muito mofo e era pouco arejada. Optado pela prescrição de corticoterapia e afastá-la da exposição. Obteve melhora intensa dos sintomas após poucos dias da conduta.

PO220 PNEUMONITE INTERSTICIAL SECUNDÁRIA À BLEOMICINA

VANESSA ALVES DE LIMA; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; DANIELA TAÍSA FUDO; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; DÉBORAH MADEU PEREIRA; TÂNIA LOPES DA SILVA; JORGE ETHEL FILHO; ROBERTO STIRBULOV

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO-SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BLEOMICINA; CITOTOXICIDADE; DISPNEIA

Introdução: A bleomicina é um antibiótico com ação quimioterápica, utilizada para tratar carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço, da vagina e do colo uterino, neoplasia de testículo e linfoma de Hodgkin. Sua citotoxicidade é determinada pela formação de radicais livres. Em função da menor atividade da enzima bleomicina-hidrolase na pele e no pulmão, esses são os locais mais relacionados à toxicidade por esse agente. Pneumonite intersticial induzida por bleomicina (PIB) é a forma de toxicidade pulmonar mais freqüente associada ao uso desse quimioterápico, com prevalência entre 5% e 10%. Dano alveolar difuso (DAD), pneumonia intersticial não específica 9PINEO e bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP) são outros padrões histológicos observados, com progressão mais rápida que a PIB. Os fatores de risco que predisõem à PIB são: a dose acumulada (principalmente quando acima de 400 mg), idade avançada, tabagismo, insuficiência renal, associação com radioterapia e administração de oxigênio concomitante. A infusão contínua é menos tóxica que a infusão em bolus. A PIB tem evolução insidiosa, podendo ocorrer até dois anos após a suspensão da droga. Pode haver dispnéia progressiva aos esforços, tosse seca e febre, além de crepitações em bases. Na radiografia de tórax, pode-se identificar redução dos volumes pulmonares e opacidades subpleurais predominando em bases, às vezes com consolidações e faveolamento. Opacidades lineares, áreas em vidro fosco e faveolamento, e nódulos subpleurais, com predomínio em bases, são as alterações mais comuns na tomografia computadorizada (TC) de tórax. **RESUMO DE CASO:** V.C., 57 anos, feminino, branca, natural de São Paulo, do lar. Apresentava quadro de tosse seca e dispnéia associada aos médios e grandes esforços há 1 mês, sem febre, sudorese noturna, perda ponderal ou hemoptoicos. Antecedentes de HAS, tabagista 50 anos/maço, LNH em QT há 5 meses com Doxorubicina, Vinblastina e Bleomicina, sendo a última há 1 mês do quadro. No exame de admissão MV com EC bilaterais difuso, eupneica, SatO2 97% ar ambiente, no RX tórax opacidades em bases e em TC tórax presença de nódulos subpleurais, vidro fosco e faveolamento em bases e periferia. Recebeu antibioticoterapia, corticoterapia e foi suspenso a Bleomicina dos próximos ciclos quimioterápicos. Evoluiu com melhora clínica e radiológica importante.

PO221 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE À DAPSONA, COM PNEUMONITE INTERSTICIAL

JOÃO ANTÔNIO PIMENTA DE CARVALHO; JOSÉ GERALDO SOARES MAIA; FERNANDO ANTÔNIO COLARES; DIVINO URIAS MENDONÇA; ÁLVARO HERMÍNIO DA SILVEIRA MACHADO FILHO

UNIMONTES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONITE INTERSTICIAL; DAPSONA; TOMOGRAFIA

Introdução: As reações pulmonares a drogas constituem uma importante causa de morbi-mortalidade. Relataremos um caso de síndrome de hipersensibilidade à dapsona, causando principalmente manifestações pulmonares. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 72 anos, foi admitido no pronto socorro apresentando dispneia, tosse, febre, anemia, leucocitose, VHS e PCR elevados. RX de tórax com consolidações em lobo inferior esquerdo. Estava no 3º mês de tratamento de hanseníase com rifampicina, dapsona e clofazimina, sendo internado para tratamento

de pneumonia com ceftriaxona, mantendo a medicação em uso. Figura 01: Radiografia de admissão do paciente. Evolui com piora dos sintomas e observou-se lesões cutâneas. Ecocardiograma e lavado broncoalveolar estavam normais e biópsia transtrônquica foi inconclusiva. A tomografia de tórax mostrou padrão de pneumonite intersticial, com áreas de vidro fosco e espessamento de septos bilaterais. Figura 02: TC de tórax com padrão de pneumonite intersticial. Foi suscitado de pneumonite intersticial droga-induzida. Dentre as medicações em uso pelo paciente a dapsona era a com maior frequência de efeitos colaterais. Após análise do caso, o paciente preenchia critérios para o diagnóstico da síndrome de hipersensibilidade à dapsona (SDH). Os antibióticos foram suspensos, bem como toda a medicação para hanseníase, e iniciado prednisona 60mg/dia. Após mudança da terapêutica, o paciente passou a evoluir com melhora acelerada do quadro respiratório, recebendo alta após uma semana, em uso de prednisona e da poliquimioterapia para hanseníase, excluindo a dapsona. O paciente realizou tomografia de controle após dois meses, com melhora significativa em relação à TC anterior. Figura 03: TC de tórax de controle. **Discussão.** A dapsona (4,4'-diaminodifenilsulfona) é usada em todo o mundo para tratamento da hanseníase. Seus principais efeitos adversos são a hemólise e a metemoglobinemia. Descrita pela primeira vez em 1951, a SHD cursa tipicamente com a tríade febre, rash cutâneo e acometimento de órgãos internos. Trata-se de uma síndrome rara, com mortalidade é estimada em torno de 13%. A tabela 1 sumariza as manifestações clínicas da SHD. O tratamento da SHD consiste principalmente na retirada da droga, associada com o uso de corticóides. Os corticóides devem ser mantidos por mais de um mês, uma vez que a dapsona permanece no organismo por cerca de 35 dias (circulação entero-hepática). Os médicos devem estar atentos a reações pulmonares droga-induzidas, para proporcionar maior segurança aos seus pacientes. Aqueles que lidam com tratamento de hanseníase devem estar atentos à síndrome de hipersensibilidade à dapsona, por ser um quadro grave com mortalidade significativa.

P0222 TRATAMENTO POR MAIS DE UM ANO DA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE COM SIROLIMO-RELATO DE 2 CASOS

CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

UNIFESP.HSPE-SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; SIROLIMO; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução. As opções terapêuticas na LAM são limitadas. Um estudo piloto (Bissler JJ, et al. N Engl J Med 2008;358:140-51) mostrou elevação significativa da CVF e do VEF1 e redução do VR. **Objetivos-** Mostrar a evolução funcional de dois casos de LAM tratados com sirolimo por longo prazo. **Caso 1.** 42 anos, fem., Em agosto de 2002 referia dispnéia para subir 6-7 degraus de escada. Ao exame físico foram observados estertores finos na base D e maciez na base E. A SpO2 em ar ambiente era de 84%. A TC mostrou cistos pulmonares e derrame pleural E. A punção pleural confirmou quilotórax. Indicada pleurodese, repetida após seis meses por recaída, com sucesso. Em março de 2003 foi iniciada progesterona VO. Em janeiro de 2006 piora da dispnéia, sendo constatado aumento dos cistos pulmonares na TCAR e piora na SpO2. Submetida à ooforectomia bilateral. Os valores funcionais antes e após a progesterona eram:

CVF=2,49 e 2,72 L; VEF1=1,88 e 1,94 L; VEF1/CVF=76 e 71%, DCO=8,4 e 9,7 ml/min/mmHg e SpO2 rep/Ex=92/81% e 84/79%. Em dezembro de 2007, referia dispnéia para pequenos esforços. A prova funcional mostrava CVF=2,00 L, VEF1=1,38 L, VEF1/CVF=69%, DCO=5,6 ml/min/mmHg e SpO2 em repouso de 82%. Iniciado O2 domiciliar e sirolimo, na dose de 2,0 mg/dia. Em dezembro de 2008 sem dispnéia para atividades usuais, CVF=2,52 L, VEF1=2,06 L, VEF1/CVF=82%, DCO 7,3 ml/min/mmHg e SpO2 rep/ex=93/84%. Estes valores funcionais foram mantidos em abril de 2009. A TCAR de julho de 2007 mostrava cistos e espessamento septal exuberante; após o sirolimo, houve acentuada redução da provável estase linfática. **Caso 2.** Fem, 45 anos, atendida em abril de 2003. Em 2001 teve pneumonia de comunidade, em base esquerda e foi submetida à TC de tórax, com descoberta de cistos pulmonares. Negava dispnéia e tosse crônica. US abdome e TC mostraram nódulo sólido, de 3 cm, hipocogênico, na face medial do polo inferior do rim esquerdo. Submetida a nefrectomia parcial, que revelou angiomiolipoma. Em 2003 a CVF era 2,60 L (86%), VEF1=1,97 L (79%), VEF1/CVF=76%, DCO=22,7 ml/min/mmHg, SpO2 Rep/Ex 96/93%; Mantida em observação, com função pulmonar estável. Em janeiro de 2008 constatada queda da CVF para 2,49 L, VEF1 para 1,76 L, com DCO de 17,6 ml/min/mmHg. SpO2 Rep/Ex=95/91%. Em julho de 2008 confirmada a redução funcional, com CVF=2,42 L, VEF1=1,69 L, VEF1/CVF=70%, DCO=15,0 ml/min/mmHg, SpO2 Rep/Ex=95/91%. Iniciado sirolimo 2 mg/dia. Após dois anos de tratamento sem dispnéia em acíves, que antes apresentava. CVF=2,91 L, VEF1=1,86, VEF1/CVF=64%, DCO=16,2 ml/min/mmHg. O VR que antes do tratamento era de 2,64 L (197%) caiu para 2,06 L (154%). **Conclusão:** O sirolimo pode ser eficaz no tratamento da LAM.

P0223 PULMÃO DA FLOCAGEM ("FLOCK LUNG") COM EXPOSIÇÃO INUSITADA

CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; VERA LUIZA CAPELOZZI

UNIFESP.HSPE-SP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA OCUPACIONAL PULMONAR; FLOCAGEM; BRONQUIOLITE

Introdução-Flock é fibra cortada ou pulverizada (sintética ou natural) de pequeno diâmetro que produz uma cobertura semelhante a veludo quando aplicada a tecido ou outro material coberto por adesivo. O uso de tecido "flocado" é crescentemente popular, especialmente no revestimento de móveis estofados e cobertores. Materiais sintéticos usados para fazer a flocagem incluem nylon, rayon, e poliéster. Os poucos casos publicados no exterior referem-se à exposição em fábricas. Nenhum caso de "flock lung" foi descrito no Brasil. O objetivo do presente relato é descrever um caso com exposição doméstica. **Relato-** Fem, 65 anos, não fumante. Dispnéia aos moderados esforços e tosse seca com chiado há 15 anos. Abandonou diversas atividades pela dispnéia. Nega achados de collagenoses e sintomas de refluxo. Tinha mofo e periquitos em casa até há seis anos. Desenhou em veludo sintético, utilizando pirógrafo, por 18 meses, de 1984 a 1986, tendo tosse intensa quando da exposição, e tendo surgido dispnéia e sibilância após o período da exposição. Fez tratamentos alternativos diversos sem melhora. PA 150x90 mmHg, FC=80 bpm, SpO2=90%, ausência de baqueteamento digital, estertores finos em ambas as regiões infra-claviculares, bilateralmente. Prova funcional CVF=1,78 L (73%), VEF1=1,25 L (64%), VEF1/CVF= 70%,

VR=1,53 L (119%), CPT=3,6 L (90%), DCO=8,6 (43%) ml/min/mmHg, SpO₂ rep/Ex=90/84%. Após broncodilatador não houve variação significativa. A TCAR mostrava extensas áreas de aprisionamento de ar, com bronquiectasias esparsas e infiltrado reticular septal e não septal, com distorção parenquimatosa. Biópsia transbrônquica com retirada de diversos fragmentos bem representativos mostrou (Dra Vera Capelozzi): pneumonia intersticial bronquiocêntrica, intenso acúmulo de células linfomononucleares em bronquíolo terminal, espessamento dos septos alveolares por infiltrado de mononucleares com aspecto homogêneo, fibrose intersticial discreta e hiperplasia de células alveolares. O LBA mostrou N=18%; Eo=3%; Li=56%; MΦ=23%. Com estes achados os critérios clínicos diagnósticos propostos foram preenchidos (Kern DG, et al. Chest 2000;117:251-9), sendo os achados do LBA e BTB altamente compatíveis, não sendo considerada necessária biópsia cirúrgica. Conclusão: "Flock lung" pode ser encontrado fora do ambiente ocupacional usual.

PO224 DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE EM REMISSÃO EM USO DE ANTI-TNF ALFA

THULIO MARQUEZ CUNHA1; CAROLINA ZORZANELLI COSTA2; JULIANA MARKUS3; JÚLIA TORELLA GUEDES4; NATASSIA OLIVEIRA LAWAL5; DANIELLA DINIZ NASCIMENTO6; ROBERTO RANZAN7; BEN HUR BRAGA TALIBERTI8

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/UNIFESP, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 2,3,4,5,6,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ARTRITE REUMATÓIDE; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR; ANTI TNF ALFA

Introdução: Os biológicos anti-fator de necrose tumoral alfa (TNF α) são o tratamento de primeira escolha na Artrite Reumatóide (AR) sem controle satisfatório da atividade de doença com drogas modificadores de doença (DMARDs) tradicionais. Relatos recentes sugerem que seu uso pode reativar uma doença intersticial pulmonar (DIP), não infecciosa, pré-existente, ou induzi-la. **Relato de Caso:** Mulher, 52 anos, hipertensa, ex-tabagista 30 maços/ano (cessação há 7 anos), AR há 9 anos. Usou Metotrexate (MTX) 20 mg/sem por 3 anos associado a Leflunomide (LFN) 20 mg/dia por 1 ano com bom controle da doença. Em 7/2005 apresentou pneumonite aguda bilateral atribuída ao MTX que regrediu após a suspensão das duas DMARDs. Em 10/2005 reativou a AR com Disease Activity Score (DAS) 7.41 e foi iniciado Adalimumab (ADA), 40mg sc 15/15 dias em monoterapia. O Raio X de tórax para screening de TB latente era normal. Em 3/2006, devido a resposta parcial, DAS 5.53, foi reintroduzida LFN. Obteve remissão da AR e DAS constantemente <2.6. Em 1/2010 iniciou quadro de tosse seca e dispnéia intensa, RX de tórax com opacidade intersticial em bases e TC que confirmou pneumopatia intersticial evidenciando áreas de faveolamento com bronquioloectasias de tração. Em 4/2010, sem LFN e em uso de ADA, foi avaliada no Serviço de Reumatologia HC-UFU e internada. Bom estado geral, eupneica, afebril, crepitações em velcro bibasais sem outras alterações no exame físico. Articular: sem deformidades ou sinais flogísticos. Exames: gasometria arterial= ph: 7,42; paO₂: 43,3; paCO₂: 46,4 e SatO₂: 80,9%. Hb: 13,3g%; Htc: 40,1%; leucócitos: 11.000/mm³, bastões: 0%, plaquetas: 300 mil/mm³. RX tórax: opacidade intersticial difuso bilateral, sugerindo doença

fibrosante. Ecocardiograma com função sistólica preservada, sem hipertensão arterial pulmonar. Espirometria com distúrbio ventilatório restritivo leve. Biópsia pulmonar a céu aberto mostrou pneumonia intersticial usual sem. Recebeu alta hospitalar com oxigenioterapia domiciliar 24 horas/dia. **Discussão:** O uso dos anti-TNF α em pacientes com AR, pode não evitar o aparecimento ou a progressão do envolvimento intersticial pulmonar, mesmo com artrite em remissão. Nos últimos 8 anos foram publicados cerca de 40 casos de doença intersticial pulmonar não infecciosa que surgiram ou pioraram em vigência de tratamento com a-TNF α , em pacientes com AR. Nessa paciente iniciamos um ciclo de pulsoterapia com ciclofosfamida com boa resposta clínica.

PO225 RELATO DE CASO: PNEUMONIA LIPOÍDICA CRÔNICA

PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; CAROLINA MONTÉMOR SOARES MESSINA; CÁSSIO RAFAEL DE MELO; FERNANDA DATRI BACCELLI; HENRIQUE FERREIRA DE BRITO; FLAVIO FERLIN ARBEX UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA LIPOÍDICA; PAVIMENTAÇÃO EM MOSAICO; DOENÇA INTERSTICIAL

Introdução: Pneumonia lipóidica é uma condição pulmonar incomum de início insidioso. Possui dois tipos de classificação: exógena e endógena. A causa mais comum da exógena é por aspiração crônica de óleo mineral (laxantes), mas também há relatos de microaspirações de formulações lipídicas, como gotas nasais para tratamento de rinite crônica, gloss, tinta a óleo. Essas substâncias oleosas não são depuradas pelo pulmão e inibem o reflexo da tosse assim como a função do epitélio mucociliar, facilitando a aspiração. A causa endógena é por obstrução aérea distal, geralmente secundária a tumor, bronquiectasias. A obstrução aérea distal resulta em degeneração da parede da célula alveolar e libera lipídeos. Os macrófagos alveolares englobam os lipídeos e acumulam nos espaços aéreos distais. Também podemos classificar em aguda e crônica. Observamos a aguda em aspirações acidentais e maciças de partículas oleosas (misturas hidrocarbonadas, como querosene) descritas em "engolidores de fogo". Já nas formas crônicas ocorre quando há exposição por vários anos, por exemplo, óleo mineral, uso de colírios oleosos. **Relato de Caso:** Mulher, 43 anos, faxineira, com queixa de dispnéia progressiva há 7 anos, aos moderados esforços, associado a tosse com expectoração hialina. Apresentou dois episódios de hemoptise nos últimos 6 meses. Negava febre ou perda ponderal. Possuía como antecedente pessoal tuberculose pulmonar aos 14 anos, pneumonias de repetição há 7 anos e tabagismo 13 a/m, parou há 3 anos. O exame físico evidenciava estertores crepantes em velcro nas bases, além de dessaturação no teste do degrau (início SatO₂ 95%, após 3 minutos Sat O₂ 80%). Raio X tórax com infiltrado reticular em bases. TC de tórax com padrão de pavimentação em mosaico, com áreas de vidro fosco e bronquiectasias. Optamos por realizar biópsia transbrônquica com resultado inconclusivo. Partimos então para biópsia a céu aberto e o anatomo patológico evidenciou espaço alveolar com preenchimento difuso, homogêneo e presença de macrófagos com lipídes. Concluímos o diagnóstico de pneumonia lipóidica crônica por aspiração de lustra-móveis. Uma vez que a paciente tinha contato diário com tal substância que é composta por óleo mineral. Após afastar a paciente da exposição a paciente

apresentou melhora da dispnéia e da tosse. Permanece em acompanhamento em nosso ambulatório. A pneumonia lipóidica é uma afecção rara. O diagnóstico é feito através da história clínica de exposição (aguda ou crônica), aspectos radiológicos e tomográficos característicos, e biópsia com anatomopatológico.

P0226 REGISTRO DE DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS (DPIS) EM TRÊS CENTROS DE SÃO PAULO

LILIAN TIEMI KURANISHI¹; KARIN MUELLER STORRER²; MAURI M. RODRIGUES³; SILVIA CARLA RODRIGUES⁴; MARIANA SILVA LIMA⁵; RIMARCS GOMES FERREIRA⁶; MARIA RAQUEL SOARES⁷; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA⁸

1,2,3,4,5,6,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REGISTRO; DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS; DIAGNOSTICO

Introdução: Registros sobre doenças intersticiais foram relatados em alguns países, porém diferenças regionais são observadas. No Brasil não são disponíveis dados de frequência das diversas DPis. **Objetivos:** Avaliar a frequência relativa e os métodos diagnósticos empregados em um grande grupo de pacientes com DPis. **Métodos:** Um banco de dados foi criado a partir de fichas de atendimento padronizadas, incluindo dados gerais, diagnóstico final, resultados de biópsias e padrões tomográficos. O diagnóstico final considerado levou inicialmente em conta a etiologia/associação e, na ausência destes, o diagnóstico histológico correlacionado com os dados clínicos. Nos demais casos, o diagnóstico foi realizado por dados clínicos e complementares. **Resultados:** 2327 pacientes foram incluídos, 1337 (57,5%) do sexo feminino. A x de idade foi de 59 ± 15 anos. O diagnóstico foi feito por achados histológicos diagnósticos ou compatíveis por biópsia transbrônquica em 308 (13%), por biópsia cirúrgica em 548 (24%) e de outros locais em 154 (7%) dos casos. Nos demais, (56%) o diagnóstico foi feito pelos achados clínicos e tomográficos ou por exames complementares, incluindo pesquisa de auto-anticorpos e achados do LBA. 150 (6,4%) não tiveram diagnóstico definido. Os diagnósticos em ordem decrescente de frequência foram: FPI (n=377, 16,2%); doenças do tecido conjuntivo (DTC) (n= 357, 15,3%); PH (n = 356, 15,3%) e sarcoidose (n=350, 15%). Seguiram-se as bronquiolites (n = 114, 4,9%), as pneumoconioses (n = 104, 4,5%), a pneumonia em organização (n = 104, 4,5%), lesão por drogas (n = 74, 3,2%), vasculites (n = 56, 2,4%), aspiração (n = 44, 1,9%), fibrose bronquiocêntrica (n = 41, 1,8%), histiocitose de Langerhans (n = 30, 1,3%), pneumonia inespecífica (n = 27, 1,2%), e LAM (n = 25, 1,1%). Outras condições não atingiram 1%. **Conclusão:** FPI, sarcoidose, pneumonia de hipersensibilidade, doenças do tecido conectivo, pneumonia organizante, bronquiolites e pneumoconioses perfazem 76% das DPis. Em quase metade dos casos, o diagnóstico final foi obtido por biópsia, em sua maioria cirúrgica.

P0227 ACHADOS DIFERENCIAIS GERAIS DAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS (DPIS)

LILIAN TIEMI KURANISHI¹; KARIN MUELLER STORRER²; MAURI M. RODRIGUES³; SILVIA CARLA RODRIGUES⁴; MARIANA SILVA LIMA⁵; RIMARCS GOMES FERREIRA⁶; MARIA RAQUEL SOARES⁷; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA⁸

1,2,3,4,5,6,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL; TOMOGRAFIA; DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS

Introdução: As doenças intersticiais apresentam padrões tomográficos característicos ou compatíveis o que, associado à distribuição etária e sexo, pode definir ou estreitar as possibilidades diagnósticas. **Objetivos:** Avaliar a associação entre dados gerais (sexo, idade), tomográficos e diagnósticos nas DPis. **Métodos:** Dados de um banco de doenças pulmonares intersticiais, criado a partir de fichas de atendimento padronizadas foram levantados. O diagnóstico final considerado levou inicialmente em conta a etiologia/associação e, na ausência destes, o diagnóstico histológico ou os dados clínicos. **Resultados:** 2327 pacientes foram incluídos, 1337 (57,5%) do sexo feminino. A x de idade foi de 59 ± 15 anos. Dentre as condições comuns, predominaram no sexo masculino, as pneumoconioses 97/105 (92%) seguida da FPI 255/377 (68%). Predominaram no sexo feminino, as DTC 292/357 (82%), PH 230/35 (65%) e a sarcoidose 224/350 (64%) ($x^2 = 200,4$, $p < 0,001$). Todos os pacientes com LAM (n = 25) eram do sexo feminino. A média de idade da FPI foi de 70 ± 9 , da PH 62 ± 14 , das DTC $56 \pm 13,8$ e da sarcoidose 51 ± 13 anos ($F = 146,5$, $p < 0,001$). Todas médias diferiram entre si pelo teste de Tukey, $p < 0,001$. Os padrões tomográficos e os diagnósticos finais foram disponíveis para revisão em 1893 (81% dos casos). Os padrões por ordem decrescente de especificidade associados de maneira significativa com os diagnósticos mais encontrados foram: 1. Reticular com faveolamento (n = 484): FPI 55%; DTC 16% e PH = 15%. Dos 332 casos com diagnóstico de FPI, 265 (80%) apresentavam faveolamento. 2. Padrão em mosaico, (n= 252): PH 44%; bronquiolites 21%; DTC 21%. 3. Reticular sem faveolamento (n = 383): sarcoidose 36%; DTC 25%; PH 25%. 4. Vidro fosco com fibrose (n = 51): DTC 28%; PH 26%; FPI 19%. 5. Nódulos (n= 549): sarcoidose 33%; PH 17%; silicose 12%. 6. Cistos (n = 128): DTC 21%; LAM 19%; HX 18%. A presença de gânglios foi observada em 283 casos: sarcoidose 68%; pneumoconioses 14%. Enfisema associado (n = 145), sendo 60% associado a "FPI" (apenas 3 submetidos à biópsia cirúrgica). Nódulos e gânglios foram observados em 88 casos; destes 86% eram sarcoidose e 12,5% silicose. Opacidades em vidro fosco associada a mosaico foram observadas em 22, sendo 17 (77%) destes portadores de PH. **Conclusão:** A associação de dados clínicos e tomográficos permite estreitar as possibilidades diagnósticas em muitos casos de DPis. Paciente do sexo masculino, com idade avançada e padrão tomográfico com reticular com faveolamento tem maior probabilidade de ter diagnóstico de FIP. Padrão em mosaico indica bronquiolite, mais comumente decorrente de PH. Nódulos representam as doenças granulomatosas,

que quando associados a gânglios, sugerem fortemente sarcoidose. Além disso, pneumoconioses predominam em homens e DTC em mulheres.

PO228 BIÓPSIAS E PADRÕES TOMOGRÁFICOS NO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS PULMONARES INTERSTICIAIS (DPIS)

KARIN MUELLER STORRER¹; LILIAN TIEMI KURANISHI²; MARIANA SILVA LIMA³; MAURI M. RODRIGUES⁴; SILVIA CARLA RODRIGUES⁵; RIMARCS GOMES FERREIRA⁶; MARIA RAQUEL SOARES⁷; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA⁸

1,2,3,4,5,6,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BIÓPSIA PULMONAR; TOMOGRAFIA; DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL

Introdução: A indicação da biópsia pulmonar para definição do diagnóstico das DPIS depende da correlação de dados clínicos e radiológicos. Há estudos que propõem que a correlação com achados tomográficos específicos possam definir a necessidade ou não da realização de biópsia pulmonar. **Objetivos:** Determinar o rendimento de biópsias pulmonares (transbrônquica ou cirúrgica) no diagnóstico das DPIS e sua associação com padrões tomográficos. **Métodos:** Dados de um banco de DPIS foram analisados. O diagnóstico final considerado levou inicialmente em conta a etiologia/associação e, na ausência destes, o diagnóstico histológico, correlacionados com dados clínicos. As tomografias foram avaliadas por pneumologistas experientes de maneira padronizada na avaliação inicial. Definuiu-se padrão predominante aquele em que um padrão predominou sobre os outros e padrão puro, quando havia apenas um tipo. **Resultados:** Padrões descritos na TCAR e diagnósticos definitivos foram disponíveis para revisão em 1893 pacientes. A x de idade foi de 60 ± 15 anos, 58% eram do sexo feminino. Biópsias transbrônquicas (BTB) foram realizadas em 681 (35%) pacientes, sendo consideradas diagnósticas em 59 (9%) e compatíveis (granulomas, etc.), permitindo conclusão diagnóstica, em 225 (33%). Nos demais, foram inespecíficas ou não representativas. A BTB contribuiu para o diagnóstico em 5/60 casos de FPI (8%), em 120/158 de sarcoidose (76%), em 31/112 de PH (28%), em 21/30 (70%) de POC, em 27/47 (62%) de pneumoconioses, em 5/5 de PAP (100%), em 6/13 vasculites (46%), em 22/85 (26%) de DTC, em 15/33 (45%) de lesões por drogas e em 8/26 bronquiolites (31%). Considerando-se os padrões tomográficos predominantes, os maiores rendimentos foram observados no padrão nodular 147/263 (56%), seguido do padrão de consolidação/vidro fosco sem fibrose 110/239 (46%), reticular sem faveolamento 66/158 (42%), vidro fosco com fibrose 47/179 (26%) e reticular com faveolamento 22/113 (19%). Quando considerado padrão puro, foi observado positividade em 74/125 (59%) no padrão nodular, 41/76 (54%) no padrão consolidação/vidro fosco sem fibrose, 26/66 (35%) no padrão vidro fosco com fibrose, 3/15 (20%) no padrão em mosaico e 3/35 (9%) no padrão reticular com faveolamento. Biópsias cirúrgicas foram realizadas em 505 (27%) dos casos. Em 61/371 (16%) casos com FPI; em 36/350 casos (10%) com sarcoidose; em 134/353 (38%) casos com PH, em 61/354 (17%) de DTC. Biópsias de outros locais foram obtidas em 122 (6%) dos casos, sendo 96 (86%) compatíveis com sarcoidose. **Conclusão:** Padrões tomográficos de infiltrado reticular sem faveolamento, de consolidação/vidro fosco sem fibrose e

padrão nodular devem ser investigados inicialmente por BTB, na ausência de uma etiologia clara. A BTB foi diagnóstica na maioria dos casos de sarcoidose, POC, pneumoconioses e PAP. A biópsia cirúrgica foi realizada em mais de um terço dos casos de PH e em uma menor percentagem dos casos de FPI e DTC.

PO229 HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS PULMONAR COM ACOMETIMENTO DA COLUMNA TORÁCICA – RELATO DE CASO

ANDRÉ NATHAN COSTA; ANDRÉ APANAVICIUS; CARLA BASTOS VALERI; CRISTINA MITTELDORF; RONALDO ADIB KAIRALLA

NÚCLEO AVANÇADO DE TÓRAX - HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS - SÃO PAULO, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HISTIOCITOSE CÉLULAS LANGERHANS; INFILTRADO INTERSTICIAL; TABAGISMO

Introdução: A Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans (HPCL) faz parte de um espectro de doenças caracterizado pela proliferação monoclonal e infiltração de diferentes órgãos por células de Langerhans. O mecanismo de lesão é ainda desconhecido, mas acredita-se que a exposição ao tabaco teria efeito estimulante sobre células neuroendócrinas, que atuando sobre os monócitos e macrófagos, induziria à formação de células de Langerhans. O acometimento pulmonar é o único em 85% das vezes, porém mais raramente, outros órgãos como os ossos podem ser concomitantemente acometidos. **Objetivos:** Apresentar um caso de HPCL com acometimento pulmonar com lesão de coluna torácica. **Métodos:** Descrição de caso clínico de paciente ambulatorial - Núcleo Avançado do Tórax do Hospital Sírio Libanês - São Paulo - SP. **Resultados:** Paciente feminina, 51 anos, natural de Itararé - SP. Antecedente de HAS e hipotireoidismo. Queixa por três meses de dor torácica posterior acompanhada de tosse seca e dispnéia progressiva, após quadro de IVAS. Tabagista 30 anos-maço. Sem exposições ambientais ou profissionais relevantes. Submetida a tomografia computadorizada (TC) de tórax que mostrou presença de infiltrado intersticial difuso com pequenos nódulos pulmonares não calcificados de contornos irregulares, com dimensões de poucos milímetros a um centímetro, distribuição centrolobular e predominância em campos superiores. Encontrados também vários nódulos escavados e raras lesões císticas de paredes finas, formato irregular e conteúdo aéreo, medindo até 0,8 cm. Na coluna torácica, presença de extensa lesão lítica em corpo vertebral T5. O PET-CT mostrou discreto aumento da atividade metabólica no parênquima pulmonar bilateral e presença de lesão hipermetabólica no corpo vertebral de T5. Realizada biópsia de lesão de corpo vertebral guiada por TC com quadro histológico compatível com Histiocitose de Células de Langerhans (imunoeexpressão da proteína S100, CD68 CD1a). Atualmente em acompanhamento para cessação do tabagismo, e em programa de radioterapia para lesão em T5. **Conclusão:** Vários órgãos podem ser envolvidos na Histiocitose de Células de Langerhans (HCL) - pulmões, osso, pele, hipófise, fígado, e linfonodos. O termo "Histiocitose Pulmonar de Células de Langerhans" (HPCL) é usado para se referir à doença pulmonar que pode ocorrer tanto isoladamente como parte de um envolvimento multissistêmico. No caso apresentado, associa-se aos achados radiológicos pulmonares o extenso acometimento

ósseo da doença, comprovado por achados histopatológicos compatíveis.

P0230 RELATO DE CASO: USO DE MICOFENOLATO DE MOFETILA NO TRATAMENTO DE BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA

LILIAN TIEMI KURANISHI¹; KARIN MUELLER STORRER²; MARIANA SILVA LIMA³; MAURI M. RODRIGUES⁴; RIMARCS GOMES FERREIRA⁵; SILVIA CARLA RODRIGUES⁶; MARIA RAQUEL SOARES⁷; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA⁸

1,2,3,4,5,6,8.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 7.HSPE, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE CONSTRICTIVA; TRATAMENTO; MICOFENOLATO DE MOFETILA

Introdução: Bronquiolite constrictiva é uma doença que compromete as pequenas vias aéreas com etiologia diversa, sendo a mais comum a infecção. A maioria dos pacientes possui comprometimento funcional importante, com piora progressiva e pouca resposta ao tratamento imunossupressor. **Objetivos:** descrever um caso de paciente com bronquiolite constrictiva com boa resposta ao tratamento com micofenolato de mofetila. **Descrição:** Paciente do sexo masculino, 12 anos na primeira avaliação, com quadro de infecções respiratórias de repetição desde o primeiro ano de vida. Apresentava-se com dispnéia moderada e chiado constante mesmo com tratamento otimizado para “asma”. Realizou prova de função pulmonar que mostrou distúrbio obstrutivo acentuado (CVF=2,11L (40%)/2,26L(43%) VEF1=0,91 (19%)/0,88 (19%) VEF1/CVF=0,43/0,43) e tomografia de tórax com áreas em perfusão em mosaico e bronquiectasias. Foi submetido à biópsia cirúrgica que confirmou quadro de bronquiolite constrictiva, por provável causa infecciosa. Inicialmente, recebeu tratamento imunossupressor com corticosteróide e ciclofosfamida oral, por 18 meses, com melhora parcial, mantendo terapia com associação de broncodilatador de longa duração e corticóide inalatório e dose baixa de corticóide oral. Entretanto, persistia com infecções respiratórias recorrentes, sendo que aos 20 anos necessitou internação em UTI por quadro de edema generalizado e insuficiência respiratória. Na época, diagnosticado hipertensão arterial com cor pulmonale associado (PAP=40mmHg em cateterismo direito). Pela piora clínica, optado por iniciar tratamento com micofenolato de mofetila 2g/d, além da associação de broncodilatador de longa duração e corticóide inalatório e oxigenioterapia. Após 12m de uso, paciente evolui com melhora clínica significativa, não precisando mais internar por quadro de infecção respiratória, voltando às atividades usuais com necessidade de oxigenioterapia apenas para dormir. Avaliação funcional mostrou ganho de 1,18L na CVF, 0,28L no VEF1 e redução de 0,35L no VR após 12 meses de tratamento. Até o momento, o paciente não apresentou nenhum efeito adverso ao medicamento. **Conclusão:** Micofenolato de mofetila pode ser uma opção terapêutica para os casos de bronquiolite constrictiva que não são responsivos ao tratamento inicial usual, com resposta clínica e funcional considerável e poucos efeitos colaterais.

P0231 FIBROSE INTERSTICIAL PULMONAR EM UMA PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE

JOANA PEROTTA; CRISTIANE GROENWOLD CAMPOS; IRINEI MELEK HOSPITAL ANGELINA CARON, CAMPINA GRANDE DO SUL, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE INTERSTICIAL PULMONAR; ARTRITE REUMATÓIDE; RELATO DE CASO

Introdução: A artrite reumatóide é uma doença crônica, multissistêmica que acomete cerca de 1% da população total. Embora a doença seja mais prevalente em mulheres, o acometimento pulmonar é mais comum em homens, com doença de longa data, fator reumatóide positivo e nódulos subcutâneos. O envolvimento pulmonar mais comum é o derrame pleural. Outras manifestações pulmonares incluem nódulos reumatóides no parênquima, que podem evoluir com cavitação ou fistula broncopleural. Existe uma associação desses nódulos pulmonares com pacientes trabalhadores de minas de carvão a qual se designa Síndrome de Caplan. Também pode ocorrer fibrose intersticial difusa e vasculites de vasos pulmonares. **Relato do Caso:** Paciente feminina de 68 anos com diagnóstico de artrite reumatóide há cerca de 30 anos e diabetes tipo II há 10 anos. Iniciou em setembro de 2009 com dispnéia e tosse com expectoração hialina, em uso de Cloroquina 250 mg ao dia e Azatioprina 50 mg ao dia. Referia dor em região dorsal associada às crises de tosse. Teve perda de 8,5kg em três meses. Relatava episódios frequentes de pneumonia. Negava tabagismo ou etilismo. Ao exame apresentava-se em bom estado geral, estável hemodinamicamente. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído difusamente, com estertores finos difusos. Varizes em ambos os membros inferiores e além de desvio ulnar e atrofia muscular interdigital. Paciente foi submetida a exame por tomografia axial computadorizada de tórax, a qual evidenciou opacidades reticulares difusas e bilaterais, principalmente subpleurais, com áreas de faveolamento associadas a espessamento pleural. Houve dificuldade técnica na tentativa de realizar espirometria. Associando-se o quadro clínico com os resultados dos exames, chegou-se ao diagnóstico de fibrose intersticial pulmonar associada à artrite reumatóide. **Conclusão:** O acometimento pulmonar no caso exposto pode ser conseqüente à evolução natural da artrite reumatóide, bem como por efeito medicamentoso. No momento do diagnóstico da doença pulmonar, a paciente encontrava-se com idade avançada, sem nódulos subcutâneos, porém com diversas manifestações extra-articulares. As exacerbações agudas relacionadas ao uso de drogas modificadoras de doença, que podem ser fatais, parecem ser mais prevalentes em pacientes com artrite reumatóide em relação aos portadores de outras doenças do tecido conjuntivo. Os achados da tomografia computadorizada (espessamento pleural, faveolamento, padrão em vidro fosco) podem ser correlacionados aos subgrupos criados no Consenso de Classificação de Fibrose Intersticial Pulmonar pela American Thoracic Society (ATS) / European Respiratory Society. Muitos pacientes assintomáticos apresentam alterações nos exames de imagem, de forma que a porcentagem de pacientes com artrite reumatóide e comprometimento pulmonar provavelmente é maior que o estimado.

P0232 ÍNDICE DESSATURAÇÃO-DISTÂNCIA (IDD): UM NOVO CONCEITO NA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS

SUZANA PINHEIRO PIMENTA; BRUNO GUEDES BALDI; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS; PNEUMOPATIAS INTERSTICIAIS; ÍNDICE DESSATURAÇÃO - DISTÂNCIA

Introdução: a avaliação funcional em pacientes portadores de pneumopatia intersticial (PI) vem ganhando grande importância, tanto como marcador de sobrevida como de resposta à terapia instituída nestes pacientes. O teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) é uma ferramenta funcional muito utilizada, tendo sido observada boa correlação entre a dessaturação e a difusão do monóxido de carbono (DLCO), bem como entre a distância percorrida e a sobrevida de pacientes com PI. **Objetivos:** desenvolver o índice composto denominado Índice Dessaturação-Distância (IDD) utilizando duas variáveis obtidas do TC6M, a oximetria de pulso e a distância percorrida em metros, delineando assim uma ferramenta funcional mais eficaz para avaliação destes indivíduos. **Métodos:** pacientes com PI e controles saudáveis foram submetidos à prova de função pulmonar completa e ao TC6M realizado com holter de oximetria que mediu a saturação de hemoglobina (SpO₂) a cada 2 segundos. Os pacientes deveriam apresentar oximetria > ou igual a 88% em ar ambiente e em repouso. Na análise do holter foi calculada a área de dessaturação (AD), obtida pela diferença entre 100% (valor máximo possível da SpO₂) e a saturação aferida. O IDD foi obtido pela razão entre a AD e a distância percorrida durante o TC6M (figura em anexo). O valor da SpO₂ mínima (SpO₂ min), sustentada por um período > ou igual a 10 segundos foi outra variável analisada. **Resultados:** 49 pacientes e 11 controles completaram o protocolo. Os pacientes com PI totalizaram 23 com Fibrose Pulmonar Idiopática, 6 com Pneumonite de Hipersensibilidade Crônica, 5 com Fibrose Centrilobular secundária à Doença do Refluxo Gastroesofágico e 15 com Linfangioleiomiomatose. A média (desvio-padrão) de idade foi de 60 (12) anos e 65 (9) anos respectivamente (p: NS). Dados obtidos do TC6M mostraram diferença estatisticamente significativa entre pacientes com PI e controles, sendo a média da distância caminhada 430 e 620 metros, respectivamente; SpO₂ min de 85% e 94% respectivamente e a mediana do IDD foi de 10 e 2,5, respectivamente. A correlação entre a DLCO e o IDD evidenciou o melhor coeficiente de correlação ($r = -0,72$; $p < 0,001$) quando comparado com a correlação entre DLCO e SpO₂ min ($r = 0,61$; $p < 0,001$) ou entre DLCO e distância caminhada ($r = 0,58$; $p < 0,05$). **Conclusão:** o Índice Dessaturação-Distância é um conceito promissor e uma ferramenta funcional mais fidedigna do que outras variáveis utilizadas rotineiramente para avaliar a integridade da membrana alvéolo-capilar, geralmente comprometida em pacientes com pneumopatia intersticial. Índice Dessaturação - Distância (IDD): Calculado usando a razão entre a AD (área cinza - obtida pela SpO₂ registrada a cada 2 segundos) e a distância caminhada.

P0233 RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

MARINA SILVEIRA MENDES¹; ANTONIO GEORGE DE MATOS CAVALCANTE²; GEORGE CAVALCANTE DANTAS³; SAMUEL XIMENES FEIJÃO⁴; RAFAEL DA SILVA HOLANDA⁵; NARA GRANJA NUNES⁶; KARINE PASCHOAL BOTELHO⁷; DAVID ANTÔNIO CAMELO CIDB

1,3,4,5,6,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ E HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; ESCLEROSE; TUBEROSA

A linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara que acomete mulheres em idade reprodutiva. Existem duas formas de expressão da LAM. Uma associada à Esclerose Tuberosa e a outra não associada, conhecida como forma esporádica. Na LAM ocorre proliferação de células musculares lisas atípicas nos vasos linfáticos e linfonodos do parênquima pulmonar e outros tecidos. A doença manifestar-se classicamente, por dispnéia progressiva, tosse seca, episódios recorrentes de pneumotórax e, menos frequentemente, quilotórax e hemoptise. O padrão radiológico é de comprometimento difuso do interstício pulmonar. **Objetivos:** Relato de um caso de LAM da forma esporádica em uma paciente, após menopausa, atendida no Hospital Geral Cesar Cals, em Fortaleza-CE. **Métodos:** Descrição clínico-laboratorial, de imagem e anatomopatológica do caso analisado. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, de 46 anos, relata que a oito dias da primeira consulta apresentou, após esforço físico intenso, episódios de tosse seca, hemoptise de pequeno volume e dispnéia leve. Refere passado de tabagismo, cerca de 20 anos/maço (Parou há 20 anos). Relata duas intervenções cirúrgicas (apendicectomia há 33 anos e hernioplastia há 13) e transfusão sanguínea há 20 anos. Menarca aos 13 anos, menopausa aos 44 anos (há 02 anos). G3P3A0. Ao exame físico paciente apresentava-se hipocorada (+/++++) com tórax simétrico, sem retrações ou abaulamentos. Na ausculta pulmonar observamos murmúrio vesicular diminuído difusamente. A radiografia de tórax mostrou acentuação difusa da trama pulmonar, sugestiva de envolvimento intersticial, e inúmeras áreas de hipertransparência areolares tênues, esparsas bilateralmente. Também foram observados dois pequenos nódulos densos, sendo um no terço médio esquerdo e, outro no lobo médio. Os hilos pulmonares tinham aspecto anatômico e os seios costofrênicos eram livres. A espirometria mostrou CVF = 2,36L (80,6% do previsto); VEF1 = 1,87L (76,7% do previsto) e VEF1/ CVF = 0,79. A TCAR do tórax mostrou múltiplas lesões císticas de paredes finas, esparsas em toda extensão do parênquima pulmonar; espessamento da pleura apical de ambos os pulmões e estrias parenquimatosas nos segmentos anteriores dos lobos superiores direito e esquerdo. A ultrassonografia do abdome não evidenciou anormalidades. O hemograma e os parâmetros bioquímicos estavam normais. Foi realizada biópsia pulmonar por videotoracoscopia e o exame histopatológico confirmou o diagnóstico de LAM. A paciente evolui sem complicações e recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas. Foi programado seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Caso de LAM com apresentação tomográfica clássica e diagnóstica confirmado por histopatológico. Apesar da exuberância dos sinais tomográficos a função pulmonar é relativamente preservada e, atualmente a paciente nega sintomas expressivos.

P0234 BOOP APÓS A INSTILAÇÃO DE BCG INTRA-VESICAL PARA O TRATAMENTO DE NEOPLASIA DE BEXIGA

MARCIA GONÇALVES DE OLIVEIRA¹; NELSON XAVIER SOARES JUNIOR²; CATIA REJANIA RIBEIRO DE MELO³; THULIO MARQUEZ CUNHA⁴; RAFAEL FARACO RODRIGUES⁵; MAURO GOMES⁶

1.UNIFESP/HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2,3,5,6. HOSPITAL SAMARITANO, SAO PAULO, SP, BRASIL; 4.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BOOP; NEOPLASIA DE BEXIGA; BCG

A bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP) é um dos padrões de resposta histológica do pulmão a uma variedade de agressões que comprometem as pequenas vias aéreas não cartilaginosas e as estruturas alveolares. O caso clínico descrito a seguir relata um paciente que desenvolveu alterações pulmonares após imunoterapia com BCG para tratamento de câncer de bexiga. **RELATO DO CASO:** Relata-se caso de um paciente do sexo masculino, 70 anos, ex-tabagista há 30 anos, 20 anos-maço, portador de cirrose hepática criptogênica e neoplasia de bexiga, submetido previamente a imunoterapia com BCG intravesical com 120mg em 5 aplicações mensais. Fazia uso de bromoprida e omeprazol. Evoluiu após último ciclo de BCG com tosse seca persistente, dispneia progressiva. Ao exame torácico: murmúrio vesicular com estertores crepitantes em bases pulmonares, Saturação oxigênio (SatO₂) 92%. Apresentava à radiografia torácica nódulos calcícos apicais. Tomografia de tórax de alta resolução com opacidades em vidro fosco bilaterais com áreas de perfusão em mosaico, espessamento de septos interlobulares. Broncoscopia sem alterações. Lavado broncoalveolar negativo para fungos, bactérias ou micobactérias (pesquisa direta e métodos PCR negativos); biópsia transbrônquica: Bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP) com alveolite macrofágica. Evoluiu com piora clínica, SatO₂ 87% no repouso e ausculta pulmonar com estertores crepitantes difusos necessitando de ventilação mecânica não invasiva. Devido à evolução rápida, na ausência de contra-indicação, foi iniciada corticoterapia sistêmica (metilprednisolona 240mg/dia). Após o terceiro dia apresentava-se eupneico ao repouso e SatO₂ em ar ambiente de 92%. Após 7 dias houve melhora radiológica. Em 15 dias reduziu-se a dose sendo iniciado corticóide oral (prednisona 40mg). Recebeu alta para seguimento ambulatorial. **Discussão:** Reação a droga parece ser a principal hipótese a ser considerada para este caso de BOOP que seguiu à administração de BCG intravesical para tratamento de neoplasia de bexiga. As alterações radiológicas e anatomopatológicas observadas não poderiam ser relacionadas a nenhuma das drogas utilizadas previamente pelo paciente, pois não são potencialmente tóxicas ao pulmão, exceto o BCG. Embora a principal reação nos pulmões ao BCG seja granulomatosa, há raras descrições de casos de comprometimento intersticial pulmonar após o BCG local. Lee e cols relataram um caso de pneumonia por hipersensibilidade em paciente após imunoterapia, com biópsia transbrônquica mostrando granuloma não caseoso, foco de bronquiolite obliterante com pneumonia em organização e típicas alterações de pneumonia intersticial crônica peribronquiolar. A imunoterapia intravesical com BCG é uma eficiente abordagem terapêutica para o tumor de bexiga. Porém, deve-se ter conhecimento dos possíveis

efeitos adversos associados com o tratamento e estar atento para o diagnóstico precoce e a instituição de uma terapêutica adequada.

P0235 ÍNDICE DESSATURAÇÃO - DISTÂNCIA, UMA FERRAMENTA INOVADORA NA AVALIAÇÃO DA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE: CORRELAÇÃO TOMOGRÁFICA E FUNCIONAL

SUZANA PINHEIRO PIMENTA; PEDRO MEDEIROS JUNIOR; BRUNO GUEDES BALDI; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; ANDRÉ NATHAN COSTA; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS; ÍNDICE DESSATURAÇÃO - DISTÂNCIA

Introdução: a Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença pulmonar que acomete preferencialmente mulheres em idade fértil, caracterizada pela substituição do parênquima pulmonar por cistos, levando à limitação da troca gasosa. Variáveis funcionais como difusão de monóxido de carbono (DLCO) e volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) estão relacionados com a extensão dos cistos na tomografia de tórax na pacientes com LAM. Nós propomos uma nova ferramenta de avaliação funcional, o Índice Dessaturação - Distância (IDD), para correlacionar com a extensão dos cistos. **Métodos:** estudo transversal de 41 pacientes com diagnóstico clínico-radiológico ou histopatológico compatível com LAM e 14 controles. As pacientes realizaram tomografia computadorizada de tórax de alta resolução (TCAR), espirometria, pletismografia e difusão de monóxido de carbono (DLCO); teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) realizado com holter de oximetria que mediu a saturação de hemoglobina (SpO₂) a cada 2 segundos. Na análise do holter foi calculada a área de dessaturação (AD), obtida pela diferença entre 100% (valor máximo possível da SpO₂) e a saturação aferida. O IDD foi obtido pela razão entre a AD e a distância percorrida durante o TC6M; na análise da TCAR foi realizada a quantificação dos cistos pulmonares pelo cálculo do Índice Tomográfico (IT), resultante da média da porcentagem dos cistos medida em 3 diferentes cortes tomográficos (arco aórtico, carina e veia pulmonar inferior). Variáveis contínuas foram apresentadas como médias (desvio-padrão) ou medianas (IQ) correlação foi calculada usando o coeficiente de Spearman e $p < 0,05$ foi considerado significativo. **Resultados:** 41 pacientes com idade média de 42 (9,5) anos e 14 mulheres saudáveis com idade 37 (9) anos. A mediana do IDD calculado no primeiro grupo foi de 4 (2 - 11) e 1,7 (1,2 - 2,2) no segundo. O IDD apresentou boa correlação com VEF1 e DLCO das pacientes, sendo os coeficientes respectivamente $r = -0,65$ ($p < 0,0001$) e $r = -0,80$ ($p < 0,0001$). Na análise tomográfica quantitativa, a média do IT foi de 32,5 (14). Evidenciada boa correlação entre IT e parâmetros funcionais como Volume Residual, com $r = 0,70$ ($p < 0,0001$); IT e VEF1, com $r = -0,66$ ($p < 0,0001$); IT e DLCO, sendo $r = -0,64$ ($p < 0,0001$); IT e IDD, sendo $r = 0,61$ ($p < 0,0001$) - gráficos abaixo. **Conclusão:** o IDD apresentou boa correlação com as alterações funcionais e com a extensão dos cistos pulmonares em pacientes com LAM. Este índice composto é uma ferramenta funcional bastante promissora na avaliação de pacientes com LAM.

PO236 CORRELAÇÃO ENTRE VEGF-D E PERFIL FUNCIONAL DE PACIENTES COM LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

SUZANA PINHEIRO PIMENTA; BRUNO GUEDES BALDI; ANDRÉ NATHAN COSTA; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; VEGF-D; ÍNDICE DESSATURAÇÃO-DISTÂNCIA

Introdução: a Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma rara afecção pulmonar caracterizada pela proliferação de células musculares lisas imaturas e vasos linfáticos. O fator de crescimento endotelial vascular (VEGF-D) está relacionado com a linfangiogênese na LAM. Young RL e col (N Engl J Med 2008) evidenciaram uma forte associação entre os níveis séricos de VEGF-D e o diagnóstico de LAM, estabelecendo um valor de cut-off de 574 pg/ml, com 86% de sensibilidade e 91% de especificidade. No entanto, a correlação entre o VEGF-D sérico e o acometimento funcional na LAM permanece incerto. **Métodos:** 35 pacientes com diagnóstico clínico-radiológico ou histopatológico compatível com LAM participaram do protocolo. Realizaram espirometria, medida de volumes pulmonares e difusão de monóxido de carbono (DLCO); teste de caminhada de 6 minutos (TC6M) realizado com holter de oximetria que mediu a saturação de hemoglobina (SpO₂) a cada 2 segundos. Na análise do holter foi calculada a área de dessaturação (AD), obtida pela diferença entre 100% (valor máximo possível da SpO₂) e a saturação aferida. A partir destes dados foi calculado o Índice Dessaturação-Distância (IDD), obtido pela razão entre a AD e a distância percorrida durante o TC6M (figura em anexo). A dosagem de VEGF-D sérico foi realizada pelo método ELISA nas pacientes com LAM e em 10 controles saudáveis. Variáveis paramétricas foram analisadas pelo teste t Student e Mann-Whitney para as não-paramétricas. **Resultados:** a média (DP) de idade das pacientes foi 42 (8) anos; média do predito de VEF1 e DLCO encontrado foi de 72% (26) e 73% (29) respectivamente; média da distância percorrida e mediana (IQ) do IDD foi de 465 (110) e 4 (3 - 12), respectivamente; a mediana do VEGF-D nas pacientes com LAM foi de 643 pg/ml (400 - 1.745) e de 185 pg/ml (142 - 247) nos controles ($p < 0,001$). Os níveis de VEGF-D variaram de acordo com o status funcional das pacientes, sendo observada mediana de 1.190 pg/ml e 502 pg/ml em pacientes com VEF1 < 80% e VEF1 ≥ ou igual 80% do predito respectivamente ($p < 0,001$); mediana de 1490 pg/ml e 417 pg/ml em pacientes com DLCO < 80% e DLCO ≥ ou igual 80%, respectivamente ($p = 0,009$); mediana de 415 pg/ml e 1420 pg/ml naquelas com IDD < 4 e com IDD ≥ ou igual 4 ($p = 0,008$). **Conclusão:** o VEGF-D é um importante marcador sérico para o diagnóstico de LAM, correlacionando-se também com o acometimento funcional nesta doença. O IDD mostrou-se uma ferramenta adicional na avaliação funcional de pacientes com LAM. Índice Dessaturação - Distância (IDD): Calculado usando a razão entre a AD (área cinza - obtida pela SpO₂ registrada a cada 2 segundos) e a distância caminhada.

PO237 DOXICICLINA NO TRATAMENTO DA LINFANGIOLEIOMIOMATOSE

SUZANA PINHEIRO PIMENTA; PEDRO MEDEIROS JUNIOR; BRUNO GUEDES BALDI; RONALDO ADIB KAIRALLA; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: LINFANGIOLEIOMIOMATOSE; TRATAMENTO; DOXICICLINA

Introdução: a Linfangioleiomiomatose (LAM) é uma doença rara que afeta mulheres, caracterizada por insuficiência respiratória crônica progressiva. Recentes pesquisas têm demonstrado que pacientes portadoras de LAM apresentam níveis elevados de metaloproteinasas (MMP), especialmente MMP -2 e -9, sugerindo sua associação com a degeneração cística pulmonar. A doxiciclina, capaz de inibir as metaloproteinasas em subdoses antimicrobianas, pode levar à melhora / estabilidade funcional em pacientes com LAM.

Objetivos: analisar a cinética das MMP -2 e -9 em pacientes com LAM durante o tratamento com doxiciclina, bem como a repercussão funcional e radiológica deste tratamento. **Métodos:** 40 pacientes com diagnóstico clínico-radiológico ou histopatológico de LAM participaram do ensaio clínico prospectivo, 9 pacientes não completaram o protocolo e 2 ainda realizarão avaliação final. Receberam 100 mg/dia de doxiciclina por um período de 12 meses. Foram submetidas neste período à espirometria, medida de volumes pulmonares e difusão de monóxido de carbono (DLco), teste de caminhada de 6 minutos (TC6M), tomografia de tórax de alta resolução (TCAR), dosagem urinária e sérica de MMP-2 e -9 através do ELISA. A análise quantitativa dos cistos pulmonares foi realizada pela medida do Índice Tomográfico (IT), resultante da média da porcentagem dos cistos medida em 3 diferentes cortes tomográficos (arco aórtico, carina e veia pulmonar inferior). O desfecho primário foi a variação do VEF1 após a doxiciclina. As pacientes foram estratificadas em 2 grupos, aquelas que tiveram aumento ou estabilização do VEF1 (G1) e aquelas em que houve decréscimo do VEF1 (G2). Variáveis contínuas foram apresentadas como médias (desvio-padrão) ou medianas (IQ) e a análise comparativa pelo teste t Student ou Wilcoxon. **Resultados:** 29 pacientes completaram 12 meses do protocolo, com média de idade 40 (8) anos. Houve redução dos níveis de MMP-9 urinária, com mediana 13.426 pg/ml (6.247- 24.764) e 7.744 pg/ml (1.712 -10.071) pré e pós-doxiciclina respectivamente ($p = 0,001$). Quatorze pacientes melhoraram ou estabilizaram VEF1 e 15 pacientes pioraram VEF1 após doxiciclina, apresentando variação mediana de 60 ml (30 a 110) e -140 ml (-110 a -220) respectivamente. Pacientes do G1 apresentaram melhor perfil funcional e radiológico em relação ao G2, conforme tabela abaixo. Os marcadores de resposta à doxiciclina evidenciados foram VEF1 / CVF, sendo 0,8 (0,1) no G1 e 0,63 (0,2) no G2 ($p = 0,03$); IT de 23 (11) no G1 e 33 (12) no G2 ($p = 0,02$). Os efeitos colaterais mais frequentes foram epigastralgia (45%), diarreia (17%) e náuseas (17%). **Conclusão:** apesar do bloqueio da MMP-9 urinária ter sido efetivo em todas as pacientes, apenas um subgrupo com

menor grau de obstrução e menor quantidade de cistos na tomografia apresentou melhora funcional com doxiciclina.

P0238 NÓDULO PULMONAR E FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA: APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UMA DOENÇA COMUM.

BRÁULIO DYEGO MARTINS VIEIRA; MARCELL COUTINHO DA SILVA; MARIA CECÍLIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; OZÉAS GALENO DA ROCHA NETO; THAÍS BITTENCOURT DE OLIVEIRA PIRES; SIMONE BARROSO RIBEIRO FANTINATO; RONALDO ADIB KAIRALLA; MAURO CANZIAN FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA; NÓDULO PULMONAR; INVESTIGAÇÃO

Introdução: Fibrose pulmonar idiopática (FIP) é uma forma específica de pneumonia intersticial fibrosante sendo a mais comum das pneumonias intersticiais idiopáticas, com uma prevalência nos EUA de 14 a 42,7 por 100 mil habitantes. A FIP está associada a um aumento do risco de câncer de pulmão, com um risco relativo de 7 a 14, em comparação com a população geral. Além disso, câncer de pulmão é causa de morte em 10% dos pacientes com fibrose pulmonar. Pacientes com FIP também apresentam um risco aumentado de infecções oportunistas, em decorrência da terapêutica com imunossuppressores. **Relato de Caso:** Homen, 70 anos, com diagnóstico de FIP e história de tabagismo (5 anos-maço), acompanhado no ambulatório de nossa instituição desde 2007. Foi internado para investigação etiológica de opacidade nodular em região basal posterior do pulmão esquerdo, relatava piora progressiva da dispnéia associado a perda ponderal de 10 kg no último ano. Foi realizada tomografia de tórax durante internação (2 meses após primeira tomografia de tórax) que evidenciou aumento e cavitação da opacidade em região basal posterior do pulmão esquerdo. Realizado Tomografia por emissão de pósitrons (PET) que evidenciou captação em base de pulmão esquerdo (>15 SUV). Foi optado pela realização de biópsia transtorácica da lesão citada cujo laudo histopatológico foi: micobacteriose pulmonar, histologicamente representada por granulomas completos necrosantes focais, contendo moderada quantidade de bacilos álcool-ácido em meio a fibrose. Paciente teve alta com prescrição de medicamentos utilizados no tratamento da tuberculose pulmonar. **Conclusão:** apesar do aumento do risco de câncer de pulmão nos pacientes com FIP, deve sempre se cogitar outras etiologias na presença de nódulos pulmonares nestes pacientes.

P0239 ASSOCIAÇÃO ENTRE REDUÇÃO SEVERA DA CAPACIDADE DE DIFUSÃO DE CO (DLCO) E ENVOLVIMENTO PULMONAR EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA

SÉRGIO FERNANDES DE OLIVEIRA JEZLER¹; NATÁLIA AZI²; FLORA FORTES³

¹UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; ^{2,3}FTC, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESCLEROSE SISTÊMICA; DIFUSÃO; ESCLERODERMIA

Introdução: Os testes de função pulmonar constituem parte essencial da avaliação dos pacientes com Esclerose Sistêmica (ES). Estudos anteriores mostraram associação entre anormalidades nos testes de função pulmonar, a severidade do envolvimento pulmonar e o prognóstico, especialmente a redução da CVF e da Capacidade de Difusão do Monóxido de Carbono (DLCO). **Objetivos:** Descrever a associação entre redução severa do DLCO (abaixo de 50% do valor previsto) e envolvimento pulmonar em pacientes

com ES. **Métodos:** Pacientes com ES foram avaliados com questionário clínico e de qualidade de vida relacionado a saúde (SF-36), escala de dispnéia (IDB), testes de função pulmonar, TC de alta resolução (TCAR) e ecocardiograma. De acordo com os valores do DLCO%, os pacientes foram categorizados em 2 grupos: Grupo I (DLCO ≤ 50%) e II (DLCO ≥ 50%). A comparação entre os grupos foi realizada através dos Testes de Mann-Whitney e Qui-quadrado. **Resultados:** Sessenta e oito pacientes foram avaliados, com média de idade e tempo de início de doença de 42,9 anos e 6,6 anos, respectivamente. Os testes de função pulmonar mostraram uma média de CVF% e DLCO% de 76,4 e 55,7, respectivamente. Fibrose pulmonar e Hipertensão Pulmonar foram detectados em 52,4 e 40,9% dos pacientes. Vinte e sete pacientes (39,7%) foram classificados como Grupo I e esses indivíduos apresentaram menores valores de CVF%, VEF1%, dispnéia mais intensa conforme IDB, assim como de alguns domínios do SF-36 (aspectos físicos, estado geral de saúde e aspectos emocionais) quando comparados ao grupo II. A frequência de Hipertensão Pulmonar foi maior no Grupo I (66,7 x 34%), quando comparado ao Grupo II. **Conclusão:** Neste grupo de pacientes com ES, DLCO ≤ 50% esteve associado a estágio mais avançado da doença, com anormalidades mais graves nos testes de função pulmonar, dispnéia mais intensa, menores escores de qualidade de vida e maior prevalência de Hipertensão Pulmonar.

P0240 FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA - EXACERBAÇÃO POR DOENÇA CARDIOVASCULAR

LUCIANA DOS S. ANDREATA; RUDOLF K. F. DE OLIVEIRA; MARIANA SILVA LIMA; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA; EXACERBAÇÃO; DOENÇAS CARDIOVASCULARES

HMA: Masc, 70 anos, ex-fumante há 20 anos de 50 maços/ano. Portador de FPI diagnosticada em 2008, em uso de prednisona e ciclofosfamida. Há 4 dias piora da dispnéia, associada a tosse seca e mal estar. Negava febre e dor torácica. Negava exposição a drogas. Não apresentava estigmas de colagenose, negava DRGE e negava exposição ambiental e ocupacional. Exame físico: REG, PA: 130x90mmHg; FC: 100bpm; T: 36,2°C; FR: 24rpm; SpO₂: 94% em AA. Crepitações em velcro bibasais. Ausculta cardíaca normal. Abdome sem alterações. Exames complementares prévios: Espirometria: CVF=3,01 (77%), VEF1=2,51 (84%), VEF1/CVF=83; Teste de caminhada de 6min: Dessaturação significativa da oxihemoglobina (Δ SpO₂= 95% → 92%). TC Tórax (2008): Faveolamento, bronquiectasias de tração, predomínio bibasal. Evolução: Paciente foi admitido na enfermaria com suspeita diagnóstica de exacerbação da fibrose, mantido corticóide venoso e antibioticoterapia iniciados no pronto-atendimento. Durante a internação, apresentou piora da dispnéia com desconforto torácico, dessaturação de 84% em ar ambiente. TC de tórax: novas áreas de vidro fosco. ECG: Ritmo sinusal regular - Presença de onda Q em DII, DIII e AVF + inversão de onda T de V3 a V6. Troponina com intervalo de 6h = 4,71 ng/L (nl ≤ 0,01 ng/L) → 5,71 ng/L Paciente foi tratado para síndrome coronariana aguda e encaminhado para investigação cardiológica. Ecocardiograma: FE = 0.70 (Teicholz). AE = 48mm (aumento moderado). Disfunção sistólica segmentar de VE (Hipocinesia apical e de parede inferior). Função

sistólica global preservada. Alteração do relaxamento de VE. Insuficiência mitral e tricúspide leve. Cinecoronariografia + ventriculografia E: Lesões complexas (segmentares) de 100% no terço médio da CD e em terço médio da DA e lesão de 70% no óstio da Diagonalis 1. VE com disfunção sistólica global acentuada à custa de hipocinesia da parede inferior. Após otimização do tratamento cardíaco, paciente foi submetido a nova TCAR que mostrou resolução das opacidades em vidro fosco. **Discussão:** Na FPI a média de sobrevida após o diagnóstico é de cerca de 3 anos. A causa mais comum de morte nesse grupo é a progressão da própria doença pulmonar, porém a incidência de mortes por outras causas, como cânceres e doenças cardiovasculares é alta. A associação entre a FPI e doença cardiovascular tem sido demonstrada em vários estudos e acredita-se que mecanismos etiológicos comuns estariam envolvidos nessa associação. Outro aspecto importante seria a hipoxemia provocada pela doença pulmonar, exacerbando a angina e diminuindo a mobilidade do paciente, aumentando o risco de tromboembolismo venoso, além da distração da atenção médica para cuidados cardiovasculares de rotina culminando com prevenção primária e secundária negligenciados.

PO241 UTILIZAÇÃO DE ESCALA DE DISPNEIA EM PACIENTES COM ESCLEROSE SISTÊMICA – ASSOCIAÇÃO COM ENVOLVIMENTO PULMONAR

SÉRGIO FERNANDES DE OLIVEIRA JEZLER¹; NATÁLIA AZI²; FLORA FORTES³

¹.UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; ^{2,3}.FTC, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESCLEROSE SISTÊMICA; DISPNEIA; ESCLERODERMIA

Introdução: A dispnéia constitui o sintoma respiratório mais comum em pacientes com Esclerose Sistêmica (ES) e acometimento pulmonar. No entanto, é usualmente difícil avaliar este sintoma, devido a presença de fadiga e dificuldade de mobilização neste grupo de pacientes. Por conta disso, utilizar uma escala de dispnéia pode tornar-se uma importante ferramenta na avaliação desses pacientes. **Objetivos:** Avaliar a utilidade de uma escala de dispnéia em pacientes com ES e envolvimento pulmonar associado. **Métodos:** Pacientes com ES foram estudados no departamento de pneumologia através da utilização de questionário clínico e de qualidade de vida relacionada a saúde (SF-36), testes de função pulmonar, TC de alta resolução e ecocardiograma. O Índice de Dispneia Basal (IDB, Mahler et al. 1984) foi utilizado em todo o grupo estudado. Os Testes de Mann-Whitney e a Correlação de Spearman foram utilizados para comparar grupos e identificar associações clínicas. **Resultados:** Sessenta e oito pacientes consecutivos foram avaliados, com média de idade e tempo de início de doença de 42,9 anos e 6,63 anos, respectivamente. Os testes de função pulmonar mostraram uma média de CVF% e DLCO% de 76,4 e 55,7, respectivamente. A TC de alta resolução foi sugestiva de fibrose pulmonar em 52,4% dos pacientes. O escore do IDB foi similar em pacientes com e sem fibrose pulmonar, porém mostrou correlação estatística com a idade, CVF, VEF1%, DLCO%, TLC% e com todos os domínios do SF-36, exceto função social. **Conclusão:** Neste grupo de pacientes, a escala de IDB mostrou-se relevante como ferramenta para avaliação da dispnéia. O escore do IDB correlacionou-se a parâmetros funcionais e domínios do SF-36, revelando associação direta entre intensidade da dispnéia e qualidade de vida.

PO242 IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL ASSOCIADA A BRONQUIOLITE FOLICULAR – RELATO DE CASO E REVISÃO DOS ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RENATA CRISTINA TEIXEIRA PINTO VIANA; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE; RENAN ANDRÉ PÉRSIO; MARIA FERNANDA LAZZAROTTO; PABLO MORITZ; JOANITA DEL MORAL

HU - UFSC, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE RESPIRATÓRIA; PURPURA TROMBOCITOPÊNICA; IMUNODEFICIÊNCIA COMUM VARIÁVEL

Introdução: A Imunodeficiência Comum Variável (ICV) compreende várias imunodeficiências humorais, geralmente diagnosticadas entre a segunda e a terceira décadas de vida. Cursam com predisposição a infecções, especialmente no trato respiratório. Pode haver colonização por germes como a *P.aeruginosa* e o *S.aureus*. Cerca de 20% dos pacientes acometidos por ICV apresentam associação com doenças auto-imunes, especialmente a Púrpura Trombocitopênica Imune. A Bronquiolite Folicular é demonstrada através de proliferação de folicúlos linfóides no tecido intersticial peri-brônquico. Possui associações diversas, dentre elas os estados de imunodeficiência primária e adquirida. **Métodos:** Relato de um caso de ICV associada a Bronquiolite Folicular e Púrpura Trombocitopênica Imune. **Resultados:** Paciente masculino, 22 anos, branco, solteiro, natural de Xaxim SC, artesão (pintura em velas decorativas), iniciou há 2 meses quadro de tosse produtiva com escarro amarelado, negava febre no período. Realizada antibioticoterapia, evoluiu com melhora dos sintomas. Referia Púrpura Trombocitopênica Imune aos 8 anos, tendo realizado tratamento clínico por 3 anos, sem melhora. Realizada esplenectomia aos 11 anos. Relatava várias internações por infecções respiratórias nos últimos 10 anos. Há 8 meses, foi diagnosticado deficiência de IgG, IgA e IgM, que com a reposição mostrou redução do número de infecções. Herpes Zoster há 4 anos. Negava tabagismo ativo e passivo, outras drogas. Ao exame apresentava linfonodomegalias axilares e inguinais bilaterais, móveis, indolores. Fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito. A radiografia de tórax evidenciava infiltrado intersticial nodular difuso predominando em terços médios e inferiores e a tomografia computadorizada de tórax evidenciava presença de nódulos centrolobulares difusos com predomínio nos lobos inferiores. Em relação aos exames laboratoriais apresentava leucocitose 18.300 sem desvio a esquerda, provavelmente secundário à esplenectomia, linfocitose 9.000, Anti HIV não reagente. Houve crescimento de *Pseudomonas aeruginosa* multissensível na cultura de escarro, BAAR: 3 amostras negativas. Provas de função inflamatória e reumatológicas negativas. A broncoscopia evidenciou bronquite crônica e presença de moderada quantidade de secreção purulenta. A biópsia transbrônquica foi considerada normal e o lavado broncoalveolar evidenciou marcada linfocitose (80%). A biópsia de linfonodo inguinal demonstrou infiltrado inflamatório inespecífico. A biópsia pulmonar a céu aberto evidenciou Bronquiolite Folicular. Na cultura para fungos do fragmento pulmonar houve crescimento de zigomicetos. O paciente recebeu prednisona e se encontra em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O presente caso ilustra que uma patologia rara, como a Imunodeficiência Comum Variável deve ser lembrada frente a um diagnóstico de Bronquiolite Folicular, especialmente quando associado a fenômenos de auto imunidade como, a Púrpura Trombocitopênica Imune.

PO243 FIBROSE PULMONAR SEVERA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA PARA SARCOMA DE EWING

MARIA CECÍLIA BERNARDES PEREIRA¹; RONALDO RANGEL TRAVASSOS JÚNIOR²; JACQUES PAIVA CAVALCANTI³; MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA⁴; CAMILA RANGEL TRAVASSOS BURITTY⁵; ISABELLE VIEIRA SECUNDO⁶; GABRIELA DINIZ DE SOUZA ARAÚJO⁷; VIVIAN MILANESI HOLANDA⁸

1,2,3,4,5,7,8.UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; 6.UFAL, MACEIO, AL, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE PULMONAR; QUIMIOTERAPIA; TRANSPLANTE PULMONAR

Introdução: Toxicidade pulmonar é um efeito colateral dos tratamentos quimioterápicos reconhecido já há algum tempo. Pneumonite de hipersensibilidade, edema pulmonar não-cardiogênico e fibrose pulmonar estão entre as principais complicações listadas. Dentre elas, esta última podendo ocorrer em semanas a anos depois da exposição ao medicamento, a depender de fatores como qual droga, combinações de drogas, dose, duração da terapia e reposta individual do paciente. Fibrose pulmonar induzida por quimioterapia é uma doença cujo tratamento realmente eficaz ainda não está bem estabelecido. O transplante pulmonar tem sido considerado uma alternativa para os pacientes mais graves, que não responderam à terapia medicamentosa prévia. **Objetivos:** Relatar um caso de fibrose pulmonar incapacitante após tratamento quimioterápico para Sarcoma de Ewing. **Métodos:** Estudo clínico-laboratorial retrospectivo associado à revisão de artigos científicos. **Resultados:** Paciente masculino, 22 anos, natural e procedente de João Pessoa, com história de Sarcoma de Ewing em membro inferior direito há oito anos, tendo sido devidamente tratado com cirurgia e quimioterapia (esquema: etoposide, vincristina, ciclofosfamida) por um ano, finalizando o tratamento com boa evolução. Dois anos depois, paciente iniciou queixa de tosse seca e dispnéia. Foi iniciada investigação, na qual não se encontrou nenhuma evidência de recidiva tumoral. Na radiografia de tórax identificou-se imagem compatível de processo intersticial bilateral. Na tomografia computadorizada de tórax evidenciou-se espessamento pleural, áreas sugestivas de fibrose no parênquima pulmonar, bronquiectasias e bronquioloectasias, com maior comprometimento em ápices. Resultados da prova de função pulmonar foram VEF1 0,6 (15%), CVF 0,9 (19%), REL 66 (80%), entretanto o paciente não conseguiu terminar o exame. Foi, então, feita biópsia pulmonar a céu aberto, apresentando fibrose inespecífica. Recentemente o paciente evoluiu com piora progressiva dos sintomas, intercalando períodos de exacerbação da dispnéia e expectoração, necessitando cursos de antibioticoterapia e corticóide oral. Atualmente encontra-se dispnéico aos mínimos esforços e foi encaminhado para programa de transplante de pulmão. **Conclusão:** Apesar do já consolidado reconhecimento da toxicidade pulmonar induzida por quimioterápicos, casos de fibrose pulmonar incapacitante, semelhantes ao apresentado, continuam sem uma terapia que seja realmente eficaz. A descontinuação da droga agressora já não se configura como opção terapêutica quando pacientes apresentam-se com toxicidade pulmonar por quimioterapia anos depois. Os corticoesteróides raramente têm sido efetivos e, geralmente, são usados para alívio dos sintomas e tentar evitar progressão da doença. O

transplante de pulmão foi considerado o mais apropriado para o caso em questão, pela gravidade do mesmo e pela falência das outras opções terapêuticas.

PO244 BRONQUIOLITE OBLITERANTE ASSOCIADA À EXPOSIÇÃO AO AROMA DE MANTEIGA EM TRABALHADORES DE FÁBRICA DE BISCOITOS EM RECIFE-PE

LAIDA DO RÊGO CAVALCANTI¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA²

1.HOSPITAL BARÃO DE LUCENA, RECIFE, PE, BRASIL; 2.ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUIOLITE; BUTANEDIONE; AROMA DE MANTEIGA

Introdução- Várias publicações internacionais recentes indicam uma nova doença pulmonar ocupacional, potencialmente severa, entre trabalhadores de fábricas com exposição ao aroma de manteiga, com quadros clínicos consistentes com bronquiolite obliterante. Misturas contendo o aroma de manteiga (ácido butírico-butanedione) produzem um gás volátil, que ocasiona injúria nas vias aéreas, resultando em obstrução irreversível envolvendo os bronquíolos respiratórios. Ainda não existem casos publicados no Brasil. **Objetivos-** Descrever 4 casos clínicos de obstrução pulmonar severa, compatíveis clinicamente com bronquiolite obliterante, em jovens com exposição ao aroma de manteiga, numa fábrica de biscoitos em Recife-PE; e alertar a comunidade médica sobre o risco nesta população. **Métodos-** Estudo descritivo do tipo série de casos. **Resultados-** Quatro jovens do sexo masculino, previamente hígidos, não tabagistas, com idade entre 27 e 30 anos, tiveram exposição ao aroma de manteiga (ácido butírico-butanedione) há 2 anos, por períodos que variaram entre 1-2 anos, durante o preparo da mistura, sem usar equipamentos de proteção individual, numa fábrica de biscoitos em Recife/PE. Todos evoluíram com quadro de tosse e dispnéia progressiva e apresentavam distúrbio obstrutivo à espirometria, com VEF1 que variou de 25% a 42% do previsto, sem resposta à broncodilatador e/ou corticóide. Apresentavam na Tomografia Computadorizada de Tórax hiper-insuflação pulmonar, aprisionamento aéreo, vidro fosco. Foi realizada biópsia pulmonar a céu aberto em 1 dos casos que evidenciou padrão de bronquiolite obliterante, com presença de células gigantes. Evoluíram sem melhora clínico-funcional após afastamento do ambiente de trabalho. **Conclusão-** Os casos descritos alertam para o fato de que a exposição sem proteção ao aroma de manteiga está associada a bronquiolite obliterante, como descrito na literatura. Políticas de controle de exposição ao produto descrito nas fábricas do Brasil são necessárias para prevenção de novos casos.

PO245 ARTERIOPATIA PULMONAR NA ESCLEROSE SISTÊMICA: UM ESTUDO COM MICROSCÓPIO CONFOCAL

CARLA BASTOS VALERII¹; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS²; EDWIN ROGER PARRA³

1,2.PNEUMOLOGIA INCOR-HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BULGÁRIA; 3.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DO HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ARTÉRIAS PULMONARES; ESCLEROSE SISTÊMICA; MICROSCÓPIO CONFOCAL

A esclerose sistêmica (ES) é uma doença autoimune rara com elevadas taxas de morbimortalidade. Além da esclerose da pele ela atinge outros órgãos como rim, pulmão, coração e

trato gastrointestinal. Atualmente a pneumopatia secundária a ES é a principal causa de morte destes pacientes. Nosso objetivo foi o de analisar as artérias pulmonares dos pacientes com diagnóstico confirmado de ES submetidos a biópsia pulmonar a céu aberto. Medimos através do microscópio confocal a laser a área total, a área do lúmen e calculamos a relação área do lúmen/área total de 20 artérias pulmonares de pacientes com ES e de 16 artérias de pulmão normal. A média da área total das artérias da ES foi de $19.831 \pm 14.718,43$ micrometros² e a média da área das artérias controle foi de $32.970,22 \pm 11.356,98$ micrometros² ($p < 0.05$). A média da área do lúmen do grupo da ES foi $8.891,92 \pm 10.031,55$ micrometros² e do grupo controle foi $24.707,08 \pm 8.717,87$ micrometros² ($p < 0.05$). A média da área do lúmen /área total $\times 100$ da ES foi $41.07 \pm 3.793 \%$ e a média da área do lúmen /área total $\times 100$ dos controles foi $75.44 \pm 1.775\%$ ($p < 0.0001$). Os resultados mostraram que as artérias dos pacientes com ES estão mais espessas e com redução do lúmen quando comparado as artérias do grupo controle. Portanto, confirmamos através do microscópio confocal que existe um intenso remodelamento das artérias pulmonares na esclerose sistêmica, com espessamento das paredes e redução do lúmen.

P0246 PNEUMONITE INDUZIDA POR EVEROLIMO EM PACIENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO

MAURO SÉRGIO KREIBICH¹; ROGER PIRATH RODRIGUES²; RAFAELA MAMUS CORREA³; TIAGO MARTINI⁴; LUIZ FERNANDO ARENA⁵; MARIANA BRAATZ KRUEGER⁶

1,2.HOSPITAL DO PULMAO, BLUMENAU, SC, BRASIL; 3,4.HOSPITAL SANTA ISABEL, BLUMENAU, SC, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EVEROLIMUS; DOENÇA INTERSTICIAL; PNEUMONITE

Introdução: O Everolimos é um imunossupressor inibidor da mTOR utilizados na rotina de transplante de órgãos sólidos, e em uso experimental para transplante de fígado. Sua toxicidade pulmonar ainda não está bem definida, mas tem sido recentemente descrita em relatos de casos. O diagnóstico da pneumonite induzida por medicamentos devido sua inespecificidade clínica, baseia-se NOS critérios: início dos sintomas após exposição a droga, exclusão de outras doenças pulmonares, resolução após descontinuação da droga e achados patológicos consistentes com toxicidade induzida por drogas. **Objetivos:** O objetivo desse trabalho é relatar um caso de pneumonite induzida por Everolimos em paciente submetido a transplante de fígado. **Materiais e Métodos:** Relato de Caso e revisão de literatura através do MEDLINE. **Resultados:** Paciente masculino, 59 anos, ex-tabagista, procedente de Curitiba, transplantado hepático há 8 meses (agosto 2009) devido à cirrose (vírus C) e hepatocarcinoma. Paciente fez uso, como rotina pós-transplante hepático de prednisona, imunossupressor (everolimo) e sulfametoxazol-trimetopim em dose profilática durante 6 meses. Suspendeu uso de prednisona e SMX-TMP em janeiro de 2010 e manteve uso de Everolimus 2cp de 12/12 horas. Em março de 2010 iniciou com quadro de febre noturna durante aproximadamente 8 dias, evoluindo com dispnéia aos esforços, quando foi internado no hospital de sua cidade natal. Realizou tratamento com piperacilina-tazobactam e sulfametoxazol-trimetopim por 7 dias. Ao apresentar melhora clínica, recebeu alta, em uso de sulfametoxazol-trimetopim. Após 3 dias, apresentou novo pico febril,

quando realizou novo Rx-tórax que evidenciou persistência do infiltrado pulmonar, principalmente a esquerda, sendo então encaminhado para internação em Blumenau. Na admissão hospitalar queixava-se de anorexia, inapetência, perda de peso, náusea e vômito. Realizou tomografia de tórax que mostrou consolidação peribroncoalveolar difusa em pulmão esquerdo e broncoscopia com lavado broncoalveolar com BAAR, bacterioscopia, cultura, pesquisa e cultura de fungos negativos e citológico diferencial com 100% de mononucleares. Apresentou biópsia transbronquial inconclusiva, sendo então submetido a realização de biópsia a céu aberto, com análise histopatológica com padrão de BOOP. Na evolução suspendeu-se o uso de Everolimo, sendo substituído por micofenolato de sódio. Durante a internação evoluiu com hipoxemia súbita, edema de membro inferior esquerdo e hipotensão sugestivo de embolia pulmonar maciça. Evoluiu para óbito após 2 dias. **Conclusão:** Embora o diagnóstico das pneumonites induzidas por drogas em pacientes transplantados seja de exceção, devemos lembrar de sua etiologia e considerar sua retirada precoce, principalmente quando do uso dos novos agentes imunossupressores, que ainda devem ser submetidos a análises mais apuradas na literatura.

P0247 DERMATOPOLIMIOSITE COM ACOMETIMENTO PULMONAR SEVERO RELATO DE DOIS CASOS E USO DE RITUXIMABE

SOLANGE DE MORAIS MONTANHA¹; KEILA MEDEIROS MAIA SILVA²; NICODEMOS NUNES DA COSTA³

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL; 3.HOSPITAL SÃO MATEUS, CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DERMATOPOLIMIOSITE; RITUXIMABE; DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR

Introdução: Polimiosite é uma doença crônica do tecido conjuntivo caracterizada por inflamação muscular com dor; a dermatomiosite é semelhante à polimiosite, mas é acompanhada de inflamação da pele uma erupção vermelha-escura no rosto, pescoço, ombros, na parte superior do tórax e na região lombar. Pode afetar pessoas de qualquer idade, mas ocorre com maior frequência entre os 50 e 70 anos, ou em crianças entre 5 e 15 anos de idade. Uma neoplasia pode estar associada com este distúrbio. **Objetivos:** Relatar dois casos de Dermatopolimiosite com Acometimento Pulmonar Severo e relatar resposta clínica favorável com rituximabe. **Métodos:** Revisão de prontuário de pacientes do serviço de pneumologia do Hospital São Mateus (HSM) em Cuiabá-MT. **Resultados:** Relato de Casos: 1) MJCB, 44 anos, feminina, evoluiu com fraqueza muscular proximal, dispnéia progressiva até o repouso com dependência de oxigênio associada a heliotropo e alterações laboratoriais TGO:311,TGP:210, painel de polimiosite pesquisa para os auto-anticorpos P17, P12,ANTI-JO e SSA-RO componente de 52 KD fortemente reagente (89,5 unidades), LDH: 2340,CPK:392, ferritina 9044ng/ml, ANTI SSA-RO reagente. TCAR tórax: espessamento do interstício axial associado a espessamento septal predominantemente em porções posteriores e basais espessamento nodular subpleural e opacidades em vidro fosco bilateral, maior a esquerda. Inicialmente o tratamento baseou-se na forma clássica, com o uso de corticóides em pulsos de metilprednisolona 1,0 grama endovenosa por 3 ciclos, seguidas pelo uso de imunossupressores (pulsos de ciclofosfamida 500 mg endovenosa por 4 ciclos). Sem resposta e devido a gravidade

do caso optou-se pelo uso da terapia biológica (rituximabe endovenosa 1000 mg por 02 ciclos, com resposta clínica favorável e progressiva, normalização da força muscular e dos níveis séricos de enzimas musculares. 2) JBP, 62anos, masculino, dispnéia e fraqueza muscular proximal, lesões eritematosas, levemente descamativas localizadas em cotovelos, joelhos e tornozelos, painel de polimiosite pesquisa para os auto-anticorpos P17, P12, ANTI-JO e SSA-RO componente de 52 KD moderadamente reagente (66,5 unidades). TCAR tórax: espessamento dos septos interlobulares e focos de consolidação alveolar, nas porções periféricas e posteriores dos pulmões, espessamento das cisuras pulmonares. Submetido ao esquema terapêutico inicial, porém teve complicação infecciosa, com choque séptico por *Staphylococcus aureus*, indo a óbito. **Conclusão:** Nesse relatos os autores descrevem dois casos de dermatopolimiosite com acometimento pulmonar severo, sendo que um dos pacientes faleceu com complicação infecciosa e o outro evoluiu com remissão completa da doença após Introdução do rituximabe. Servem estes relatos para descrever uma doença grave, muitas vezes fatal e discutir o papel de depleção de linfócitos B (rituximabe) como alternativa de tratamento em miopatias inflamatórias.

P0248 ENVOLVIMENTO PULMONAR EM PACIENTES BRASILEIROS COM ESCLEROSE SISTÊMICA ASSOCIADA A SÍLICA – COMPARAÇÃO COM ESCLEROSE SISTÊMICA IDIOPÁTICA.

SÉRGIO FERNANDES DE OLIVEIRA JEZLER; FLORA FORTES; NATÁLIA AZI

UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESCLEROSE SISTÊMICA; SÍLICA; SILICOSE

Introdução: Esclerose Sistêmica (ES) é uma doença autoimune de origem indeterminada. Existem, contudo, relatos da associação da ES com exposição a sílica. Ambas as formas, idiopática e secundária a sílica, parecem apresentar características clínicas e evolutivas semelhantes. **Objetivos:** Os objetivos desse estudo são descrever os aspectos clínicos, funcionais e radiológicos de 10 pacientes com Esclerose Sistêmica Associada a Sílica (ESaS), e comparar com os achados de 61 pacientes com ES Idiopática. **Métodos:** Dos 71 pacientes consecutivos com ES avaliados no departamento de pneumologia, 10 pacientes consecutivos com ES associada a sílica foram identificados e investigados com um questionário clínico, antiScl-70, testes de função pulmonar, TC de alta resolução e ecocardiograma. Os resultados dessa pesquisa foram comparados com os dados dos 61 pacientes com ES idiopática. Achados tomográficos sugestivos de silicose (2 pacientes) não foram analisados. Os testes de Mann-Whitney e Qui-Quadrado foram utilizados para comparar os grupos. **Resultados:** Todos os 10 pacientes com ES associada a sílica eram homens, trabalhavam com garimpo de ouro, com idade média e tempo de início da doença de 35,6 e 3,4 anos, respectivamente. Doença cutânea difusa foi descrita em 80% e dispnéia foi o sintoma respiratório mais comum. O anticorpo Anti-Scl70 foi detectado em 70% do grupo. Padrão funcional restritivo ocorreu em 80% desse grupo e achados sugestivos de fibrose pulmonar foram detectados em 8 dos dez pacientes. Bronquiectasias e padrão reticular foram as anormalidades tomográficas mais comuns. Hipertensão pulmonar arterial foi detectada em 40% dos pacientes. O grupo de pacientes com ES associada a sílica apresentou maior frequência de Anti-Scl 70, doença cutânea

difusa e fibrose pulmonar (80 X 59%) quando comparado com o grupo de ES idiopática. Outras diferenças não foram detectadas entre os grupos. **Conclusão:** Esse grupo de pacientes com ES associada a sílica apresentou aspectos clínicos e funcionais similares aos detectados nos indivíduos com ES idiopática, exceto pela maior prevalência no sexo masculino, fibrose pulmonar, anti-Scl 70 e padrão cutâneo difuso. A exposição a sílica deve ser investigada em pacientes do sexo masculino portadores de ES. A evolução deve ser monitorada de forma rigorosa pela maior frequência de fibrose pulmonar.

P0249 FLUOROSCOPIA NO AUXÍLIO À BRONCOFIBROSCOPIA NO TRATAMENTO DA ASPIRAÇÃO DE CE.

EDUARDO FELIPE BARBOSA SILVA; ANDERSON ROBERTO RODRIGUES ALENCAR

HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL, BRASILIA, DF, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOFIBROSCOPIA; CORPO ESTRANHO; FLUOROSCOPIA

Introdução: A Broncoscopia constitui o método de eleição para o tratamento da aspiração de corpos estranhos, na qual muitos advogam o uso exclusivo da Broncoscopia rígida nestes casos. Relatamos um caso de aspiração de corpo estranho (alfinete), resolvido com a utilização de Broncofibroscopia auxiliada pela Fluoroscopia, devido à localização do corpo estranho aspirado na árvore traqueobrônquica. **Objetivos:** Relato de Caso: Feminino, 39 anos (GAE 7039409). Encaminhada de serviço médico de Santana (BA), com história de que há menos de 24 horas estava “palitando” os dentes com alfinete, quando “engasgou-se” com o mesmo. Encontrava-se assintomática respiratória (SpO2:96%) e trazia consigo uma radiografia do tórax que demonstrava presença de corpo estranho radiopaco (alfinete) em lobo médio. Submetida então a Broncoscopia rígida, com auxílio de óptica de Hopkins no centro cirúrgico, onde não foi possível a visualização do corpo estranho aspirado devido o mesmo encontrar-se perifericamente na árvore traqueobrônquica. Optou-se então pela realização de broncofibroscopia com auxílio de fluoroscopia, a fim de guiar a pinça ao local onde o corpo estranho aspirado estava alojado, com posterior apreensão e retirada do mesmo com sucesso. **Conclusão:** Os dois métodos de broncoscopia (rígida e flexível) se complementam no tratamento da aspiração de corpos estranhos, sendo que a broncofibroscopia possui grande utilidade, principalmente naqueles CE localizados perifericamente na árvore traqueobrônquica. O uso da fluoroscopia auxiliando a broncofibroscopia na retirada de corpos estranhos, localizados perifericamente na árvore traqueobrônquica é um Método disponível na maioria dos grandes centros e que evita a realização de procedimentos mais invasivos para resolução destes casos (ex.toracotomia).

P0250 TÍTULO: BRONQUIECTASIA EM ADULTO POR BRONCOASPIRAÇÃO DE “ESPINHA DE PEIXE ”

ALEX AMARANTE COSTA1; NATÁLIA AMARANTE COSTA2; ALEXANDRE DE SOUZA MARQUES3; CARLOS ANDRE BARCELOS4; PEDRO LUIZ PERINEI5; THAIS FERREIRA MARINHO6; LUIZ FERNANDO MELO7

1,3,4,5,7.HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS, TEIXEIRA DE FREITAS, BA, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO; BRONQUIECTASIA; BRONCOSCOPIA

Introdução: Aspiração de corpo estranho(ACE) é muito mais comum em crianças do que nos adultos, aproximadamente 80% dos casos reconhecidos ocorre em pacientes com menos de 15 anos de idade. O quadro clínico no adulto pode ser bastante inespecífico, o que frequentemente faz ocorrer atraso no diagnóstico¹. A Bronquiectasia que resulta da ACE, geralmente ocorre no pulmão direito e nos lobos inferiores ou nos segmentos posteriores dos lobos superiores. Em adultos, a ACE ocorre geralmente por alteração do estado de consciência (Acidente Vascular Cerebral, intoxicação, alcoolismo, convulsões, anestesia geral). A avaliação radiológica é útil, mas a broncoscopia é o padrão-ouro na identificação e localização do corpo estranho¹. **Objetivos:** Relatar caso de bronquiectasia por ACE em paciente adulto hígido. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 57anos, Pedreiro, casado, natural e residente de Pedro Canário-ES, não tabagista, atendido ambulatorialmente queixando-se há 03anos, de tosse e expectoração crônica abundante, de aspecto purulento com halitose, perda ponderal não quantificada, e alguns episódios de estrias de sangue no escarro. Referia ter "engasgado com espinha de peixe" desde o início dos sintomas. História patológica: Negava pneumopatias prévias. No exame, paciente em regular estado geral, eupnéico. Nesse período, já havia realizado várias radiografias de tórax normais(fig.1 e 2) e pesquisa de BAAR: todos negativos. Feito também, empiricamente vários esquemas antibióticos, com melhora parcial dos sintomas. Devido a esse quadro clínico, foi solicitado tomografia de tórax de alta resolução(TCAR) que evidenciou extensa opacidade fibrocicatricial em banda no lobo inferior direito, determinando distorção arquitetural e discretas bronquiectasias de tração inclusive com perda volumétrica pulmonar e elevação da cúpula diafragmática(fig 3 e 4). Realizado broncoscopia flexível(BFC): Presença de corpo estranho(espinha) impactado em brônquio do segmento IX do lobo inferior direito, sem retirada do corpo estranho devido a grande quantidade de secreção purulenta e tosse intensa. Lavado broncoalveolar: acinetobacter sp. 1.000.000 UFC. Feito novo esquema antibiótico com Ciprofloxacino. Foi então, repetida nova BFC, com retirada simples do corpo estranho com pinça "Dente de Rato". Paciente desde então, assintomático respiratório. **Conclusão:** A apresentação Clínica de doença supurativa mais ACE, deve ser sempre valorizada, apesar da radiografia de tórax normal. Com base nas evidências atuais, a TCAR é o exame de imagem de escolha na confirmação da existência de bronquiectasias, bem como na determinação de sua extensão². **Referências:** 1.Rafanan AL; Mehta AC. Adult airway foreign body removal. What's new? Clin Chest Med 2001 jun;22(2):319-30. 2. Muller N; Fraser R; Colman N; Paré P. Doenças das vias respiratórias. In: Muller N; Fraser R; Colman N, Paré P, editors. Diagnóstico radiológico das doenças do tórax. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.2003;443-510.

P0251 CORPO ESTRANHO TRAQUEOBRONQUICO (AGULHA HIPODERMICA) EM INDÍGENA YANOMAMI

AMON RHEINGANTZ MACHADO¹; TAO MACHADO²; THALITA DE LIMA GOMES³

1,2.HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL;

3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA, BOA VISTA, RR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CORPO ESTRANHO; BRONCOSCOPIA; TRAQUEOBRONQUICO
Objetivos: Relatar caso clínico de corpo estranho traqueobronquico em paciente indígena atendido no

Hospital Geral de Roraima. **Introdução:** A aspiração traqueobronquica de corpo estranho é uma condição potencialmente fatal, especialmente em crianças. Ocorre menos frequentemente em adultos (cerca de 20 % ocorre em maiores de 15 anos). O quadro clínico tende a ser sutil ou silencioso nesta faixa etária, em virtude da localização mais distal do corpo estranho. O diagnóstico é frequentemente negligenciado, a não ser que um quadro de engasgo típico seja relatado, ou na presença de material radiopaco em exame de imagem. Tosse é o sintoma mais comum (até 80%), dispnéia é incomum (asfixia raramente). Sibilância, hemoptise, febre e dor torácica podem estar presentes. O diagnóstico também deve ser pensado em casos de pneumonia de repetição, atelectasia, bronquiectasias localizadas ou enfisema obstrutivo. O material aspirado é muito variável nos adultos, e depende dos hábitos locais.

Métodos: Relato de Caso clínico e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente Y.Y, 20 anos, indígena Yanomami. Deu entrada na emergência do HGR no dia 03/06/2010 com queixa de odinofagia, hemoptise de pequena monta e vômitos com sangue de início súbito. Relato por terceiros de uso de agulha hipodérmica para fins de higiene dentária. Endoscopia digestiva alta normal. Radiografia de tórax evidenciou presença de corpo estranho radiopaco, compatível com agulha hipodérmica em topografia de brônquio principal direito. Evoluiu com tosse produtiva, febre e leucocitose, sendo iniciado Amoxicilina-clavulanato. Nova radiografia de tórax mostrou migração do corpo estranho para brônquio principal esquerdo, sendo contactada equipe de Pneumologia e Cirurgia torácica. Submetida a broncoscopia rígida sob anestesia geral, com retirada do corpo estranho (agulha hipodérmica 25x0,7mm desencapada) utilizando pinça tipo "jacaré". Recebeu alta em 24h sem complicações. **Discussão:** No caso em questão, a paciente por ser indígena e não falar português dificultou a coleta de dados clínicos. A presença de hemoptise e a visualização de corpo estranho radiopaco na radiografia simples em topografia de via aérea central (com a mudança de posição em radiografia seriada) permitiram o diagnóstico com segurança. Apesar do objeto ser cortante, não houve lesão significativa em via aérea; e sua retirada através de broncoscopia rígida não mostrou nenhuma dificuldade. **Conclusão:** Apesar de incomum, a presença de corpo estranho em árvore traqueobronquica deve sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial em pacientes com sintomas pulmonares. A retirada através de broncoscopia rígida continua sendo o procedimento padrão especialmente em crianças. A broncofibroscopia flexível pode ser utilizada tanto para diagnóstico quanto para tratamento, desde que por profissional capacitado para realização de broncoscopia rígida caso se faça necessário durante o procedimento.

P0252 ESTRIDOR LARÍNGEO EM JOVEM

FLÁVIA BITTAR ARANTES; FREDERICO HOMEM SILVA; LILIANE BARBOSA PASSOS; ULISSES CORRÊA COTTA; RODRIGO MIQUELANTI MELO; CEZAR AUGUSTO DOS SANTOS; JANAÍNA PONTES BATISTA; THULIO MARQUEZ CUNHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESTRIDOR LARÍNGEO; MOVIMENTO PARADOXAL DAS CORDAS VOCAIS; LARINGOSCOPIA

Introdução: O movimento paradoxal das cordas vocais (MPCV), disfunção das cordas vocais, estridor de Munchausen, estridor psicogênico, asma factícia ou síndrome da laringe irritada é caracterizado por deslocamentos inapropriados

das mesmas causando obstrução funcional das vias aéreas gerando estridor inspiratório ou expiratório. Pacientes com MPCV são erroneamente diagnosticados com asma visto que o som produzido é facilmente confundido com sibilos. Relato do caso: Homem, 18 anos, branco, não tabagista, previamente hígido, procurou PS com dispnéia ao repouso, sudorese e tremor de extremidades após uso inédito de anfetamina por 5 dias. Evoluiu com estridor laringeo, constante, sem fatores de melhora ou piora, recebendo diagnóstico de asma e iniciado uso de corticóides inalatórios. Queixava também de pirose e dor retroesternal pela manhã há 1 ano, com melhora após 3 semanas de uso de omeprazol. Extremamente ansioso, de difícil abordagem, tendo evadido de serviços de saúde por mais de uma vez. Sem melhora, procurou serviço Otorrinolaringologia onde foi submetido a nasofibrolaringoscopia que não evidenciou alterações. Com quadro persistente após 3 meses, procurou serviço de Pneumologia onde foi feito espirometria compatível com distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta ao broncodilatador e broncoscopia que evidenciou movimentos paradoxais de cordas vocais. Discussão: Na laringe normal, as cordas vocais verdadeiras abduzem na inspiração, abrindo a glote, e aduzem parcialmente durante a expiração, fechando a abertura glótica em 10 a 40%. Na MPCV a adução das cordas vocais ocorre na inspiração, na expiração ou em ambas. As falsas cordas vocais também podem aduzir anormalmente e a parede posterior da laringe pode se mover anteriormente comprimindo a via aérea. As causas de MPCV são: desordens psicossociais, estresse, exercício, lesões neurológicas, refluxo gastroesofágico e inalação irritantes. Em relação às alterações psicológicas, não há menção sobre simulação de doenças visando ganhos secundários. Além disso, achados laringoscópicos de refluxo laringofaríngeo estão presentes em 95% dos jovens com MPCV. É mais comum em mulheres entre 20-40 anos, com dispnéia, disfonía, tosse e estridor laringeo crônicos, várias visitas ao PS e que pode durar de horas a dias. O diagnóstico é feito após exclusão de causas infecciosas com espirometria normal ou com obstrução alta de vias aéreas. A laringoscopia confirma o diagnóstico mostrando adução anormal das cordas vocais. O diagnóstico diferencial deve ser feito com angioedema laringeo, lesões estruturais, paralisia das cordas vocais e laringoespasma paroxístico. O tratamento deve ser iniciado com esclarecimento sobre o diagnóstico, quebra de paradigmas e psicoterapia associada a fonoterapia com o uso de exercícios respiratórios, de voz e de relaxamento da musculatura cervical.

P0253 COGUMELO NO PULMÃO: ASPECTO ENDOSCÓPICO PECULIAR DE UM ASPERGILOMA ENDOBRÔNQUICO

JOAO AUGUSTO QUEIROGA SILVEIRA1; HELOIZA MARIA DA SILVA OLIVEIRA2; MARUZA MAGNA FREITAS COSTA3; CRISTINA MARIA SOUZA-MOTTA4; NADJA MARIA NOBRE PITANGA MACEDO5; OLIANE MARIA CORREIA MAGALHÃES6; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN7 1,3,5,7.HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 2,4,6. DEPARTAMENTO DE MICOLOGIA, CCB, UFPE, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILOMA; BOLA FÚNGICA; BRONCOSCOPIA

Introdução: *Aspergillus* spp. é um fungo cujo acometimento pulmonar divide-se classicamente em três formas clínicas: aspergilose broncopulmonar alérgica, aspergilose invasiva e aspergiloma. O aspergiloma consiste em um conglomerado de hifas, muco, fibrina e restos celulares, resultado da

colonização de cavidades, cistos ou bronquiectasias. A principal manifestação clínica é a hemoptise e o diagnóstico radiológico baseia-se em imagem típica de massa arredondada que ocupa parcialmente uma cavidade formando o “sinal do crescente aéreo”. **Relato de Caso:** paciente de 30 anos, masculino, não tabagista, iniciou quadro de febre, perda de peso, tosse produtiva e hemoptoicos em dezembro de 2009. Tornou-se assintomático após início de tratamento empírico para tuberculose em 11/01/2010. No terceiro mês de tratamento, apresentou episódio de hemoptise (50 ml) que motivou investigação adicional. Exame físico sem alterações. Radiografia: opacidade heterogênea, inespecífica, em lobo superior direito (LSD). Tomografia: bronquiectasias nos segmentos apical e posterior do LSD. Preenchimento de um dos brônquios por estrutura de contornos arredondados separada da parede brônquica por espaço aéreo. Broncoscopia: obstrução de subsegmento de B1 por lesão de superfície lisa, arredondada, clara e bem delimitada da parede brônquica. Biópsia endobrônquica permitiu a retirada de substância de consistência amolecida na qual o estudo microbiológico identificou *Aspergillus fumigatus*. Discussão: em nosso meio, o aspergiloma é uma complicação comum em pacientes sequelados de tuberculose e umas das principais causas de hemoptise. Habitualmente, a lesão ocupa áreas de escavação não acessíveis à broncoscopia e as manifestações clínicas ocorrem após cura microbiológica da tuberculose. Este caso trata-se de uma apresentação incomum de aspergiloma por três razões: localização endobrônquica, manifestação precoce e aspecto semelhante a um cogumelo. Diante dos poucos casos publicados com lesão endoscopicamente visível, não encontramos nenhum com imagem semelhante.

P0254 TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES ENDOBRÔNQUICO – RELATO DE CASO

ABDIAS BAPTISTA DE MELLO NETO; JOSÉ WELLINGTON ALVES DOS SANTOS; AYTTON SCHNEIDER FILHO; MAURICIO DE VARGAS SOARES; JANAÍNA TEIXEIRA GOMES MARTIGNONI; JULIANA KACZMARECK FIGARO; RAFAEL ARCENO; LEONARDO GONÇALVES MARQUES TAGLIARI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES; TUMOR ENDOBRÔNQUICO; NEOPLASIA

Introdução: O tumor de células granulares tem curso benigno e raramente acomete os pulmões, porém quando isto ocorre a localização endobrônquica é a mais comum. Relatamos o caso de uma paciente feminina com tumor em brônquio fonte esquerdo. **Caso Clínico:** Paciente feminina, 58 anos, afrodescendente, tabagista com tosse produtiva e perda ponderal há 2 meses. Ao exame físico a ausculta pulmonar revelava murmúrios vesiculares diminuídos e crepítantes em ápice pulmonar esquerdo. A paciente apresentou piora da sintomatologia e foi submetida a tomografia computadorizada de tórax que evidenciou estruturas mediastinais desviadas para a esquerda, linfonodomegalias mediastinais, atelectasia do pulmão esquerdo e pequeno derrame pleural. Fibrobroncoscopia revelou lesão tumoral de aspecto polipóide e lobulada com necrose no brônquio fonte esquerdo a menos de 2cm da carena traqueal com obstrução subtotal da sua luz. Exame histológico revelou tumor de células granulares com positividade para proteína S-100 no exame imunohistoquímico. Discussão: O tumor de células granulares (TCG) tem origem mesenquimal

e seu curso é benigno, de caráter recorrente e acomete predominantemente adultos. 60% dos casos são descritos na raça negra e parece haver uma ocorrência maior em mulheres. O tabagismo como fator de risco permanece incerto e não há dados suficientes para a associação. O acometimento pulmonar é raro totalizando cerca de 2-6% das neoplasias pulmonares. A localização brônquica é a mais comum, tendo uma incidência de 2 a cada 100.000 pessoas e responde por mais de 90% dos casos de TCG pulmonares. Sintomas são relacionados com a obstrução das vias aéreas e estes podem se apresentar somente quando a mesma for grave. O TCG também pode se apresentar de forma multicêntrica sugerindo metástases, o que pode gerar confusão quando o TCG acompanha outra neoplasia. A ocorrência de TCG maligno é rara, perfazendo 1-2% e podem ser diferenciados dos demais pela presença de critérios preditivos de malignidade. No estudo histopatológico o tumor possui células poligonais ou ovóides com citoplasma granular eosinofílico ao passo que o núcleo se mostra pequeno e hiper cromático. A imunohistoquímica é de grande auxílio no diagnóstico, demonstrando positividade para proteína S-100 e enolase neuroespecífica além de outros marcadores não-específicos. O diagnóstico diferencial inclui carcinoma de células acinares, carcinoma de células escamosas, metástases do carcinoma de células renais, histiocitoma fibroso, papiloma, adenoma pleomórfico, hemangiomaendoteloma, neurilemoma, tumores condrogênicos, rabdomiosarcoma e fibrosarcoma. O tratamento dos tumores endobrônquicos está relacionado ao tamanho destes podendo ser broncoscópico quando os tumores tem menos de 8mm, lesões multicêntricas ou em casos de contra-indicação cirúrgica. O prognóstico costuma ser bom e o seguimento deve ser realizado uma vez por ano para avaliação de possível recorrência que se aproxima de 8%.

PO255 AGENESIA PULMONAR

ASCÉDIO RODRIGUES; NILZA SAYURI ABE; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; ADDY LIDVINA MEJIA PALOMINO; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO
HC FMUSP, SP, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: AGENESIA; BRONCOSCOPIA; PEDIÁTRICA

Introdução: A agenesia pulmonar é uma anomalia congênita rara caracterizada pela ausência de tecido pulmonar, brônquios e vasos. Ocorre em 1/15000 necrópsias. Em 50% dos casos esta associada a outros defeitos congênitos: cardíacos, esqueléticos, tímicos e gastrointestinais. A gravidade é variável. Diagnósticos diferenciais incluem atelectasia, hérnia diafragmática, sequestro pulmonar e má formação adenomatóide cística. **CASO CLÍNICO:** GS, masculino, 2 meses, com diagnósticos de CIV, hipertensão pulmonar e pneumonias de repetição. RX de tórax com hiperinsuflação esquerda e opacificação total de hemitórax direito. TC com deslocamento de coração para direita, hiperinsuflação pulmonar esquerda. Broncoscopia realizada para avaliar possível obstrução, mas evidenciou ausência completa da árvore brônquica direita. **Conclusão:** Apesar de rara, a agenesia pulmonar deve ser incluída nos diagnósticos diferenciais. Quando o RX e a TC de tórax sugerem o diagnóstico, a broncoscopia é útil na confirmação da ausência da árvore brônquica e na exclusão de outras condições como estenoses, obstruções e aspiração de corpo estranho.

PO256 TUMOR PRIMÁRIO DE TRAQUEIA

ASCÉDIO RODRIGUES; DIAMARI CAMELO RICCI; SILVIA REGINA CARDOSO; MANOEL ERNESTO PECANHA
ICR HCFMUSP, SP, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRAQUEIA; BRONCOSCOPIA; TUMOR

O tumor primário de traquéia é uma doença extremamente rara na pediatria. A incidência é estimada em 0,2/100.000 na população sendo 8% em crianças. Os sintomas incluem tosse, dispnéia, roncos e sibilos. Por serem sintomas pouco específicos, o erro diagnóstico ocorre em mais de 50% dos casos e existem relatos de atraso no diagnóstico dos tumores traqueais em até 10 meses. Diagnósticos diferenciais incluem anomalias vasculares, estenose traqueal, aspiração de corpo estranho e compressão extrínseca por neoplasias mediastinais. A broncoscopia é o exame de escolha para confirmação, localização, desobstrução da via aérea e envio de material para anátomo patológico. P.R.B.D., 8 anos, há 5 meses com crises de chiado e dispnéia com piora progressiva apesar de uso diário de beta-2 inalatório e diversos ciclos de corticóide oral. Inúmeras passagens em pronto socorro, 4 internações por "broncoespasmo" com 3 dias de UTI. Há 2 meses não frequentava a escola, dormia sentada e atividade física limitada. Apresentou crise de cianose sendo levada para a emergência do Instituto da Criança onde foi tratada como crise grave de broncoespasmo. Não houve melhora do quadro após a terapia para asma. Submetida a tomografia de tórax que evidenciou massa em luz traqueal, obstruindo 90% do lúmen. Encaminhada para broncoscopia de urgência sendo realizada ressecção de lesão pedunculada em parede posterior da traquéia que causava obstrução subtotal da luz traqueal. Três dias após a ressecção, a criança recebeu alta hospitalar sem medicação. Voltou para as atividades normais e não apresentou mais crise de "broncoespasmo". Apesar da literatura citar que 90% dos tumores primários traqueais em crianças são de etiologia benigna (principalmente papiloma), nossa paciente apresentou adenoma carcinóide cístico sendo submetida a ressecção de anel traqueal com boa evolução e em acompanhamento ambulatorial na cirurgia infantil. Atualmente com 14 anos e sem recidivas.

PO257 BRONCOSCOPIA NA HEMOSSIDEROSE PULMONAR

ASCÉDIO RODRIGUES; SABRINA C C RIBEIRO; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO; ANDRÉ LOBO NAGY; THIAGO OLIVEIRA MENDONÇA; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO
HC FMUSP, SP, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HEMOSSIDEROSE; BRONCOSCOPIA; PEDIÁTRICA

A hemossiderose pulmonar idiopática (HPI) é uma doença rara, de etiologia desconhecida, resultante do sangramento alveolar e conseqüente acúmulo de hemossiderina nos pulmões. Alguns autores relacionam a patogênese da doença à auto-imunidade, mas há teorias relacionando à predisposição genética, alergia ao leite de vaca e distúrbios do metabolismo do ferro. Não há predominância de sexo ou raça e usualmente se manifesta na infância. 80% dos casos ocorre em crianças na primeira década de vida. É recomendável dosagens de IgG, IgE, IgA, anti-DNA, ANCA, anticorpo antifosfolípide e anti-GBM na pesquisa de diagnósticos diferenciais. Não se esquecendo também da Síndrome de Heiner, onde encontramos alergia ao leite de vaca associada a hemossiderose, sendo essencial, nesses casos, dieta com exclusão total do leite de vaca e seus

derivados. O diagnóstico se faz através do quadro clínico caracterizado por: fadiga, taquidispnéia, tosse, podendo ou não ocorrer hemoptise. Achados laboratoriais: anemia hipocrômica microcítica; RX e TC de tórax: infiltrados retículo-nodulares bilaterais. O lavado broncoalveolar e/ou aspirado gástrico confirma o diagnóstico com macrófagos contendo hemossiderina em seu interior (reação de Perls). A biópsia pulmonar identifica macrófagos com hemossiderina mas não é essencial para o diagnóstico. **Relato de Caso:** A.V., sexo feminino, 16 anos. Apresentou 5 pneumonias com anemia e 2 com cor anêmico. Início dos sintomas com 1 ano, desmame com 2 dias de vida. Correlação clínica forte com ingestão de LV ou derivados. Lavado broncoalveolar com 70% de macrófagos com hemossiderina. Biópsia pulmonar: macrófagos com hemossiderina. HD: HP associada à alergia a LV. Introduzidos corticóide oral e dieta com exclusão de LV. Evoluiu bem, permitindo retirada do corticóide **Conclusão:** Na suspeita de hemossiderose pulmonar a broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia com pesquisa de macrófagos com hemossiderina é uma etapa importante do diagnóstico.

P0258 TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA LARINGOMALÁCIA

ASCÉDIO RODRIGUES; DIAMARI CARAMELO RICCI; SILVIA REGINA CARDOSO; MANOEL ERNESTO PECANHA

ICR HCFMUSP, SP, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: LARINGOMALÁCIA; BRONCOSCOPIA; PEDIATRIA

Introdução: A laringomalácia é a causa mais comum de estridor laringeo em lactentes variando entre 50 e 70% dos casos. Caracterizada pela flacidez das estruturas, encurtamento dos ligamentos ariepiglóticos e colapso supraglótico, a laringomalácia pode acarretar em obstrução respiratória grave, distúrbios de deglutição, crises de cianose e baixo ganho pondero-estatural. A maioria dos casos é leve e com resolução espontânea até 2 anos de idade. No entanto, 20% apresentam sintomas graves com necessidade de intervenção. A traqueostomia é uma solução, mas com o avanço das cirurgias endoscópicas a supraglotoplastia é o procedimento de escolha com até 94% de sucesso. **Caso:** Criança com 3 meses de vida com estridor laringeo desde o nascimento, com episódios de engasgos, ganho de peso no limite inferior e tiragem de fúrcula durante a inspiração. Realizou laringotraqueobroncoscopia que evidenciou laringomalácia com obstrução inspiratória às custas de aritenóides. Sumetida a aritenoidectomia esquerda via endoscópica sob anestesia geral. Apresentou melhora do estridor laringeo, diminuição do esforço respiratório e melhora do ganho pondero-estatural. **Conclusão:** A laringomalácia é uma causa freqüente de estridor laringeo congênito. Apesar de ser uma doença autolimitada na maioria dos casos, atenção especial deve ser dada para as crianças com crises obstrutivas, baixo ganho pondero-estatural. A laringotraqueobroncoscopia é um exame fundamental na avaliação destas crianças.

P0259 ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM CRIANÇAS

ASCÉDIO RODRIGUES; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; PAULO ROGÉRIO SCORDAMAGLIO; THIAGO OLIVEIRA MENDONÇA; EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO; MÁRCIA JACOMELLI; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO

HC FMUSP, SP, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASPIRAÇÃO; BRONCOSCOPIA; PEDIATRIA

Objetivos: A aspiração de corpo estranho (CE) é uma das principais causas de morte acidental em crianças. Tem ocorrência três vezes maior na pediatria que em adultos, sendo 90% antes dos 7 anos e mais de 50% antes dos 3 anos. Este estudo visa descrever o quadro clínico e radiológico das crianças com aspiração de corpo estranho, a idade, o tipo de CE, a localização do mesmo e o aparelho utilizado em sua retirada. **Métodos:** Analisamos retrospectivamente 107 crianças submetidas à broncoscopia com retirada de corpo estranho no serviço de endoscopia respiratória do Hospital das clínicas da FMUSP entre fevereiro de 2003 e fevereiro de 2010. **Resultados:** História clínica com tosse de início abrupto, dispnéia súbita, estridor, broncoespasmo, diminuição de murmúrio, cianose e até mesmo a aspiração presenciada por um adulto ocorreu em 70% dos casos. A radiografia de tórax foi sugestiva de corpo estranho em 80% dos casos. Mais da metade dos pacientes (51%) tinha entre 1 e 3 anos de idade. Sementes (amendoime feijão) foram encontrados em 43% dos casos. O local mais afetado foi o brônquio fonte esquerdo (45%). Praticamente metade dos casos (49%) foram retirados com broncoscópio rígido sob anestesia geral. **Conclusão:** A incidência da aspiração de CE ainda é significativa e pode ser letal. Os médicos devem estar preparados para identificar os casos suspeitos. Faltam ainda educação e orientação aos pais e aos médicos quanto a alimentação e brinquedos oferecidos à população pediátrica.

P0260 TRATAMENTO DE ASPERGILOMA COM INSTILAÇÃO INTRACAVITÁRIA DE ANFOTERICINA POR VIA BRÔNQUICA ATRAVÉS DE CATETER GUIADO POR FIBROBRONCOSCOPIA

MARUZA MAGNA FREITAS COSTA¹; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN²; JOAO AUGUSTO QUEIROGA SILVEIRA³; MARILIA MONTENEGRO CABRAL⁴; MARTA ANDRADE LIMA COELHO⁵; LIANY BARROS RIBEIRO⁶

^{1,2,3,4,5}HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL;
⁶PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA TROPICAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: INSTILAÇÃO ENDOBRÔNQUICA; TRATAMENTO ; ASPERGILOMA

Introdução: *Aspergillus* spp. é um fungo de distribuição universal na natureza, cuja fonte de contágio mais comum é a via aérea. A espécie que mais acomete os pulmões é a *fumigatus* (1-5). As principais formas clínicas de aspergilose são a doença invasiva, colonização de cavidades, hipersensibilidade aspergilar e a aspergilose semi-invasiva (7). A colonização fúngica intracavitária é freqüente no nosso meio, cursa de forma crônica, manifestando-se com hemoptises de repetição, em um paciente com doença estrutural pulmonar. **Objetivos:** O objetivo desta apresentação é o **Relato de Caso** de um paciente com aspergiloma em coto de segmentectomia de lobo pulmonar superior direito que foi tratado com instilação intracavitária de anfotericina. **Descrição:** Paciente 37 anos, masculino, admitido com queixa de tosse com expectoração mucóide e escarros hemoptóicos. Negava febre, perda de peso, sudorese noturna e dispnéia. Na admissão estava com bom estado geral. O exame do tórax era normal. Antecedentes: ex-tabagista 09maços/ano. Em 2000: tuberculose pulmonar. Em 2005: Hemoptise e aspergiloma foi submetido à segmentectomia em LSD. Em 2007 houve retorno da hemoptise, a broncoscopia mostrou lesão endobrônquica, o lavado brônquico e a cultura da biópsia da lesão mostraram

ser infecção por *Aspergillus fumigatus*, Foi submetido à colocação de cateter endobrônquico para instilação intracavitária de Anfotericina (dose cumulativa de 750mg em 15 dias) e itraconazol 400mg/dia, durante 40dias. Em 2010 referiu novos episódios de hemoptise de leve intensidade. A avaliação por tomografia de tórax evidenciou uma formação cística com paredes finas e conteúdo interno bem aerado. A broncoscopia realizada não detectou crescimento intracavitário. O lavado brônquico e a cultura realizada foram negativos para fungo. **Discussão:** O tratamento de escolha para o aspergiloma é a ressecção cirúrgica, desde que haja condições clínicas. O uso de antifúngicos promove benefício terapêutico para aqueles pacientes não selecionados para cirurgia. (1) No entanto, a necessidade de manter o tratamento por período prolongado inviabiliza na maioria das vezes a aderência. A instilação endobrônquica ou intracavitária de anfotericina tem sido relatada em casos isolados (2,3). No caso descrito por nós a hemoptise relatada pelo paciente recebeu com primeira hipótese a recidiva da infecção e pensamos em reintroduzir o uso do itraconazol. A broncoscopia com exame direto e cultura confirmou a erradicação do fungo, sendo a hemoptise atribuída a uma infecção brônquica não fúngica, e mostrando a cura da aspergilose por instilação intracavitária de antifúngico.

P0261 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL DURANTE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.

ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG; ÂNGELA BEATRIZ JOHN; FABIO MUNHOZ SVARTMAN; FLAVIA CORRÊA GUERRA; HUGO GOULART DE OLIVEIRA; MARCELO BASSO GAZZANA; MARLI MARIA KNORST
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.
PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA ; VENTILAÇÃO

Introdução: A broncoscopia flexível (BF) com realização de lavado broncoalveolar (LBA) constitui importante ferramenta diagnóstica e terapêutica em Pneumologia. Seu uso é seguro, porém em pacientes com baixa reserva ventilatória é usualmente realizada durante ventilação mecânica invasiva. O uso de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) durante o procedimento pode evitar a deterioração clínica e necessidade de intubação durante ou após a realização do exame. **Objetivos:** Descrever as indicações, complicações e resultados da realização da BF realizada durante VMNI. **Métodos:** Série retrospectiva de casos de BF realizadas durante VMNI no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de janeiro de 2007 a julho de 2010. Os dados foram coletados através de revisão de prontuário. Foi considerada diminuição significativa da saturação de oxigênio valores < 90%. A idade foi descrita como média + desvio padrão (DP). **Resultados:** Foram analisados 10 casos de BF realizada durante VMNI no período. Todos os pacientes estavam previamente internados na Unidade de Terapia Intensiva do HCPA, nove deles recebendo suporte ventilatório não-invasivo no momento da indicação do procedimento e apenas um foi colocado em VMNI 1 hora antes da realização da BF. A média de idade foi de 52,3 anos (DP + 20), sendo 7 pacientes do sexo masculino. As condições clínicas relacionadas a indicação do exame foram as seguintes: infiltrados pulmonares em 4 pacientes imunossuprimidos, consolidação pulmonar sem etiologia definida em 3 pacientes, hemoptise em 1 paciente e atelectasia pulmonar em 2 pacientes. **Introdução do broncoscópio** foi feita pela boca em 5 pacientes, pelo

nariz em 3 pacientes, através de máscara laringea e pela traqueostomia em 1 paciente cada. Sedação foi realizada com fentanil e propofol em todos os casos. Os achados endoscópios foram: normal em 6 pacientes, tampão de secreção em 3 pacientes, secreção purulenta na árvore brônquica em 1 paciente. LBA foi realizado em 9 dos 10 casos avaliados e biópsia transbrônquica em 2 pacientes. Em relação aos resultados, o exame guiou início ou retirada de antibioticoterapia em 4 pacientes, melhora da oxigenação em 2 pacientes com atelectasia, início de corticoterapia em 1 paciente com diagnóstico de pneumonia organizante e não mudou conduta em 3 pacientes. Dentre as complicações imediatas foi observada diminuição significativa da saturação de oxigênio medida por oximetria digital em apenas 1 paciente, ocorrida durante a realização do exame. Em 24 h após a realização do procedimento 1 paciente evoluiu com piora do quadro clínico e necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. **Conclusão:** Na experiência do HCPA o uso da VMNI durante a realização da BF constitui procedimento seguro, sendo bem tolerada pelos pacientes, sem ocorrência de complicações graves e com baixa taxa de intubação nas 24 horas após a sua realização.

P0262 SIGNIFICADO MICROBIOLÓGICO E ANATOMOPATOLÓGICO DA ÁRVORE EM BROTOAMENTO NOS PACIENTES COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE PULMONAR E ESCARRO NEGATIVO.

THIAGO OLIVEIRA MENDONÇA; EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO; CAMILLA GUERRA MATOS; ASCÉDIO RODRIGUES; ADDY LIDVINA MEJIA PALOMINO; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; MÁRCIA JACOMELLI
HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ÁRVORE EM BROTOAMENTO; DIAGNÓSTICO; TUBERCULOSE
Introdução: A atividade da tuberculose pulmonar (TBC) é frequentemente associada à presença de nódulos centrolobulares e opacidades lineares marginais, padrão caracterizado como árvore em brotamento. Métodos diagnósticos complementares são necessários para o diagnóstico diferencial, e a broncoscopia, com coleta de lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transbrônquica (BTB), pode ser utilizada neste sentido. **Objetivos:** descrever o resultado do LBA e da BTB, em pacientes com suspeita de TBC, escarro negativo e achado isolado de árvore em brotamento à tomografia de tórax de alta resolução (TCAR). **Métodos:** LBA e BTB foram realizados por técnica padronizada, num grupo de pacientes com suspeita de TBC e árvore em brotamento à TCAR. Gram, culturas gerais, pesquisas de BAAR, culturas de BK e fungos, PCR para micobactéria, e exame anatomopatológico dos espécimes coletados foram analisados. **Resultados:** 31 pacientes foram estudados, dos quais o diagnóstico de TBC foi obtido em 22,6% (n=7), incluindo os 3 métodos de análise: cultura e PCR do LBA, e anatomopatológico. Infecção por bactérias inespecíficas no LBA foi observada em 19,35% (n=6) e inflamação inespecífica à BTB em 19,35% (n=6). Em 22,6% (n= 7) e 19,35% (n=6) dos casos a cultura do LBA e o resultado da BTB foram inconclusivos, respectivamente. **Conclusão:** O padrão tomográfico de árvore em brotamento não é patognomônico de TBC. Nos casos de suspeita clínica de TBC e achado isolado de árvore em brotamento à TCAR, faz-se necessária a investigação criteriosa por métodos de coleta dirigidos, incluindo a pesquisa de bactérias

inespecíficas. A broncoscopia é um procedimento útil neste sentido, permitindo o diagnóstico diferencial com doenças pulmonares infecciosas ou inflamatórias inespecíficas.

P0263 REPERCUSSÕES FUNCIONAIS RESPIRATÓRIAS E CARDIOVASCULARES EM PACIENTES SUBMETIDOS À BRONCOSCOPIA COM LAVADO BRONCOALVEOLAR E BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA

MÁRCIA JACOMELLI; SERGIO EDUARDO DEMARZO; CLAUDIA MOSCHEN ANTUNES; ADDY LIVINA MEJIA PALOMINO; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO; MARCELO GERVELLA GREGÓRIO

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HC-FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; LAVADO BRONCOALVEOLAR; MONITORIZAÇÃO RESPIRATÓRIA

Introdução: O exame de broncoscopia pode induzir alterações respiratórias como bradipnéia e hipoxemia, e/ou alterações cardiovasculares como taquicardia e hipotensão. Estas alterações podem ser consequentes às medicações usadas para sedação ou à instrumentação na via aérea, como introdução do broncoscópio, coleta de lavado broncoalveolar (LBA) e/ou biópsia transbrônquica (BTB). **Objetivos:** Avaliar as repercussões funcionais, respiratória e hemodinâmica, em pacientes submetidos à broncoscopia com LBA e BTB. **Métodos:** Analisamos prospectivamente pacientes submetidos ao exame broncoscópico sendo o mesmo dividido em 6 momentos diferentes: 1) fase basal (inicial), 2) imediatamente após a sedação (antes do início da broncoscopia), 3) após passagem do aparelho e inspeção da via aérea com instilação de lidocaína tópica, 4) coleta de LBA, 5) coleta de fragmentos de BTB e 6) 30 minutos após o término do exame. Em todas estas etapas do exame foram registrados os valores de frequência cardíaca, pressão arterial não invasiva (Dixtal DX2010), fração inspirada de oxigênio (fornecida por cateter nasal de oxigênio) e oximetria de pulso (SatO₂) através do holer de oximetria Nonin Wristox 3100. **Resultados:** Avaliamos 24 pacientes (12M e 12F) com média de idade de 54,8 ± 15,9 anos. Em média, foi instilado 102,5 ± 14,8 mL de soro fisiológico 0,9% em temperatura ambiente com recuperação de 35,5 ± 14,8 mL. Foram coletados entre 4 e 6 fragmentos de BTB. Houve diminuição dos valores de pressão arterial média nas fases 3, 4 e 5 (de 93,8 ± 12,1 mmHg na fase inicial para 88,6 ± 13,4 mmHg, 88,9 ± 23,3 mmHg e 82,1 ± 16,0 mmHg respectivamente, p=0,047) com aumento compensatório da frequência cardíaca nas fases 4 e 5 (de 76,6 ± 10 bpm na fase inicial para 83,4 ± 13,9 bpm e 89,1 ± 15,7 bpm respectivamente, p=0,025). Houve redução significativa dos valores da SatO₂ somente nas fases 4, após a coleta do LBA (de 97,5 ± 1,9% para 92,5 ± 4,3%, p<0,001), e fase 5, após a BTB (de 97,5 ± 1,9% para 94,7 ± 3,3%, p=0,002), com recuperação completa após 30 minutos do término do exame. **Conclusão:** Mostramos, neste pequeno grupo de pacientes, monitorados pelo holer de oximetria e medida da pressão arterial não invasiva, que a realização do LBA induz à queda da SatO₂ em maior grau do que a broncoscopia para inspeção da árvore brônquica e a BTB. Além das variações na SatO₂, observamos também discreto aumento na FC. Assim, pacientes que serão submetidos à broncoscopia devem ser clinicamente avaliados

antes da realização do exame levando-se em consideração as possíveis alterações funcionais induzidas pela sedação venosa e também, principalmente, pela coleta de LBA.

P0264 CARCINOMA ADENÓIDE-CÍSTICO PULMONAR TRATADO PALIATIVAMENTE COM ELETROCAUTERIZAÇÃO COM PLASMA DE ARGÔNIO: RELATO DE CASO E SEGUIMENTO ENDOSCÓPICO POR 2 ANOS

MÁRCIA JACOMELLI; SERGIO EDUARDO DEMARZO; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; LUCIANA PASCHOARELI BOSCO; CLAUDIA MOSCHEN ANTUNES; ASCÉDIO RODRIGUES; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; MARCELO GERVELLA GREGÓRIO

SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA - HC-FMUSP, SÃO PAULO - SP, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA; BRONCOSCOPIA; CARCINOMA ADENÓIDE-CÍSTICO

Introdução: O carcinoma adenóide-cístico é um tumor raro que acomete o pulmão e causa obstrução central das vias aéreas. O tratamento pode ser realizado com radioterapia externa, braquiterapia e remoção endoscópica, assim como a associação destas técnicas. **Objetivos:** Relatamos o caso de uma paciente feminina, 46 anos, não tabagista, com diagnóstico histológico de carcinoma adenóide-cístico pulmonar realizado no ano de 2007. A neoplasia acometia terço distal da traqueia, carina principal e brônquio fonte esquerdo. Inicialmente recebeu tratamento com radioterapia torácica externa convencional. Após recidiva local e obstrução do brônquio fonte esquerdo causando atelectasia pulmonar esquerda foi encaminhada para realização de desobstrução brônquica com plasma de argônio para permeabilização local e posterior associação com braquiterapia. **Métodos:** exame endoscópico realizado trimestralmente, sob anestesia geral, documentado digitalmente em foto e vídeo, sendo a eletrocauterização com plasma de argônio realizada com 40W de potência e fluxo de gás de 1,0L/min. **Resultado:** no início de 2009 foi realizada a primeira sessão de remoção endoscópica com eletrocauterização com plasma de argônio por obstrução total do brônquio fonte esquerdo, obtendo-se permeabilização deste e expansão total do pulmão esquerdo; sendo realizado tratamento concomitante com braquiterapia. Obteve-se controle local, com patência do brônquio fonte esquerdo, sendo esta mantida com sessões periódicas de remoção endoscópica até a presente data (agosto de 2010). **Conclusão:** o tratamento endoscópico de eletrocauterização com plasma de argônio oferece controle local durante a fase paliativa do tratamento de neoplasias que acometem via aérea central e de evolução clínica lenta.

P0265 USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL EM PACIENTES INTERNADOS EM CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO

MARCELO BASSO GAZZANA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO; INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA

Introdução: A broncoscopia flexível (BF) é um método amplamente utilizado em pacientes criticamente enfermos, seja para diagnóstico de lesões pulmonares ou para terapia endobrônquica de diversas condições, tais como atelectasias significativas ou hemoptises maciças. Nestes cenários, muitas vezes os pacientes tem capacidade respiratória limitrofe, sendo o exame realizado no paciente em ventilação

mecânica invasiva sob intubação traqueal. Há uma utilização crescente da ventilação mecânica não invasiva (VMNI) nas CTIs para manejo da insuficiência respiratória, entretanto o uso auxiliar deste métodos na realização da BF é pouco estudado. **Objetivos:** Relatar a experiência do autor com o uso da VMNI durante a realização da BF em pacientes internados na CTI de um hospital privado. **Métodos:** Série de casos. Revisados os prontuários dos pacientes, os laudos endoscópicos, os resultados dos exames nos espécimes coletados e as imagens obtidas durante os procedimentos. **Análise estatística** foi descritiva. **Resultado:** Foram realizados 16 procedimentos, em 14 pacientes, no período de Novembro de 2006 a Julho de 2010. A média de idade foi de 68,1 anos (DP 16,6, de 24 a 88 anos), sendo que 7 pacientes (50%) eram do sexo masculino. As indicações para a realização da broncoscopia foram higiene brônquica (n=8), diagnóstico de infiltrado pulmonar (n=7) e intubação nasotraqueal (n=1). Em 8 procedimentos (50%) os pacientes foram colocados em VMNI para o exame, sendo que nos 8 restantes os pacientes já estavam em uso deste métodos para tratamento do seu quadro respiratório. Foram utilizadas máscaras oronasal ou facial total, sendo a via de **Introdução** do broncoscópio pela cavidade oral com protetor bucal em 10 casos (62%) e pelas narinas em 6 casos (38%). Utilizou-se respirador específico para VMNI (Respironics Vision) em 12 procedimentos e respiradores convencionais adaptados a máscara facial nos 4 restantes. A sedação empregada foi propofol e fentanil em todos os casos, havendo acompanhamento por médico intensivista em 14 procedimentos e por anestesistas nos outros 2. Os principais procedimentos diagnósticos realizados foram lavado broncoalveolar (n=10), aspirado brônquico (n=6), biópsia brônquica (n=3) e biópsia transbrônquica (n=2). As complicações observadas foram dessaturação com necessidade de interrupção do exame em 2 pacientes e sangramento auto-limitado após biópsia em 2 pacientes. Houve necessidade de intubação traqueal nas primeiras 24 horas após a BF somente em 1 paciente (além daquele que realizou intubação nasotraqueal planejada). **Conclusão:** O uso auxiliar da ventilação mecânica não invasiva permite a realização segura da broncoscopia flexível em pacientes criticamente enfermos, evitando a necessidade de intubação traqueal exclusivamente para o procedimento.

P0266 BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL REALIZADA ATRAVÉS DE MÁSCARA LARÍNGEA: UMA SÉRIE DE CASOS

MARCELO BASSO GAZZANA

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOSCOPIA; DOENÇAS PULMONARES; DISPOSITIVOS DE VIA AEREA

Introdução: A broncoscopia flexível (BF) é um Método diagnóstico frequentemente utilizado no diagnóstico das doenças pulmonares. Este procedimento pode provocar efeitos adversos, sobretudo cardiorrespiratórios, que em pacientes com reserva fisiológica limitrofe podem ocasionar disfunção ventilatória significativa. Em pacientes não intubados, a BF normalmente é realizada somente com suplementação de oxigênio, sendo que em casos mais graves pode ser necessária intubação traqueal. A máscara laríngea (ML) é um dispositivo de via aérea muito utilizado pelos anestesistas em procedimentos de curta duração. Há escassa descrição na literatura sobre o uso da ML para realização da BF. **Objetivos:** Relatar a experiência do autor em BF realizadas

com auxílio da ML num hospital privado. **Métodos:** Série de casos. Revisados os prontuários dos pacientes, os laudos endoscópicos, os resultados dos exames nos espécimes coletados e as imagens obtidas durante os procedimentos. **Análise estatística** foi descritiva. **Resultado:** Foram realizados 17 procedimentos, em 15 pacientes, no período de Julho de 2007 a Agosto de 2010. A média de idade foi de 65,4 anos (DP 16,4, de 25 a 87 anos), sendo que 10 pacientes (66%) eram do sexo masculino. As indicações para a realização da broncoscopia foram higiene brônquica (n=6), infiltrado pulmonar em pacientes imunodeprimidos (n=4), suspeita de neoplasia pulmonar (n=3), suspeita de tuberculose (n=2) e doença pulmonar intersticial sem etiologia conhecida (n=2). A opção pelo uso da ML foi em todos os casos a expectativa de disfunção respiratória durante a BF em pacientes com reserva cardiorrespiratória reduzida. Os procedimentos foram realizados no CTI (n=6) e no centro endoscópico (n=11), sendo 7 em pacientes hospitalizados e 4 em ambulatoriais). Os principais procedimentos diagnósticos realizados foram lavado broncoalveolar (n=15), biópsia brônquica (n=5), biópsia transbrônquica (n=4), punção transbrônquica por agulha (n=2) e escovado brônquico (n=1). As complicações observadas foram dessaturação com necessidade de interrupção temporária do exame em 3, sangramento menor em 7, hipotensão em 2 e broncoespasmo em 1 paciente. Nenhum paciente apresentou disfunção respiratória ou cardiovascular persistente após a BF. **Conclusão:** A broncoscopia flexível realizada através de máscara laríngea é uma forma segura de realizar este procedimento em pacientes com reserva cardiorrespiratória limitada.

P0267 PERFIL DE UM SERVIÇO DE ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA PEDIÁTRICA.

LÍVIA MAIA NUNES CABRAL; POLIANA PAGANOTTE BREZINSCK; RAQUEL CORONATO NUNES; RENATA MENDONÇA DE OLIVEIRA; RENATA NATARIO TOSTES ALVIM; TAMIRES DOS SANTOS TAMIRES DOS SANTOS ROCHA; OMAR MOTE ABOU-MOURAD; SELMA MARIA DE AZEVEDO SIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITEROI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA; BRONCOSCOPIA; CRIANÇA

Introdução: A endoscopia é uma técnica diagnóstica, terapêutica e de pesquisa crescente na medicina. Os novos aparelhos flexíveis ultrafinos têm permitido sua utilização na pediatria com pequeno índice de complicações, mesmo em crianças prematuras. O Serviço de Endoscopia Respiratória do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) tem realizado exames endoscópicos em crianças há cerca de 10 anos. Assim, torna-se importante conhecer o perfil do serviço para melhorar a assistência, divulgar conhecimentos e proporcionar treinamento especializado na prática pediátrica. **Objetivos:** Conhecer o perfil epidemiológico das endoscopias realizadas em crianças no Serviço de Endoscopia Respiratória do HUAP. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos exames endoscópicos realizados em crianças e adolescentes no Serviço de Endoscopia Respiratória do HUAP no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2009. Os dados foram obtidos do livro de registro do serviço e analisados utilizando-se o Access 2007. **Resultados:** Foram 1531 exames realizados em recém-nascidos 25 (1,63%), lactentes 738 (48,20%), pré-escolares 380 (24,82%), escolares 295 (19,26%) e adolescentes 93 (6,07%) sendo 41% do sexo feminino e 59% masculino. Utilizou-se broncoscópio flexível em 89,61% exames e rígido em 10,38%, havendo

399 (26,32%) rinolaringoscopies, 29 (1,89%) laringoscopies, 92 (6,06%) traqueoscopies e 1.011 (66,03) broncoscopies. Como indicações observou-se: obstrução alta (22,66%), estridor (11,95%), pneumonia (7,84%) e disфония (6,33%). O exame foi terapêutico em 18,94% casos e 9,14% foram revisões. Os laudos foram: processo inflamatório difuso (21,42%), laringomalácia (12,27%), hipertrofia de vegetações adenoideanas (12,08%), hipertrofia de cornetos nasais (9,53%), hipertrofia de amígdalas e vegetações adenoideanas (6,40%) e hipertrofia amigdaliana (2,74%). Exames normais foram 409. **Conclusão:** Observou-se distribuição anual crescente no número de exames refletindo uma nova era na busca do diagnóstico e tratamento das doenças respiratórias na criança encaminhada por pediatra, terapeuta intensivo, pneumologista pediátrico e otorrinolaringologistas. Houve predomínio em menores de 1 ano e no sexo masculino. A broncoscopia flexível foi a mais utilizada, podendo ter sido influenciada pela demanda de exames das vias aéreas superiores e pela idade (maioria em lactentes). As indicações mais frequentes foram obstrução alta, estridor, pneumonia, disфония e atelectasia. Processo inflamatório, laringomalácia, hipertrofia de vegetações adenoideanas foram as principais alterações encontradas. O exame foi normal em 26,71% dos casos. Sugere-se a criação de um programa com banco de dados específicos direcionados ao exame endoscópico pediátrico incluindo complicações imediatas e tardias, que serviria como padrão para futuros estudos multicêntricos.

P0268 ASSOCIAÇÃO DE ASPERGIOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA E ASPERGILOMA (BOLA FÚNGICA) EM PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA

ALIANA MENESES FERREIRA; MARIANE GONÇALVES MARTYNYCHERN CANNAN; LORENA ANA MERCEDES LARA URBANETZ
HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILOMA; ASPERGIOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA; FIBROSE CÍSTICA

Introdução: O acometimento pulmonar por *Aspergillus fumigatus* pode ocorrer de formas variadas, como a doença invasiva, a aspergilose necrotizante crônica, o aspergiloma (bola fúngica) e as reações de hipersensibilidade ao fungo, como ocorre na Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA). No paciente com Fibrose Cística (FC) o achado da ABPA é frequente, estando descrita a sua ocorrência em até 10% dos pacientes. Sua associação com a presença concomitante de um aspergiloma, entretanto, é um achado raro, ainda não descrito nesta população de pacientes. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente de 23 anos, com diagnóstico de FC e ABPA, que evoluiu com desenvolvimento de um aspergiloma no pulmão direito. **Material e Métodos:** Relato do caso, revisão dos exames e discussão baseada na literatura científica. **Resultados:** Trata-se do caso de uma paciente de 23 anos, que teve diagnóstico de FC aos 22 anos, baseado na presença de bronquiectasias, infecções sino-pulmonares de repetição e pancreatite aguda não biliar e confirmado pela dosagem do cloreto no suor. Desde os 14 anos, a paciente apresentava tosse produtiva crônica e episódios de infecções respiratórias de repetição. Aos 19 anos, ela foi submetida à ressecção do lobo superior direito e lobo médio, acometidos por bronquiectasias. Há 1 ano evoluiu com piora do padrão respiratório sem melhora com uso de antibióticos, tendo sido diagnosticada a presença de ABPA. Foi iniciado tratamento com prednisona e itraconazol. Embora tenha ocorrido bom controle dos sintomas com o tratamento, a paciente

evoluiu com recidivas frequentes da ABPA e necessidade do uso prolongado de corticóides. No decorrer do último ano, a paciente passou a apresentar episódios de hemoptise de moderada quantidade. A investigação com tomografia de tórax mostrou a presença de um aspergiloma no interior de bronquiectasia cística presente no ápice do lobo inferior direito. **Conclusão:** A associação de aspergiloma e aspergilose broncopulmonar alérgica é um achado incomum, ainda não descrito em pacientes com fibrose cística. É possível que o dano pulmonar crônico decorrente da ABPA possa predispor ao desenvolvimento do aspergiloma, processo este que pode ser acelerado pelo uso de corticóides. De forma inversa, a presença do aspergiloma pode ser responsável pela manutenção do processo de hipersensibilidade ao *Aspergillus*. Nesta paciente, a presença de bronquiectasias e distorção da arquitetura pulmonar decorrentes da FC e dos dois procedimentos cirúrgicos prévios, associada ao tratamento da ABPA, podem ter predisposto ao desenvolvimento do aspergiloma. Já a presença deste, agora, pode ser um fator contribuinte para o curso recidivante e de difícil controle da ABPA nesta paciente.

P0269 FIBROSE CÍSTICA: ASSOCIAÇÃO ENTRE PERFIL MICROBIOLÓGICO E FUNÇÃO PULMONAR.

AGNALDO JOSÉ LOPES; ÁLVARO CAMILO DIAS FARIA; MARCOS CÉSAR SANTOS DE CASTRO; MÔNICA DE CÁSSIA FIRMIDA; MARIANA JORGE FAVACHO DOS SANTOS; THIAGO THOMAZ MAFORT; LUCINÉRE FIGUEIREDO DA MOTTA SANTOS

POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO – DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; FUNÇÃO PULMONAR; MICROBIOLOGIA

Objetivos: Avaliar a associação entre o perfil microbiológico e a função pulmonar no grupo de pacientes adultos, portadores de fibrose cística (FC), acompanhados no Ambulatório de FC da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 32 pacientes com diagnóstico de FC. Os pacientes foram recrutados e alocados em três grupos de acordo com o perfil microbiológico do escarro: 1) grupo *Pseudomonas aeruginosa*; 2) grupo *Burkholderia cepacia*, com ou sem *Pseudomonas aeruginosa* associada; 3) grupo de pacientes não-colonizados. Todos foram submetidos à espirometria no momento da consulta. A análise estatística foi efetuada empregando ANOVA e considerando os resultados com $p < 0,05$ estatisticamente significativos. **Resultados:** Dos 32 pacientes, 15 eram homens, com média de idade de 26,4 anos, sendo 19 colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, quatro por *Burkholderia cepacia* e nove pacientes não-colonizados. Dentre os pacientes não-colonizados, a média $\pm$ DP de VEF1 (%), CVF (%) e FEF25-75% (%) foi de $92,9 \pm 20,5\%$, $102,9 \pm 18,4\%$ e $67,9 \pm 23,9\%$, respectivamente. Dentre os colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, a média $\pm$ DP de VEF1 (%), CVF (%) e FEF25-75% (%) foi de $55,1 \pm 27,6\%$, $71,4 \pm 27,3\%$ e $32,6 \pm 29,8\%$, respectivamente. Dentre os colonizados por *Burkholderia cepacia*, a média $\pm$ DP de VEF1 (%), CVF (%) e FEF25-75% (%) foi de $36,1 \pm 25,5\%$, $56,1 \pm 39,3\%$ e $17,0 \pm 13,5\%$, respectivamente. Quando comparadas entre si, houve diferenças significativas entre as médias de CVF (%) ($p < 0,05$), VEF1 (%) ($p < 0,001$) e FEF25-75% (%) ($p < 0,01$). **Conclusão:** Na amostra avaliada, o perfil microbiológico

influenciou sobremaneira os resultados dos testes de função pulmonar.

P0270 FIBROSE CÍSTICA: ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E COLONIZAÇÃO BACTERIANA.

AGNALDO JOSÉ LOPES; MARIANA JORGE FAVACHO DOS SANTOS; MÔNICA DE CÁSSIA FIRMIDA; MARCOS CÉSAR SANTOS DE CASTRO; THIAGO THOMAZ MAFORT; LUCINÉRE FIGUEIREDO DA MOTTA SANTOS *POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO – DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; NUTRIÇÃO; INFECÇÃO

Objetivos: Avaliar a associação entre o estado nutricional e o tipo de colonização bacteriana no grupo de pacientes adultos, portadores de fibrose cística (FC), acompanhados na Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). **Material e Métodos:** Foi avaliado o índice de massa corporal de 32 pacientes portadores de FC, os quais foram subdivididos em: 1) colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*; 2) colonizados por *Burkholderia cepacia*, com ou sem *Pseudomonas aeruginosa* associada; 3) não-colonizados. Para avaliação do índice de massa corporal (kg/m²), foram utilizados os seguintes pontos de corte estabelecidos para adultos: < 18,5 (baixo peso); ≥ 18,5 e < 25 (adequado); ≥ 25 e < 30 (sobrepeso); ≥ 30 (obesidade). **Resultados:** Dos 32 pacientes, 16 eram homens, com média de idade de 26 anos, sendo 21 colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, quatro por *Burkholderia cepacia* e sete pacientes não-colonizados. Dentre os colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, 11 (52,4%) tinham peso adequado, 6 (28,6%) sobrepeso e 4 (19%) baixo peso. Dentre os colonizados por *Burkholderia cepacia*, 2 (50%) apresentavam baixo peso e 2 (50%) peso adequado. No grupo de pacientes não-colonizados, 3 (42,9%) pacientes tinham peso adequado, 3 (42,9%) sobrepeso e 1 obesidade (14,2%). **Conclusão:** Na amostra avaliada, o baixo peso só foi observado em pacientes colonizados, sendo que metade dos pacientes com *Burkholderia cepacia* encontrava-se dentro desse grupo. O papel do estado nutricional no curso clínico da FC, especialmente no que tange à colonização brônquica, necessita de maior esclarecimento na literatura.

P0271 FIBROSE CÍSTICA: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA EM PACIENTES ADULTOS.

AGNALDO JOSÉ LOPES; LUCINÉRE FIGUEIREDO DA MOTTA SANTOS; MÔNICA DE CÁSSIA FIRMIDA; MARCOS CÉSAR SANTOS DE CASTRO; THIAGO THOMAZ MAFORT; MARIANA JORGE FAVACHO DOS SANTOS *POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO – DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; SERVIÇO SOCIAL; PROBLEMA SOCIAL

Objetivos: Com o aumento da expectativa de vida, a fibrose cística (FC) vem provocando, nos pacientes adultos, vários problemas sociais, tanto no trabalho como nas relações sociais e na vida cultural do paciente e de sua família. Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar as representações e impactos sociais presentes na vida pessoal, bem como nas relações familiares dos pacientes adultos acometidos de FC acompanhados na Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). **Material e Métodos:** O instrumento utilizado para coleta de dados constituiu em entrevista com familiares e pacientes adultos, tendo sido analisados os dados

relativos à situação familiar, econômica, habitacional, à vida sociocultural, à saúde e os dados relativos à situação de trabalho. **Resultados:** Os dados obtidos possibilitaram identificar sentimentos como preconceito, medo e vergonha. Tanto o paciente como a família tende a ocultar a doença. A vida sociocultural fica extremamente alterada e, em geral, os pacientes saem pouco e as relações de amizades são limitadas. Os resultados revelam ainda uma super-proteção por parte dos pais, que se sentem culpados pela doença dos filhos, visto ser a FC uma doença genética. **Conclusão:** As representações sociais dos pacientes adultos revelam-se de forma negativa e a relação saúde-doença-morte influencia diretamente nas atividades individuais, familiares e no trabalho, afetando a qualidade de vida.

P0272 AVALIAÇÃO DO TESTE DO SUOR EM PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN

LEANDRO SILVA BRITTO; ALEXANDRE EIJI MIYAKI; HEVERTON LUIZ BOZZO SILVA SANTOS; CINTHYA COVESSI THOM SOUZA; MARIANA ISHIBACHI; HERBERTO JOSE CHONG NETO; CARLOS RIEDI; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA-HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DE SUOR; FIBROSE CÍSTICA; SÍNDROME DE DOWN

Introdução: Apesar do avanço no conhecimento genético da Fibrose Cística (FC), o teste do suor continua sendo o exame padrão-ouro para o diagnóstico da doença, por possuir baixo custo, não ser invasivo e ter boa sensibilidade e especificidade. Mesmo se realizado com técnica adequada, existe a possibilidade de resultados falsos positivos ou negativos no teste. Diversas doenças genéticas podem provocar aumento de eletrólitos no suor. A Síndrome de Down (SD) é uma doença genética decorrente de anormalidade cromossômica e que já foi associada, no passado, a um aumento indireto de eletrólitos no suor, identificados pela alteração na osmolalidade. Dentro deste contexto de doenças genéticas descritas como causas de falso-positivos para FC; bem como, da existência de estudos antigos que demonstraram aumento da osmolalidade no suor em pacientes com SD, foi proposto o presente estudo. **Objetivos:** Avaliar os resultados dos testes do suor em pacientes com Síndrome de Down atendidos no ambulatório de Síndrome de Down do Hospital de Clínicas – UFPR. **Métodos:** Estudo de corte transversal e descritivo. Comparação realizada entre três grupos: a) Pacientes com Sd.Down (N=40); b) Pacientes com Fibrose Cística (N=33); c) Grupo controle: pacientes sem diagnóstico de FC e/ou SD (n=40). Para a coleta do suor foi utilizado o Macroduct Sweat Collection System da Wescor, modelo 3700 SYS e estimulação por iontoforese de pilocarpina. Para a análise do suor coletado, foi dosada a quantidade de cloretos através do Métodos colorimétrico (titulação). Aos pais de pacientes com Sd.Down, foi aplicado um questionário com a finalidade de verificar fatores que pudessem interferir nos resultados dos exames. Para a análise estatística, utilizaram-se testes não-paramétricos para comparação de grupos (ANOVA), com auxílio do Software SPSS 16.0 ®. **Resultados:** A maioria dos pacientes eram crianças, com mediana de quatro anos para o grupo Down, três anos para o controle e seis anos para o fibrocístico. Os pacientes do grupo SD apresentaram valores de cloro no suor entre 5,0 e 25,5mEq/L, com mediana de 8,3mEq/L e sem diferença significativa em relação ao grupo controle. Em 38 pacientes do grupo SD, o peso do suor coletado foi satisfatório, acima de 50mg e

sem diferença em relação ao grupo controle. O Grupo FC apresentou valores aumentados do cloro e do peso do suor quando comparados com os outros dois grupos ($p < 0,001$ e $p = 0,002$). A análise dos questionários aplicados não revelou características que pudessem influenciar nos resultados dos exames. **Conclusão:** Todos os pacientes do grupo Sd. Down apresentaram a dosagem de cloro no suor dentro dos limites da normalidade e sem diferença estatística em relação ao grupo controle. A maioria das amostras coletadas do grupo Sd. Down (95%) tiveram peso do suor adequado para a análise, demonstrando que a coleta foi adequada. A análise do questionário não revelou características que pudessem influenciar nos resultados dos exames.

PO273 ADAPTAÇÃO CULTURAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS INICIAIS DO DISABKIDS – CYSTIC FIBROSIS MODULE® PARA MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS.

DANIELLE MARIA DE SOUZA SERIO DOS SANTOS¹; KEILA DEON²; ROBERTA ALVARENGA REIS³; CLAUDIA FEGADOLLI⁴; CLAUDIA BENEDITA DOS SANTOS⁵

1,2,5.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL;
3.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRAHRAIN; 4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, DIADEMA, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE DE VIDA; ESTUDOS DE VALIDAÇÃO; FIBROSE CÍSTICA

Introdução: A Fibrose Cística (FC) é uma condição crônica genética que afeta tanto aspectos vitais do indivíduo, como absorção nutricional e respiração, quanto sua qualidade de vida (QV), segundo aspectos emocionais, sociais e dependência de medicamentos. O Brasil tem poucos instrumentos validados para mensuração da QV de pessoas vivendo com FC, o que justifica a realização deste estudo em parceria com o grupo europeu DISABKIDS®, que disponibiliza instrumentos para mensuração da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de crianças e adolescentes com condições crônicas. Dentre eles, um instrumento específico para a FC, composto por dez itens alocados em duas dimensões, impacto e tratamento, versões self, para a faixa etária entre 8 e 18 anos e proxy, para pais ou cuidadores. **Objetivos:** Adaptar culturalmente para o Brasil e determinar as propriedades psicométricas iniciais do DISABKIDS-Cystic Fibrosis Module®. **Métodos:** Estudo metodológico, com coleta de dados da etapa em questão realizada entre janeiro de 2008 e dezembro de 2009, em hospitais de referência para o tratamento da FC dos estados brasileiros de São Paulo, Paraná, Minas Gerais e do Distrito Federal totalizando 126 participantes. A confiabilidade foi verificada segundo coeficiente alfa de Cronbach; a validade de construto, por meio da análise Multi-traço-multi-Métodos e a concordância entre as respostas self e proxy foi mensurada segundo Coeficiente de Correlação Intra Classe. **Resultados:** Após tradução e retrotradução as versões foram avaliadas semanticamente quanto à clareza, entendimento, relevância e aceitação dos itens pelos participantes. O instrumento foi bem aceito e compreendido pelos participantes e, dentre os dez itens, um necessitou ser reformulado. Todos foram considerados relevantes. O instrumento apresentou consistência interna aceitável, com valores sempre acima de 0,70 e não maiores que 0,95. A

validade discriminante mostrou-se muito satisfatória para ambas as dimensões, com valores de ajuste acima de 75%. A validade convergente, relacionada às correlações de cada item com a sua dimensão, foi satisfatória para todos os itens, com valores sempre acima de 0,30 e na versão proxy acima de 0,40, já contemplando resultados finais. O coeficiente de correlação intra classe foi igual a 0,65 nas duas dimensões do instrumento, mostrando concordância substancial entre as respostas das crianças e adolescentes e seus pais ou cuidadores. **Conclusão:** Os resultados apontam que a versão adaptada do DISABKIDS-CFM® poderá se constituir em um instrumento válido e confiável para avaliação da QVRS de crianças e adolescentes brasileiros com FC, a partir de sua própria perspectiva e de seus pais ou cuidadores. A continuidade do estudo objetiva a verificação de propriedades psicométricas finais, análise de funcionamento diferencial dos itens entre grupos específicos (faixas etárias e sexo) e teste da estrutura fatorial, segundo análise fatorial confirmatória.

PO274 A MELATONINA MELHORA O SONO E REDUZ OS NÍVEIS DE NITRITO NO CONDENSADO DO AR EXALADO DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

CLAUDIA DE CASTRO E SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SONO; ACTIGRAFIA; FIBROSE CÍSTICA

A Fibrose Cística (FC) é uma doença hereditária crônica e progressiva caracterizada por infecções pulmonares de repetição. Transtornos respiratórios do sono são comuns em FC levando a uma redução da qualidade de vida. A melatonina é um hormônio produzido na glândula pineal que tem uma importante função na sincronização do ritmo circadiano, incluindo o ciclo sono-vigília e possui também propriedades antioxidantes. **Objetivos:** Com o objetivo de avaliar os efeitos exógenos da melatonina sobre o sono, inflamação e marcadores do estresse oxidativo em FC, foi realizado um estudo randomizado, duplo- cego, controlado, inicialmente, envolvendo 20 pacientes com FC. Um caso não concluiu o estudo. Todos os pacientes tinham estabilidade clínica e não apresentavam exacerbação infecciosa há pelo menos 30 dias. Os grupos foram randomizados para placebo ($N=10$; idade média $12,10 \pm 6,0$) ou melatonina $3,0\text{mg}/\text{dia}$ ($N=9$; idade média $16,62 \pm 8,26$), durante 21 dias. Actigrafia foi realizada durante 6 dias antes do início da medicação e na sexta semana (dias 14 a 20) do tratamento. Os níveis de nitrito e de isoprostano foram dosados no condensado do ar exalado (CAE), no basal (Dia 0) e após o tratamento (Dia 21). **Resultados:** A melatonina melhorou a eficiência do sono ($p=0,01$) e tendeu a melhorar a latência do sono ($p=0,08$) e a reduzir o início do sono ($p=0,07$). A melatonina reduziu os níveis de nitrito no CAE mas, não os de isoprostano. **Conclusão:** A melatonina reduz os níveis de nitrito no CAE e melhora as medidas do sono em pacientes com FC, clinicamente estáveis.

PO275 PERFIL DOS PACIENTES FIBROCÍSTICOS ADULTOS DO AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR DO HOSPITAL NEREU RAMOS EM FLORIANÓPOLIS

CONCETTA ESPOSITO¹; REGIANE TAMIREZ BLASIU²; CLAUDIA BONOSSOMI³; CAMILO FERNANDES⁴

1,4.HOSPITAL NEREU RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2,3. FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; PERFIL; ADULTOS

A Fibrose Cística (Mucoviscidose) é uma doença genética de evolução crônica e progressiva caracterizada pela disfunção das glândulas exócrinas, incluindo pâncreas, glândulas sudoríparas e glândulas mucosas dos trato respiratório, gastrointestinal e reprodutivo. Por ser uma doença progressiva e letal, a expectativa de vida dos portadores da doença a alguns anos atrás era extremamente baixa, porém, a sobrevida vem aumentando e hoje há um número significativo de fibrocísticos adultos. Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar o perfil de pacientes adultos portadores de fibrose cística do ambulatório multidisciplinar para fibrocísticos do Hospital Nereu Ramos (HNR) de Florianópolis/SC. Para isso foi feito um formulário aplicado em forma de entrevista contendo dados clínicos e demográficos, e consultado os prontuários para informações fidedignas de dados que o paciente não soubesse ou tivesse dúvida na resposta. Amostra foi composta por 14 pacientes com idade média de 25,57 anos, sem predominância de sexo, com maior procedência de Florianópolis. Quanto à inserção no mercado de trabalho metade dos pacientes encontravam-se desempregados e/ou sem estudar sendo que a outra metade encontrava-se trabalhando e/ou estudando. Uma pequena parcela (21,43%) possuía ensino médio completo e um número considerável (35,71%) relatou possuir apenas o ensino fundamental incompleto. A maioria dos pacientes (71,43%) apresentaram os primeiros sintomas na faixa etária de 0 a 14 anos de idade, e o diagnóstico definitivo de FC, foi estabelecido após os 14 anos de idade, na mesma proporção de pacientes. Mais da metade (57,15%) possuía parentesco de primeiro grau com outro fibrocístico. Entre as manifestações do trato respiratório apresentadas a tosse crônica teve maior prevalência (78,57%), seguida por dispnéia, secreções, hemoptise, dor e broncoespasmo. Dentre as manifestações do trato digestório, vômito e diarreia tiveram maior prevalência (ambos com 35,71%), seguidos de náusea e dor abdominal. Mesmo com a importância da fisioterapia no tratamento da FC, a maior parte (57,14%) dos pacientes responderam que não a realizavam. A quantidade de internações variou de nenhuma até mais de 20 internações para alguns pacientes. Com as características específicas dos pacientes adultos do ambulatório há como melhor direcionar as estratégias de tratamento e investimentos, contribuindo positivamente para a saúde pública e individual dos pacientes.

P0276 DESSATURAÇÃO NOTURNA EM CRIANÇAS COM FIBROSE CÍSTICA

REGINA TERSE TRINDADE RAMOS¹; PALOMA BAIARDI GREGORIO²; CARLA HILARIO DALTRO³; ANGÉLICA SANTANA⁴; CRISTINA SALLES⁵
1.5.UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA = FACULDADE DE MEDICINA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2.CENTRO ESPECIALIZADO EM PNEUMOLOGIA E SONO, SALVADOR, BA, BRASIL; 3.FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS, SALVADOR, BA, BRASIL; 4.HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA -CENTRO DE REFERÊNCIA EM FIBROSE CÍSTICA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPOXEMIA; CRIANÇA; FIBROSE CÍSTICA

Introdução: Hipoxemia durante o sono tem forte associação com hipertensão pulmonar e aumento da mortalidade em pacientes com Fibrose Cística. Estudos recentes demonstram que episódios de dessaturação noturna podem acontecer em crianças mais jovens com FC e chamam atenção de que significativas dessaturações durante o sono poderão passar despercebidas a menos que sejam investigadas nestes

pacientes. **Objetivos principal:** Investigar a presença de dessaturação noturna em crianças com FC e com doença pulmonar leve ou moderada, clinicamente estáveis e avaliar se existe correlação entre a macroestrutura do sono, presença de Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS) e dados espirométricos com hipoxemia noturna. **Métodos:** Estudo de corte transversal; envolvidos 45 pacientes com diagnóstico confirmado de FC, entre 6 a 13 anos de idade, selecionados por amostragem não-probabilística de conveniência. Polissonografia noturna foi realizada em todos os pacientes, assim como o escore de Shwachman-Kulczycki (S-K), avaliação nutricional e oximetria diurna; todos realizaram espirometria na manhã seguinte à polissonografia. **Resultados:** A mediana de idade e amplitude interquartil (AIQ) em anos foram respectivamente: 8,9 (7,5-11,5); 64% das crianças eram do sexo masculino e 78% mulatas ou negras. A mediana e AIQ referente ao z-escore Peso/Altura e z-escore Altura/Idade, foram: -0,12(-0,57;-0,34) e -0,37(-1,15;-0,43), respectivamente. A média $\pm$ desvio-padrão (dp) do escore S-K /Total foi 84,8 $\pm$ 10,0. A mediana e AIQ do previsto para CVF, VEF1 e do FEF25-75 foram, respectivamente: 81(65,5;-91,5); 78(67,0;-93,5); 67(55,5-84,8). A média $\pm$ dp da saturação de pulso de oxigênio em ar ambiente (SpO2), diurna, em repouso: 96 $\pm$ 1,3; a mediana do índice de apnéia e hipopnéia (IAH) foi de 3 (mínimo de zero e máximo de 18 eventos apneicos e hipopneicos hora de sono). A média e dp da SpO2 média e mínima duante o sono foram respectivamente de 94,4 $\pm$ 2,2 e 81 $\pm$ 6; a mediana do número de dessaturações foi de 6 (mínimo de zero e máximo de 236) dessaturações na noite de sono estudada. Assumimos como ponto de corte para dessaturação noturna uma SpO2 mínima $\leq$ 85%. Observou-se que os pacientes com SAOS significativa (IAH $\geq$ 5 eventos/hora de sono) dessaturaram mais que aqueles sem SAOS (92% X 63%; p=0,07). Observou-se correlação negativa entre SpO2 mínima e Índice de microdespertar (rs=-0,33;p=0,03) e SpO2 mínima e IAH (rs= -0,57;p<0,0001), como também correlação positiva entre SpO2 mínima e o VEF1 (rs= 0,32;p=0,03). **Conclusão:** A população do estudo é mais jovem e com características raciais diferentes comparada a outros estudos na literatura. Observamos correlação positiva entre a SpO2 $\leq$ 85 % e o VEF1; correlação negativa entre SpO2 mínima $\leq$ 85 % com índice de microdespertar e o IAH. Chamamos a atenção para a importância da realização do estudo polissonográfico em pacientes com FC.

P0277 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FIBROSE CÍSTICA NO MERCADO DE TRABALHO, ESCOLARIDADE E PRÁTICA DE FISIOTERAPIA EM PACIENTES FIBROCÍSTICOS ADULTOS DO AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR DO HOSPITAL NEREU RAMOS - FLORIANÓPOLIS

CONCETTA ESPOSITO¹; CLAUDIA BONOSSOMI²; REGIANE TAMIRES BLASIU³

1.HOSPITAL NEREU RAMOS, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 2.FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL; 3.FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ, FLORIANOPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; MERCADO DE TRABALHO; VEF1, ESCOLARIDADE

Introdução: A Fibrose Cística (FC) é uma doença de caráter crônico e progressivo que impõe aos indivíduos acometidos disfunções respiratórias, gastrointestinais e reprodutivas. O acometimento respiratório é, em geral, o que causa maiores limitações aos doentes. Sendo assim, os múltiplos

acometimentos podem gerar transtornos ao dia-a-dia destes sujeitos. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi o de avaliar o impacto da FC na inserção dos portadores da doença no mercado de trabalho, escolaridade e prática de fisioterapia em pacientes adultos do ambulatório multidisciplinar para fibrocísticos do Hospital Nereu Ramos (HNR) de Florianópolis/SC, relacionando-os a função pulmonar (VEF1) destes. **Métodos:** A amostra foi composta por 14 pacientes com idade média de 25,57 anos, sem predominância de sexo, os quais foram submetidos a questionamentos sobre a inserção no mercado de trabalho, escolaridade e prática de fisioterapia no dia da consulta de rotina no referido ambulatório. Os dados sobre o mercado de trabalho e prática de fisioterapia foram relacionados com os valores de VEF1, obtidos nos prontuários destes pacientes, a fim de determinar se os acometimentos respiratórios estão relacionados a estas variáveis. Os dados foram analisados através de estatística descritiva com porcentagens e do teste não paramétrico de Spearman com valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Quanto à inserção no mercado de trabalho metade dos pacientes encontravam-se recebendo auxílio-doença e/ou sem estudar sendo que a outra metade encontravam-se trabalhando e/ou estudando. Uma pequena minoria (21,43%) possuía ensino médio completo e um número considerável (35,71%) relatou possuir apenas o ensino fundamental incompleto. Os dados obtidos demonstram que há uma correlação negativa entre a função pulmonar (VEF1) e a inserção no mercado de trabalho, porém não estatisticamente significativa ($p = 0,2234$). Há correlação negativa também entre VEF1 e a prática de fisioterapia, porém não estatisticamente significativa ($p = 0,90$). Isso provavelmente ocorra pela pequena amostragem do estudo. **Considerações finais:** Observou-se os pacientes fibrocísticos adultos tem dificuldades em se inserir no mercado de trabalho e/ou estudar, sendo que quanto menores os valores do VEF1, é provável que tal dificuldade esteja mais acentuada. Observou-se também que os pacientes com níveis menores de VEF1 possivelmente encontrem maiores dificuldades em realizar regularmente fisioterapia. Diante disso, acredita-se que a FC possua um impacto negativo sobre a colocação profissional e prática escolar, bem como dificulte a realização de fisioterapia regular. Estudos com maior quantidade de indivíduos devem ser realizados a fim de estabelecer fielmente estas relações, uma vez que a fibrose cística apesar de letal e progressiva, tem, através do manejo adequado, passado de uma doença pediátrica para uma doença também de indivíduos adultos.

PO278 ANÁLISE COMPARATIVA DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E FUNÇÃO PULMONAR EM PACIENTES FIBROCÍSTICOS ADULTOS DO AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR DO HOSPITAL NEREU RAMOS - FLORIANÓPOLIS

CONCETTA ESPOSITO¹; CLAUDIA BONOSSOMI²; REGIANE TAMIRES BLASIUSS

1.HOSPITAL NEREU RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2.3. FACULDADE ESTÁCIO DE SÁ, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FIBROSE CÍSTICA; IMC; VEF1

Introdução: A Fibrose Cística é uma doença genética de evolução crônica e progressiva caracterizada pela disfunção das glândulas exócrinas, incluindo pâncreas, glândulas sudoríparas e glândulas mucosas dos trato respiratório, gastrointestinal e reprodutivo. Desta forma, pode gerar prejuízos ao desenvolvimento orgânico do indivíduo e

induzir a alterações na composição corporal. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo avaliar a correlação entre o índice de massa corporal (IMC) e a função pulmonar de pacientes adultos portadores de fibrose cística do ambulatório multidisciplinar para fibrocísticos do Hospital Nereu Ramos (HNR) de Florianópolis/SC. **Métodos:** A amostra foi composta por 14 pacientes com idade média de 25,57 anos, sem predominância de sexo, os quais foram pesados em medidas no dia da consulta de rotina no referido ambulatório e os dados de função pulmonar (VEF1) foram obtidos nos seus prontuários. Os dados foram analisados através do teste não paramétrico de Spearman com valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Os dados obtidos demonstram que há uma correlação negativa entre o IMC e a função pulmonar (VEF1), porém não estatisticamente significativa ($p = 0,31$). Isso provavelmente se dê pela pequena amostragem do estudo. **Considerações finais:** A fibrose cística é uma doença letal e que pode comprometer o desenvolvimento orgânico do indivíduo. Observou-se que pacientes fibrocísticos adultos com reduzido IMC possuem pior função pulmonar (VEF1) quando comparados aqueles com IMC dentro do previsto para a normalidade. Este resultado vai de encontro com outros já relatados previamente na literatura, sobretudo, em amostras maiores de indivíduos estudados, onde os dados encontraram significância estatística.

PO279 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS À TRAQUEOSTOMIA PRECOCE OU TARDIA

LOUISE TRINDADE OLIVEIRA¹; ANA CRISTINA BURIGO GRUMANN²; CELIA MARIA CARNEIRO JORGE³; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI⁴; DIOGO LUIZ SIQUEIRA⁵; ISRAEL SILVA MAIA⁶

1,2,3.HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 4,5,6.HOSPITAL NEREU RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRAQUEOSTOMIA; VENTILAÇÃO MECÂNICA; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Objetivos: Analisar aspectos epidemiológicos e desfechos da internação em UTI, comparando pacientes com traqueostomia precoce e tardia em hospital de referência para atendimento ao trauma. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo realizado com pacientes submetidos à traqueostomia, durante o período de maio 2006 a abril 2007. Todos os dados foram coletados de prontuários médicos e comparados considerando dois grupos de pacientes: aqueles com traqueostomia precoce (≤ 7 dias de admissão na UTI) e aqueles com traqueostomia tardia (≥ 8 dias de admissão na UTI). Foram utilizados os testes T e qui-quadrado para comparação dos grupos, com significância estabelecida em 0,05. **Resultados:** 438 pacientes foram analisados. Traqueostomia foi realizada em 87 (19,86%) pacientes. A idade média foi de $53 \pm 19,9$ anos; 67% sexo masculino; escore APACHE II foi de $24 \pm 7,7$; mortalidade prevista de $43,4 \pm 2,4$; Glasgow $9,3 \pm 4,6$; tempo de permanência na UTI $18 \pm 9,7$ dias e média de dias com traqueostomia $8,7 \pm 4,6$. Os motivos para realização da traqueostomia foram proteção das vias aéreas (59,1%) e ventilação mecânica prolongada (37,5%). Tabela 1 mostra os resultados principais e compara os dois grupos de pacientes. **Conclusão:** Traqueostomia precoce (< 7 dias de ventilação mecânica) reduziu o tempo total de ventilação mecânica e tempo de permanência na UTI. Entretanto, nenhuma diferença em relação às taxas de mortalidade foi verificada.

	Traqueostomia precoce	Traqueostomia tardia	p
Pacientes (número)	41	46	NS
APACHE II	23,6 ± 7,8	25 ± 7,7	NS
Escala de Glasgow	9,5 ± 4,6	9 ± 4,7	NS
Traqueostomia (dias)	5 ± 1,8	12,1 ± 3,6	p < 0,000
Idade	51,2 ± 20,2	54,9 ± 19,6	NS
Tempo de permanência na UTI (dias)	14,8 ± 8,8	21 ± 9,5	p < 0,02
Ventilação mecânica (dias)			
≤ 14	63,40%	26,10%	p < 0,003
> 14	36,60%	71,70%	p < 0,003
PAV	30,40%	41,50%	NS
Mortalidade na UTI	24,40%	30,40%	NS

PO280 LESÃO PULMONAR AGUDA CAUSADA PELA TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

OLAVO FRANCO FERREIRA FILHO; CESAR CASTELO BRANCO LOPES; GABRIEL AFONSO DUTRA KRELING; LUIZ FELLIPE ALIBERTI; RAFAEL GOULART ARAUJO; RICARDO HIRAYAMA MONTERO; RODRIGO EIK SAHYUN

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRALI; HEMOCOMPONENTES; LESÃO PULMONAR AGUDA

Introdução: A Pouco estudada na literatura, a lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) é definida como um quadro clínico agudo e grave manifestado durante ou após a transfusão de hemocomponentes. **Objetivos:** determinar as principais manifestações respiratórias em pacientes que receberam transfusão, bem como sua fisiopatologia e tratamento. **Métodos:** Realizado revisão de literatura nas bases de dados Medline, Lilacs, Biblioteca Cochrane e Scielo utilizando as palavras-chave: TRALI, Lesão Pulmonar Aguda e Transfusão. Foram selecionados trabalhos que continham: dados epidemiológicos, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prevenção. **Resultados e Discussão:** Foram selecionados os 20 artigos. Somente na década de 1980, pela descrição de 36 casos, a TRALI foi reconhecida como entidade clínica. Suas manifestações incluem insuficiência respiratória aguda (IRA), infiltração pulmonar bilateral e hipoxemia, que ocorrem durante ou dentro de 6 horas após transfusão, sem evidência de causas cardíacas ou de outras causas de IRA. O diagnóstico é difícil e basicamente clínico com pequenas evidências laboratoriais. Sua incidência é de um a cada 50000 transfusões, mas sua real frequência é desconhecida por ser subdiagnosticada e subrelatada. A mortalidade varia de 5% a 25%. Vários são os possíveis mecanismos causadores das alterações pulmonares. Entre eles, uma reação imunológica de anticorpos do doador com especificidade para antígenos na superfície de leucócitos do receptor, causando ativação de polimorfonucleares, ativação do complemento, dano endotelial e infiltração. Outros postulam que a TRALI só ocorre devido a dois eventos distintos: condição propícia do paciente – com ativação endotelial previamente estabelecida

– e a transfusão propriamente dita com anticorpos anti-leucocitários ou com substâncias biologicamente ativas, capazes que causar ativação leucocitária. A situação do doador também parece ser importante no desencadeamento da TRALI: é reconhecido que quando os doadores são multiparas ou previamente transfundidos suas chances de ocorrência aumentam. Não há um tratamento específico e de uso geral para a TRALI. É consenso que o tratamento baseia-se na aplicação de suporte ventilatório e manutenção do equilíbrio hemodinâmico. Em casos leves é indicado somente oxigênio nasal e em mais graves, intubação orotraqueal com ventilação mecânica. A prevenção deve ser feita principalmente no banco de sangue, atentando-se para doadores de risco. Além disso, a restrição de transfusões desnecessárias é válida para diminuir incidência da TRALI. **Conclusão:** Obteve-se consenso pela maioria dos trabalhos a respeito dos principais temas relacionados à TRALI; não foram verificadas divergências significativas entre eles. No entanto, aspectos relacionadas a sua fisiopatologia são insuficientes e, muitas vezes, controversos, evidenciando a necessidade de estudos para torná-la mais clara.

PO281 PERFIL DA MORTALIDADE POR SEPSE EM UM HOSPITAL GERAL SECUNDÁRIO EM FORTALEZA/CE

DANIELA CHIESA1; IARA SOUZA CASTELLANI2; LARISSA BASTOS COSTA3; MAYRA CAVALCANTE GAZELLI4; IZABEL INACIO FERRAZ5; CAMILLE CARNEIRO DA CUNHA6; TÍCIANA ROLIM PARENTE7; BRENO BRAGA BASTOS8

1,2.HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 3,4,5,6,7,8.UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MORTALIDADE; SEPSE; TERAPIA INTENSIVA

Introdução: A sepsse acomete cerca de 25% dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), sendo a maior causa de mortalidade na UTI, com taxa de mortalidade intrahospitalar variando entre 30% e 60%. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi descrever a análise dos óbitos intrahospitalares, destacando os óbitos por sepsse respiratória em um hospital geral. **Material e Métodos:** Estudo transversal, realizado no Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, hospital público com perfil de atendimento secundário, localizado em Fortaleza/CE. Foram analisados, retrospectivamente, os prontuários dos pacientes adultos que evoluíram ao óbito, no período de um ano, entre agosto de 2008 e julho de 2009. Foram excluídos os óbitos que ocorreram em até 48 horas após a admissão hospitalar. As variáveis analisadas foram sexo, idade, diagnóstico de entrada na admissão hospitalar, tempo de permanência na UTI, causa do óbito e intercorrências. Não foi considerado o índice de escore prognóstico (APACHE II), pela ausência deste dado em vários prontuários e impossibilidade de resgate do mesmo no sistema de informação do hospital. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e apresentados através de média ou mediana e desvio ou erro padrão. **Resultados:** No período, ocorreram 5022 internações de pacientes adultos. Destes, 335 (6,7%) evoluíram ao óbito, sendo analisados 217 prontuários (65%). No diagnóstico de entrada no hospital dos pacientes que foram a óbito, os sistemas mais acometidos foram respiratório (23%), digestório (21%) e neurológico (15%). A idade média dos pacientes foi 65 (± 18,1 anos). Dos pacientes com doenças respiratórias, 59% apresentaram infecção respiratória baixa ou pneumonia. Na UTI, foram

admitidos 669 pacientes e ocorreram 240 (35,8%) óbitos. A mediana de permanência em tratamento intensivo foi 20 ($\pm 12,1$) dias, variando de 3 a 140 dias. Ocorreram 119 óbitos por sepse e suas complicações (49,5% da mortalidade na UTI e 35,5% da mortalidade intrahospitalar), sendo 50 (42%) sepse de origem respiratória e 20 (16,8%) de origem abdominal. Dos pacientes com sepse, 71 (59,6%) evoluíram com choque séptico e 26,8 % apresentaram pneumonia e permaneceram mais de 10 dias em ventilação mecânica invasiva. Dos óbitos por sepse, 50,4% foram em mulheres e 68,5% em pacientes com mais de 60 anos. A idade média dos pacientes com sepse respiratória foi 69 ($\pm 18,0$) anos e 29 (58%) eram mulheres. A mediana de permanência destes pacientes na UTI foi 22 (± 12) dias. Dos pacientes com sepse respiratória, 18 (36%) evoluíram com choque séptico. **Conclusão:** Conclui-se que a sepse é a principal causa de morte intrahospitalar, sendo necessárias estratégias para seu diagnóstico precoce e controle na tentativa de redução de mortalidade.

PO282 MEDICAÇÕES INALATÓRIAS: EFICÁCIA TERAPÊUTICA X CUSTOS

FABRÍCIA APARECIDA DE LIMA ALVES; HUMBERTO BASSIT BOGOSSIAN; OSCAR FERNANDO PAVÃO DOS SANTOS; LUCIANA REIS GUASTELLI; GISELE TREDDENTE MORISHITA

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MEDICAÇÕES; INALATÓRIAS; EFICÁCIA TERAPÊUTICA X CUSTOS

Foi identificadas deficiências na manipulação de medicações inalatórias pela equipe de enfermagem desta unidade causando impacto na eficácia terapêutica e principalmente nos custos prejudicando o processo da prática assistencial. O estudo foi realizado em um hospital particular terciário de grande porte em São Paulo, na unidade de semi-intensiva, totalizando 41 leitos, dentre estes, 9 pacientes crônicos sob ventilação mecânica e espontânea. Justificativa: Com base na problemática descrita, a equipe interdisciplinar (enfermagem, médicos, farmacêutico e fisioterapia) propôs ações de melhoria para o uso adequado na utilização de espaçadores e manuseio correto das medicações inalatórias na unidade da semi-intensiva do 7º andar. **Objetivos:** Treinar a equipe de enfermagem para o manuseio correto das medicações inalatórias e espaçadores, diminuindo assim o desperdício de medicações, melhora da eficácia terapêutica e redução de custos. **Material e Métodos:** Observacional e comparativo durante um trimestre (outubro – dezembro/2009) na unidade semi-intensiva. Em outubro, foi detectado a dificuldade na administração de medicações via inalatória e dúvidas frequentes no manuseio dos espaçadores. Como meta, foram estipulados 50% da equipe de enfermagem para realização de um treinamento realizado em Novembro de 2009, onde foram mostrados as variedades de medicações inalatórias e inaladores. Em dezembro de 2009 iniciou-se a utilização de espaçadores e manuseio correto das medicações inalatórias nos pacientes crônicos sob ventilação mecânica e espontânea da unidade semi-intensiva. **Resultados:** O treinamento de 50% da equipe de enfermagem teve início em outubro de 2009 e foi aplicado a todos os pacientes crônicos sob ventilação mecânica e espontânea. No mês de Outubro tínhamos um gasto de R\$990,27 de medicações inalatórias e R\$1.639,95 de espaçadores, sendo no mês posterior ao treinamento gasto de R\$422,62 em medicações e R\$2.295,09 em espaçadores, representando uma redução

de 43% dos medicamentos inalatórios comparando ao mês de Outubro. Quanto ao consumo dos espaçadores no mês de Dezembro houve um aumento de 40% no consumo referente ao mês anterior ao treinamento. Isto prova um impacto na redução de custos com medicações e melhora na utilização de espaçadores para a administração dos medicamentos inalatórios, contribuindo para eficácia terapêutica e melhora do processo da prática assistencial. **Conclusão:** A adesão da equipe de enfermagem ao treinamento e a utilização dos espaçadores para utilização de medicamentos inalatórios, reduziu em 43% os gastos e a melhora da eficácia terapêutica com melhor utilização dos medicamentos inalatórios na unidade semi-intensiva. Os resultados do treinamento foram decisivos para expansão do mesmo para todos os setores de pacientes graves (UTIA e unidade coronariana), diminuindo custo, e melhora na eficácia terapêutica contribuindo com o menor tempo de internação.

PO283 PACIENTES COM SUSPEITA DE PNEUMONIA POR INFLUENZA A/H1N1 2009 INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

LÊA FIALKOW1; SÍLVIA REGINA RIOS VIEIRA2; GILBERTO FRIEDMAN3; EDISON MORAES RODRIGUES FILHO4; JOSUÉ VICTORINOS; ALEXANDRE CORDELLA DA COSTA6; CASSIANO TEIXEIRA7; CRISTIANO BATISTA8

1.2.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE/ COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE POA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4.HOSPITAL CONCEIÇÃO, GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.HOSPITAL MÃE DE DEUS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 6.HOSPITAL GERAL DE CAXIAS SUL/FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL; 7.HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 8.HOSPITAL ESCOLA/ UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS E HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO DE PAULA, PELOTAS, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA H1N12009; TERAPIA INTENSIVA; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: O Rio Grande do Sul (RS) foi um dos estados brasileiros com maior número de casos de infecção por influenza A/H1N1 2009 (H1N1 2009). **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com pneumonia por H1N1 2009, casos suspeitos e/ou confirmados, que internaram em UTIs no RS. **Métodos:** Coorte prospectiva multicêntrica de 109 pacientes adultos com suspeita de pneumonia por H1N1 2009 admitidos em oito UTIs do RS, entre julho e agosto de 2009. H1N1 2009 foi detectado por Reação em cadeia da Polimerase-PCR em tempo real. Dados foram coletados em formulário padrão e enviados ao centro coordenador. Teste t de student foi utilizado para comparações. **Resultados:** Dos 109 pacientes, 28 (26%) tiveram confirmação diagnóstica para H1N1 2009. **Características:** Idade=38 $\pm$ 14 anos; Escore APACHE II=16,9 $\pm$ 6; Sexo feminino=63%. Comorbidades/Grupos de risco mais frequentes: obesidade (IMC>30; 24%), gestantes (12%) e hipertensão (18%); 19% não apresentaram fatores de risco. Os sintomas mais comuns foram dispnéia (87%) e tosse (84%). O intervalo de tempo médio entre os sintomas e o início de oseltamivir foi 4,8 $\pm$ 3,1 dias. Ventilação Mecânica (VM) foi necessária em 84% dos pacientes. A PaO2/FiO2 média foi 135 $\pm$ 87,7 mmHg. A duração da VM foi 13,6 $\pm$ 10,7 dias e o tempo médio de internação na UTI, 14,3 $\pm$ 11,9

dias. SARA ocorreu em 85% dos casos; 8% tiveram LPA não SARA. Manobras de recrutamento foram realizadas em 34% dos pacientes; posição prona em 11%. Insuficiências cardiovascular e renal ocorreram em 69% e 34% dos pacientes, respectivamente. Não sobreviventes comparados com sobreviventes tiveram maior escore APACHE II (20 ± 9 vs. 15 ± 5 , $p=0,002$), menor $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (112 ± 60 vs. 150 ± 99 , $p=0,07$), menor pH ($7,22 \pm 0,15$ vs. $7,35 \pm 0,11$, $p<0,001$), e maior PaCO_2 (58 ± 33 mmHg vs. 43 ± 14 , $p=0,002$). A mortalidade na UTI foi 39% ($n=43$). **Conclusão:** No RS, pacientes críticos com pneumonia suspeita/confirmada por H1N1 2009, apresentaram hipoxemia grave, necessidade de VM, disfunção orgânica múltipla e elevada mortalidade. Apoio: FIPE/HCPA Demais membros do "Grupo H1N1": MC Bozzetti; P Schwarz; F Hoff; M Gonçalves

PO284 AVALIAÇÃO DA ADESÃO A UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

DANIELA CHIESA; BRAULIO MATIAS DE CARVALHO; GLAYDSON ASSUNÇÃO PONTE; MARISETE SANTOS SOUSA; CRISTIANE COSTA ARAUJO; RITA MARIA DE SOUSA

HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCANTARA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; TERAPIA INTENSIVA; PROTOCOLO IHI

Introdução: A alta prevalência de pneumonia associada à ventilação mecânica contribui para o aumento da morbimortalidade em unidades de terapia intensiva. O The Institute for Healthcare Improvement (IHI) é uma organização sem fins lucrativos que visa melhorar a assistência à saúde em todo o mundo. Uma dos seus protocolos é a aplicação do pacote (bundle) de ventilação - quatro componentes de cuidados - em pacientes ventilados com a possibilidade de reduzir drasticamente a incidência de PAV. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão ao protocolo de prevenção de PAV do IHI em uma UTI Geral. **Material e Métodos:** Estudo de coorte, realizado na UTI 1 (9 leitos) do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, hospital público com perfil de atendimento secundário, localizado em Fortaleza/CE. Foi avaliada a implementação dos quatro componentes de cuidados denominados "pacote da ventilação" e acompanhada a adesão às medidas durante quatro meses (fevereiro a maio de 2009) nos pacientes em ventilação mecânica, internados na UTI 1. O pacote consiste em elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45 graus, interrupção diária da sedação e avaliação diária das condições de extubação, profilaxia de úlcera péptica (úlceras de stress), profilaxia de trombose venosa profunda (TVP). As variáveis avaliadas foram densidade de PAV (total de casos de PAV em determinado período / nº de ventiladores-dia no mesmo período x 1000); adesão ao pacote (nº de pacientes recebendo TODOS os 4 elementos do pacote da ventilação em determinado período / nº total de pacientes em ventilação naquele período) e adesão à medida (nº de pacientes recebendo determinada medida do pacote da ventilação em determinado período / nº total de pacientes em ventilação naquele período). **Resultados:** A densidade de PAV nos seis meses anteriores a implantação do pacote variou de 21,03 a 28,17. No período após a implantação do pacote, foi respectivamente, entre fevereiro e maio, 20,4;

8,4 ($p<0,005$); 18,2 e 8,6 ($p<0,005$). A adesão ao pacote foi, respectivamente, 70,6%; 67,6%; 79,8%, 71,8%. A adesão às medidas pode ser observada abaixo, de fevereiro a maio, respectivamente: elevação da cabeceira a 30°: 79,4%; 75,2%; 87,7%; 81,3%. Interrupção da sedação e avaliação da condição de extubação: 89,4%; 93,8%; 91,5%; 89,5%. Profilaxia de úlcera péptica: 100,0%; 97,4%; 100,0%; 100,0%. Profilaxia de TVP 94,4%; 95,8%; 99,2%; 95,9%. **Conclusão:** Com a implantação do protocolo, houve redução significativa de PAV associado à adesão maciça a três das quatro medidas em dois períodos, sendo necessária conscientização de toda a equipe assistencial em relação à adesão às medidas, especialmente na elevação da cabeceira, para prevenir broncoaspiração e PAV.

PO285 DESCRIÇÃO DOS ACHADOS GASOMÉTRICOS EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA GERAL

JOÃO LUIZ VIEIRA RIBEIRO; GERMANA KARLA REGO MOURA; CAIO BRUNO DE SOUZA BARROS

NOVAFAPI, TERESINA, PI, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ANÁLISE DOS GASES SANGÜÍNEOS; EQUILÍBRIO ÁCIDO-BÁSICO; GASOMETRIA ARTERIAL

Introdução: A gasometria arterial tem grande importância na abordagem do doente crítico, pois além de permitir avaliar o estado de oxigenação (PO_2), a ventilação (PCO_2) e condições ácido-básicas (pH e HCO_3), em momentos determinados, também auxilia no diagnóstico, tratamento e suporte intensivo. Em pacientes ventilados mecanicamente e em condições estáveis, sugere-se requisitar uma gasometria a cada 12 horas ou uma vez ao dia. **Objetivos:** descrever os acompanhamentos gasométricos dos pacientes internados em uma UTI, correlacionando-os as características demográficas, alta da UTI e a mortalidade destes pacientes. **Materiais e Métodos:** trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, em pacientes admitidos na UTI do Hospital de Terapia Intensiva (HTI) no período de 1° (primeiro) de janeiro a 30 (trinta) de junho de 2009, com levantamento de dados através de questionário e pesquisa aos prontuários, verificando idade, sexo, tempo em dias entre admissão hospitalar e admissão na UTI, o sistema orgânico acometido na admissão da UTI, os valores gasométricos na admissão, após 24h e 48h de internação, necessidade de ventilação mecânica, alta e óbito na UTI, demonstrados através de gráficos após análise estatística descritiva. **Resultados:** Foram pesquisados 76 prontuários, destes, 35 (46%) do gênero feminino e 41 (54%) masculino, com idade entre 24 a 93 anos (média: 71,5 anos). Na admissão do paciente à UTI prevaleceu acometimento do sistema cardiovascular (43%), seguido do sistema respiratório (14%), neurológico (12%), gastrointestinal (11%). Os distúrbios encontrados na admissão foram: acidose respiratória (22%); alcalose respiratória e alcalose metabólica compensada (15%); acidose metabólica e acidose metabólica compensada (12%); alcalose metabólica e alcalose respiratória compensada (8%); acidose mista e alcalose mista (4%). **Conclusão:** a acidose metabólica foi predominante, porém, nos pacientes que foram a óbito, observou-se maior incidência de acidose respiratória na admissão, podendo estar relacionada com a mortalidade.

PO286 TERAPIA NUTRICIONAL EM POLITRAUMATIZADOS SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA: A OFERTA CALÓRICA É ADEQUADA?CECÍLIA LOPES COUTO¹; JORGE AMILTON HOHER²; JOSÉ DA SILVA MOREIRA³¹.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL-UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; ^{2,3}.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.**PALAVRAS-CHAVE:** VENTILAÇÃO MECÂNICA; TERAPIA NUTRICIONAL; APORTE INADEQUADO

Introdução: O politraumatizado que se encontra em hipermetabolismo, mediante a aporte energético inadequado, recruta suas reservas de aminoácidos dos músculos esqueléticos e respiratórios, aumentando o risco nutricional, levando a complicações pulmonares, aumentando o tempo de ventilação mecânica. A desnutrição nestes pacientes além de favorecer a depressão da resposta imunológica, dificulta a regeneração do epitélio respiratório e em consequência da fraqueza do músculo respiratório, leva ao prolongamento do tempo em ventilação mecânica (VM) e maior tempo de permanência hospitalar. Vários fatores impedem uma adequada administração da nutrição enteral, como procedimentos diagnósticos e terapêuticos, disfunção do trato gastrointestinal, cuidados com as vias aéreas, que entre outras causas dificultam uma administração mais eficaz dos nutrientes. Por isso é importante estimar com precisão as necessidades energéticas destes pacientes, e avaliar continuamente se a quantidade de nutrientes prevista foi realmente administrada. **Objetivos:** Quantificar o aporte calórico administrado aos pacientes em VM, analisar a adequação da prescrição, e correlacionar o VET ofertado com o tempo em VM. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, incluindo 60 politraumatizados de 18 a 83 anos, em ventilação mecânica e terapia nutricional enteral, atendidos na UTI do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre-RS, no período de abril de 2008 a junho de 2009. Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Verificou-se o tempo em VM, e oferta calórica durante o período de suporte nutricional enteral. Para cálculo do GET dos pacientes foi utilizada a equação de Harris & Benedict. **Resultado:** As características da amostra estão apresentadas na Tabela 1. A média do percentual de dieta administrado foi de 68,6% ($\pm 18,3\%$). Da amostra, 9 (15%) receberam menos que a metade do prescrito, apenas 16 (26,7%) e 4 (6,7%) receberam no mínimo 80% e 90%, respectivamente, de suas necessidades diárias (Figura 1). Destes pacientes, 56,7% tiveram uma prescrição calórica menor que 90%, e 18,3% tiveram prescrição acima de 110% do GET. Apenas 25% dos pacientes receberam prescrição calórica adequadamente (entre 90% e 110%). Não houve associação estatisticamente significativa entre as calorias administradas e os tempos de VM ($r_s=0,130$; $p=0,321$), tempo de UTI ($r_s=-0,117$; $p=0,372$) e tempo de internação hospitalar ($r_s=-0,152$; $p=0,246$). **Conclusão:** Concluímos que os pacientes em ventilação mecânica não recebem com precisão o aporte energético prescrito, ficando então mais expostos às consequências do déficit calórico, como a desnutrição e seus desfechos clínicos, como dificuldade do desmame da ventilação mecânica. O desenvolvimento de protocolos de infusão da dieta e educação continuada dos profissionais da UTI é de grande importância para melhorar a administração dos nutrientes.

PO287 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA EM PACIENTES DE UMA UTI RESPIRATÓRIA: O "CROSS-TALK" RIM-PULMÃO

MARINA SILVEIRA MENDES; ALINE MENEZES SAMPAIO; CARLA RENATA BRITO; GABRIELA LIMA SILVEIRA; KRASNALHIA LIVIA SOARES DE ABREU; GERALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; ELIZABETH DE FRANCESCO DAHER

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: UTI; IRA; RESPIRATÓRIA

Introdução: A IRA contribui diretamente para disfunção pulmonar, cerebral, hepática, cardíaca e de outros órgãos. **Objetivos:** Investigar a associação entre IRA e disfunção pulmonar em um grupo de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de doenças respiratórias. **Material e Métodos:** Foi realizado estudo prospectivo com pacientes internados na UTI respiratória do Hospital de Messejana, em Fortaleza, Ceará, no período de maio a dezembro de 2009. IRA foi definida de acordo com o critério RIFLE. Foram comparados os pacientes com e sem IRA, e aqueles que dialisaram e que não dialisaram. A severidade da doença foi avaliada através do escore APACHE II. A análise estatística foi feita pelo programa SPSS. **Resultados:** Foram incluídos 62 pacientes, com média de idade de 55 ± 19 anos. A média do escore APACHE II na admissão foi de $27,6 \pm 7,7$, com risco de óbito de $62,3 \pm 20\%$. IRA foi observada em 47 casos (75,8%), e diálise foi instituída em 14 casos (29,7%). De acordo com o critério RIFLE os pacientes foram classificados em "Risk" em 13 casos (27,8%), "Injury" em 10 (21,2%) e "Failure" em 24 (51%). Os escores APACHE II foram maiores nos piores estágios RIFLE ($24,3 \pm 7,2$ em "Risk", $25,3 \pm 7,4$ em "Injury" e $31,9 \pm 6,8$ em "Failure", $p=0,006$). Ventilação mecânica (VM) foi instituída em 55 casos (88,7%). Os pacientes com IRA apresentaram maior tempo em VM ($6,2 \pm 5,5$ dias vs. $3,0 \pm 2,0$ dias, $p=0,03$), maior pressão positiva expiratória final (PEEP) máxima ($7,6 \pm 3,5$ cmH₂O vs. $5,8 \pm 2,1$ cmH₂O, $p=0,01$) e menores níveis de HCO₃ arterial ($19 \pm 7,3$ mEq/L vs. $24 \pm 6,9$ mEq/L, $p=0,02$). O índice PaO₂/FiO₂ foi menor nos pacientes com IRA (145 ± 101 mmHg vs. 188 ± 93 mmHg), mas a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,14$). A comparação entre os pacientes que dialisaram e que não dialisaram mostrou maior PEEP ($9,0 \pm 3,6$ cmH₂O vs. $6,6 \pm 3,1$ cmH₂O, $p=0,01$), menores níveis de HCO₃ arterial ($13,6 \pm 2,1$ mEq/L vs. $22,5 \pm 7,4$ mEq/L, $p=0,0001$) e menor índice PaO₂/FiO₂ ($89,3 \pm 35,5$ mmHg vs. 176 ± 105 mmHg, $p=0,003$) nos pacientes que dialisaram. Óbito ocorreu em 23 casos (37%), dos quais 21 tinham IRA (91,3%). A mortalidade foi maior nos pacientes com IRA (44,6% vs. 37%, $p=0,02$). Houve associação significativa entre a classificação RIFLE e a mortalidade, sendo maior nos pacientes no grupo "Failure" (66,6%), quando comparados ao grupo "Injury" (40%) e "Risk" (7,6%), $p=0,002$. A curva ROC para os pacientes com IRA mostrou uma área sob a curva (AUC) para a classificação RIFLE em determinar a mortalidade de $0,785 \pm 0,62$, sendo similar à AUC para o escore APACHE II ($0,720 \pm 0,65$), $p=0,06$. **Conclusão:** IRA está associada com piores parâmetros respiratórios em pacientes críticos, incluindo maior tempo em VM, maior PEEP, PaO₂/FiO₂ e HCO₃ arterial. Os pacientes que necessitaram de diálise também apresentaram piores parâmetros respiratórios, o que sugere a ocorrência de uma interação "rim-pulmão" significativa. O critério RIFLE apresentou associação significativa com a mortalidade neste grupo de pacientes.

P0288 SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO NO PÓS-OPERATÓRIO

THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; FAUSTO MORABITO; DAVID LOPES LIMA CAVALCANTI COELHO; ELIAS JOSÉ GONÇALVES; SAMIA RACHED; PEDRO CARUSO; THAIS MAUAD; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EMBOLIA; GORDUROSA; RESPIRATÓRIO

Introdução: A síndrome da embolia gordurosa está associada a fraturas de ossos longos ou quadril, podendo associar-se a procedimentos estéticos. Tem mortalidade em torno de 5-15%. A fisiopatologia é explicada pelo bloqueio mecânico da luz vascular por gotículas circulantes de gordura, com aumento da pressão hidrostáticas locais e indução da resposta inflamatória após a liberação de citocinas. O quadro clínico inicia 12 a 72 horas após o trauma ou cirurgia, composto tipicamente pela tríade: insuficiência respiratória progressiva, alteração do nível de consciência e petéquias. Diagnóstico sugerido de acordo com critérios maiores (tríade) e menores (VHS elevado, queda da súbita do hematócrito e plaquetopenia, febre, taquicardia, alterações retinianas, alterações urinárias e gordura positiva no escarro). Radiografia de tórax na maioria é normal e na Tomografia Computadorizada de Tórax pode apresentar-se com vidro despolido difuso, consolidação predominantemente nas bases e periferia. O LBA pode sugerir o diagnóstico com a visualização de macrófagos com inclusões de gordura. Não existe tratamento específico, sendo o uso de corticóide incerto. **Relato de Caso:** Homem com 18 anos, sem comorbidades prévias, foi vítima de acidente automobilístico, com fratura em epífise distal de fêmur e patela direitas, queixa-se de dispnéia e febre no 1ºPO da fixação das fraturas, os sintomas pioraram progressivamente e no dia seguinte procura o pronto-socorro consciente, orientado, febril (38,2°C), hipocorado, taquicárdico (139bpm), taquipneico (60irpm), normotenso, cianótico (SO₂: 54%), na ausculta pulmonar tinha estertores crepantes nas bases de AHT. O laboratório da admissão mostrava Hb 9,4g/dL, Ht 29,9%, Leucócitos 16,67 mil/mm³, plaquetas 266 mil/mm³, uréia 31 mg/dL, creatinina 0,75 mg/dL, TGO 141 U/L, TGP 81 U/L, pH 7,409, pO₂ 50,3mmHg, pCO₂ 34,2 mmHg, HCO₃ 21,1 mmol/L, SO₂ 85,4%, BE -2,6mmol/L e lactato arterial 20mg/dL. Apresentava Tomografia de Tórax com consolidações predominantemente na periferia dos lobos superiores e inferiores. Foi admitido na UTI Respiratória e colocado em ventilação mecânica, sendo optada a estratégia protetora e titulação da PEEP pela FiO₂, também houve a introdução de antibioticoterapia (vancomicina, cefepime e claritromicina) e corticoterapia (hidrocortisona 4mg/kg/dia). Evoluiu com melhora clínica e da troca gasosa e foi extubado após 4 dias. **Conclusão:** O objetivo da exposição do caso é discutir uma rara complicação das cirurgias ortopédicas, que pode evoluir para síndrome do desconforto respiratório

agudo, de diagnóstico difícil que é realizado após uma soma de vários critérios clínicos e laboratoriais.

P0289 AVALIAÇÃO DA EXTUBAÇÃO EM PACIENTES APÓS CIRURGIA CARDÍACA

ANDREA VASCONCELOS SANTOS; TICIANNY FERNANDES BONFIM; PAULA NOGUEIRA DIOGENES; DANIELA GARDANO BUCHARLES MONTALVERNE

UNIFOR, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA; DESMAME; CIRURGIA CARDÍACA

As principais cirurgias cardíacas realizadas em pacientes adultos são a revascularização do miocárdio, o tratamento de doenças valvares e o tratamento das doenças da aorta. Nestas cirurgias, a ventilação mecânica é usada como Métodos de suporte para substituir ou auxiliar a função ventilatória dos pacientes. O processo de suspensão ou retirada desse suporte é definido como desmame. Este, por sua vez, pode ser dividido em três fases: durante a ventilação, extubação e a retirada do oxigênio suplementar. O sucesso do desmame acontece quando o paciente se mantém em ventilação espontânea durante pelo menos 48 horas. Por outro lado, considera-se fracasso ou falência do desmame, se ocorrer o retorno à ventilação artificial neste período. Esta pesquisa teve como objetivo verificar os fatores que influenciaram na extubação de pacientes pós-cirurgia cardíaca, através da análise das características da cirurgia, da monitorização dos parâmetros de oxigenação e dos sinais vitais antes e após a extubação. Foi realizado um estudo prospectivo, exploratório e descritivo com estratégias de análise quantitativa. A coleta de dados foi realizada pelo preenchimento de uma ficha com parâmetros dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica cardíaca, através das informações colhidas nos prontuários desses. Em seguida, os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva. O estudo demonstrou que as cirurgias cardíacas, mesmo realizadas em pacientes que apresentam fatores de risco, são consideradas seguras. No entanto, é necessária a realização de novas pesquisas para melhor compreensão do perfil desse paciente e, posteriormente, a elaboração de um protocolo de extubação adequado para o mesmo.

P0290 MODULAÇÃO DA EXPRESSÃO GÊNICA DE COMPONENTES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE REMODELAMENTO PULMONAR EM DIFERENTES MODELOS DE LESÃO INDUZIDA PELA VENTILAÇÃO MECÂNICA

CHRISTIANE COSTA CALCIOLARI; VIVIEN S PICCIN; KELLY YOSHIZAKI; DENISE FREDIANE BARBEIRO; SUSIMEIRE GOMES; ELIA GARCIA CALDINI; ELNARA MARCIA NEGRE

FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA; LESÃO PULMONAR AGUDA; EXPRESSÃO GÊNICA

Introdução: Apesar de ser essencial, em algumas situações a ventilação mecânica (VM) pode acarretar danos ao pulmão sadio, evento conhecido como lesão pulmonar induzida pela ventilação ou “ventilator-induced lung injury” – VILI. Esse processo depende da ação de forças mecânicas e da resposta inflamatória pulmonar. **Objetivos:** No presente estudo, analisamos a inflamação pulmonar e a expressão gênica de proteoglicanos e proteínas do citoesqueleto em resposta a dois mecanismos de VILI (alto volume e alta pressão). **Métodos:** Vinte e um coelhos foram randomizados em três

grupos: Controle (CTR), n=6; VC=8ml/kg, PEEP=5cmH₂O, fluxo= 2l/min; Alto volume (AV), n=7; VC=16 ml/kg, PEEP 5cmH₂O, fluxo= 3 l/min e Alta pressão (AP), n=8; com pressão inspiratória máxima (PIMAX) de 30cmH₂O e PEEP=12cmH₂O, com a intenção de manter o mesmo volume corrente do grupo controle. Os animais foram ventilados por 3h30m e subsequentemente exsanguinados. **Resultados:** Houve redução na complacência dinâmica do grupo AP quando comparado aos grupos CTR (p=.001) e AV (p=.000). A análise histológica não mostrou diferença no infiltrado das células inflamatórias entre os grupos, da mesma forma, não foram encontradas diferenças na expressão gênica da interleucina-8. A expressão gênica da alfa-actina não apresentou nenhuma diferença estatística entre os grupos. Diferenças na expressão dos proteoglicanos, entre as regiões pulmonares, foram observadas somente no grupo AV, com aumento da expressão gênica do biglican (p=.004) e lumican (p=.003) na região não dependente. A comparação da região não dependente entre os grupos mostrou aumento da expressão do biglican no grupo AP versus o CTR (p=.005). A análise entre os grupos da região dependente mostrou aumento da expressão da decorina no grupo AP (p=.049) e aumento da expressão do versican no AV (p=.003) e AP (p=.015) versus CTR; e, o grupo AP apresentou aumento na expressão do biglican (p=.007) e do lumican (p=.021). **Conclusão:** As forças geradas pela VM agem sobre o parênquima pulmonar determinando alterações na expressão gênica de proteoglicanos, independentemente da resposta inflamatória. Pressão e volume agem de forma diversa, sendo as grandes alterações de força impostas pela ventilação com altos volumes, sentidas mais pelas regiões não dependentes do pulmão. A alta pressão transpulmonar mantida mostrou-se como a maior indutora da expressão de fibrogênese dos componentes estudados da MEC.

PO291 PREVALÊNCIA DO SUCESSO DO USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ESPECIALIDADE PNEUMOLÓGICA

JOCIMAR PRATES MULLER¹; GABRIELA BACKES VIER²; RICARDO WICKERT³; MARIA ANGÉLIA JACQUES⁴; JULIESSA FLORIAN⁵; FABRÍCIO FONTOURA⁶; RODRIGO GHEDINI⁷; RAFAEL RODRIGUEZ⁸

1,2,3,4,5,6,COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA PORTO ALEGRE - PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 7,8,COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE-PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VMNI; SUCESSO; UTI

Objetivos: Verificar a prevalência de sucesso do uso da ventilação mecânica não-invasiva (VMNI) em uma unidade de terapia intensiva (UTI), analisando motivo e tempo do uso da VMNI, tempo de internação na UTI e hospitalar, assim como óbito. **Métodos:** Estudo observacional transversal dos pacientes que fizeram uso de VMNI no intervalo de tempo de julho de 2007 a abril de 2009, internados em uma UTI de especialidade pneumológica. Foram coletados dados de prontuários. Classificaram-se como sucesso os pacientes não intubados durante o período de uso da VMNI e até 48 horas após interrupção do uso. **Resultados:** A VMNI foi utilizada em 99 pacientes, tendo-se obtido sucesso em 73,7% dos casos. O uso deu-se em 42 pacientes no período pós-extubação, em 36 no pós-operatório de cirurgia torácica, e em 21 com insuficiência respiratória aguda (IRpA), por diversos diagnósticos. A taxa de sucesso foi maior em todos

os grupos, porém com resultado significativo no grupo pós-operatório de cirurgia torácica, assim como relação entre tempo de uso da VMNI e menor tempo de internação nesse mesmo grupo. Dos 31 pacientes que foram a óbito durante a internação, 64,5% ocorreram nos pacientes que tiveram insucesso da VMNI. **Conclusão:** Na amostra estudada, a maior parte dos pacientes evoluiu para sucesso do uso da VMNI, tendo seus principais resultados relacionados à não necessidade de intubação traqueal, encontrados nos pacientes com disfunção ventilatória no pós-operatório de cirurgia torácica, e relacionados ao insucesso nos pacientes com IRpA por fibrose pulmonar.

PO292 USO DE UM SIMULADOR VIRTUAL (XLUNG®) COMO FERRAMENTA INOVADORA E FACILITADORA NO ENSINO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; NAYANA HOLANDA OLIVEIRA; CIRA QUEIROZ CUNHA; MANOEL LOPES FILHO; HELDER BEZERRA; RONALD FEITOSA PINHEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA; SIMULADOR; ENSINO

Introdução: O ensino da ventilação mecânica na graduação médica carece de ferramentas eficazes para otimização do aprendizado (há que se considerar a dificuldade de se manipular ventiladores acoplados a pacientes reais, dada a freqüente gravidade e instabilidade dos mesmos). É possível que uso de simuladores virtuais voltados especificamente para este fim possam facilitar o processo de ensino-aprendizagem da ventilação mecânica. **Objetivos:** Avaliar impacto de um novo simulador virtual de ventilação mecânica (Xlung®) no aprendizado deste campo de atuação médica em estudantes do Módulo de Terapia Intensiva do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). **Métodos:** O trabalho conjunto de profissionais de Medicina e de Engenharia de informática criou o simulador virtual de ventilação mecânica. Ele recebe ajustes ventilatórios (modos ventilatórios, PEEP, FIO₂, sensibilidade, fluxo, etc) e características do paciente (sexo, idade, % shunt, VD/VT, esforço muscular, mecânica respiratória, etc). A partir do paciente e dos ajustes ventilatórios determinados, disponibilizam-se curvas de mecânica (volume, fluxo, pressão) e da gasometria arterial correspondentes, em tempo real numa interface gráfica amigável. Foi usado em atividade do módulo de terapia intensiva, em que 23 acadêmicos tiveram acesso a computadores com o simulador. O professor expunha casos clínicos e solicitava que os alunos manipulassem o simulador buscando encontrar ajustes ideais para cada paciente, monitorizando gasometria e as curvas de mecânica. Monitoras auxiliavam-nos na manipulação do simulador. Então, professor questionava os alunos quanto aos valores que ajustaram e, manipulando simulador projetado em "data show", avaliava sugestões dos alunos e fazia as correções necessárias, havendo rica discussão entre docente e discentes. Após, preencheram questionário sobre satisfação e avaliação de auto-aprendizado. **Resultados:** 73,9% concordaram totalmente com a afirmativa: "aprendi com o simulador aspectos não entendidos nas aulas teóricas ou práticas"; 78,2% que "o simulador permite maior compreensão de como ajustar o ventilador mecânico" e 95,6% que "exercício com o simulador deve ser rotineira no módulo de terapia intensiva"; dentre outros. **Conclusão:** O simulador mostrou-se ferramenta de grande impacto positivo no ensino de ventilação mecânica,

ganhando destaque em permitir, com liberdade e segurança, manipulação de ventilador mecânico, diferenciando-se das outras ferramentas já utilizadas nesse processo.

P0293 TRAQ-RIO: PERFIL DAS TRAQUEOSTOMIAS REALIZADAS NAS UTIS DO RIO DE JANEIRO

ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA¹; GUSTAVO CABRAL²

1.CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL;

2.CLÍNICA SÃO VICENTE, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRAQUEOSTOMIA; TERAPIA INTENSIVA; RIO DE JANEIRO

Objetivos: Estudar os aspectos da realização da traqueostomia (TQT) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) localizadas no município do Rio de Janeiro e correlacionar com a literatura médica. **Métodos:** Foi elaborado um questionário enviado por correspondência eletrônica aos coordenadores de todas as UTIs da cidade do Rio de Janeiro no período de julho a agosto de 2008. **Resultados:** Enviamos o questionário para os coordenadores das 87 UTIs instaladas no município. Recebemos a resposta de 39 (44,82%) delas. Em algumas perguntas, foi permitido mais de uma resposta. Das UTIs estudadas, 11 (28,2%) eram públicas, 25 (64,1%) privadas e 3 (7,7%) pertencentes a hospitais universitários. 36 (92,3%) eram unidades clínico-cirúrgicas, 2 (5,1%) clínicas e 1 (2,6%) cirúrgica. O número médio de leitos foi de $16 \pm 7,3$. A decisão da realização do procedimento foi da equipe da UTI (97,4%), equipe assistente em 11 (28,4%) e ambas equipes em 10 (25,6%). A TQT é realizada por cirurgião em 36 (92,3%) unidades, pelo intensivista em 2 (5,1%) e por ambos em 1 (2,6%). O procedimento é feito na beira do leito em 35 UTIs (89,7%). As indicações mais frequentes de TQT foram: perspectiva de ventilação mecânica prolongada, coma e proteção de vias aéreas. 53,8% das TQTs são obtidas entre a primeira e segunda semana de ventilação mecânica e 41% entre a segunda e terceira. A radiografia de tórax de controle foi realizada em 87,1% dos casos. A técnica cirúrgica era disponível em todas as unidades estudadas. Somente 7 (17,9%) delas realizavam a técnica percutânea. Os motivos para a preferência pela técnica cirúrgica são a indisponibilidade de equipe capacitada para a realização da TQT percutânea ou de material para sua confecção. Todas UTIs que realizam procedimento percutâneo utilizam a técnica de Ciaglia e usam auxílio de broncofibroscopia. O follow-up tardio é realizado em 15 (38,5%) unidades estudadas. **Conclusão:** O estudo demonstrou grandes diferenças nas rotinas referentes à TQT nos hospitais do Rio de Janeiro em comparação com outros trabalhos na literatura médica, destacando-se o uso ainda pouco difundido da técnica percutânea em nosso meio.

P0294 RESULTADOS DA FALHA DE EXTUBAÇÃO EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

ARTHUR OSWALDO DE ABREU VIANNA; FERNANDA LUIZA VALLADARES CALÇADO; ARTHUR NEIVA; PEDRO BINATO; FELIPE MAGNO; PAULA WERNECK

CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FALHA EXTUBAÇÃO; VENTILAÇÃO MECÂNICA; TERAPIA INTENSIVA

Introdução: A falha de extubação é comum na terapia intensiva e tem sido associada com resultados desfavoráveis nesse grupo de pacientes, como: aumento da mortalidade, maiores custos hospitalares e maior tempo de internação no centro de terapia intensiva. **Objetivos:** O objetivo desse

estudo foi avaliar se a falha de extubação está relacionada com pior evolução dos pacientes durante a internação no centro de terapia intensiva. **Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo em um CTI clínico e cirúrgico, composto de 16 leitos, em um hospital terciário na cidade do Rio de Janeiro. Foram incluídos os pacientes admitidos no período de 01/01/2007 a 31/12/2009 que necessitaram de ventilação mecânica invasiva por mais de 24 horas. A falha de extubação foi definida como a reintubação ocorrida até 48 horas após a extubação planejada. O grupo controle incluiu pacientes que obtiveram sucesso após a extubação planejada. Os desfechos analisados durante a internação no CTI foram: mortalidade, desenvolvimento de insuficiência renal aguda, uso de aminas vasoativas e o tempo total de ventilação mecânica. Os dados foram analisados no programa SPSS utilizando o teste Qui Quadrado, T student e Mann Whitney. Foi considerada significância estatística quando p valor <0,05. **Resultados:** Duzentos e vinte pacientes foram incluídos. Duzentos e seis pacientes foram extubados com sucesso e quatorze falharam após extubação programada. A prevalência de falha de extubação foi de 6 % e as principais causas foram: insuficiência respiratória aguda 43% (6), fraqueza da musculatura respiratória 22% (3), obstrução de vias aéreas altas 14% (2), incapacidade de proteção de vias aéreas 14% (2) e edema pulmonar agudo 7% (1). Destes, 57 % eram do sexo feminino, com média de idade de 79 ± 14 anos. 79% eram pacientes clínicos com APACHE médio de 22 ± 8 . A mortalidade no CTI foi de 64% (9), a incidência de insuficiência renal aguda foi de 43% (6), aminas vasoativas foram utilizadas em 100% dos pacientes, a taxa de traqueostomia foi de 64% (9) e o tempo total de ventilação mecânica de 16 ± 11 dias. A idade e a evolução para traqueostomia foram significativamente maiores nos pacientes que apresentaram falha de extubação ($p=0,01$ e $p = 0,03$, respectivamente), porém não houve diferença significativa na mortalidade, incidência de insuficiência renal aguda, uso de aminas vasoativas e duração total da ventilação mecânica (todos com $p >0,05$). **Conclusão:** A taxa de extubação foi aceitável quando comparada com a literatura médica. Pacientes que falharam na extubação eram mais idosos e evoluíram mais para traqueostomia, porém não houve diferença em relação aos desfechos analisados. Mais estudos são necessários para confirmar esses achados.

P0295 EFEITOS DA VENTILAÇÃO PRESSÃO CONTROLADA E AJUSTE DO "RISE TIME" EM COMPRAÇÃO A VENTILAÇÃO VOLUME CONTROLADA (FLUXO QUADRADO OU DESACELERADO) EM MODELO PULMONAR MECÂNICO DE FÍSTULA BRONCOPLAURAL DE ALTO DÉBITO

MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; CARLA RENATA BRITO; ALINE MENEZES SAMPAIO; MIRIZANA ALVES DE ALMEIDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA; FÍSTULA BRONCO-PLAURAL; MODELO PULMONAR

Introdução: Um dos desafios da ventilação mecânica em pacientes com fístula bronco-pleural (FBP) de alto débito é a manutenção de uma adequada ventilação alveolar, enquanto ocorrem perdas significativas do volume corrente (VC) através da mesma. A estratégia ventilatória usada pode minimizar o escape aéreo e influenciar o seu fechamento. A ventilação pressão controlada (PCV), por manter constante a pressão

de via aérea e ao mesmo tempo possibilitar a compensação de fuga aérea pela FBP, pode ser vantajosa em relação a ventilação ciclada a volume (VCV). Por outro lado, pouco se sabe sobre a influência de ajustes finos da VCV (uso de fluxo em rampa) e da PCV (ajustes variados do rise time) sobre o escape aéreo da FBP. **Objetivos:** Comparar os efeitos da PCV com ajustes variados do rise time em relação ao modo VCV com fluxo quadrado e em rampa sobre a mecânica respiratória e o escape aéreo em modelo pulmonar mecânico de FBP. **Métodos:** Trata-se de um estudo experimental, utilizando o modelo Adult Pediatric Demonstration Lung Model, configurado para simular paciente com FBP, de forma a permitir vazamento em torno de 50% do volume corrente inspirado. Utilizou-se o ventilador ESPRIT® configurado para a oferta do VC: 300mL, com tempo inspiratório de 1s e relação I:E de 1:3, PEEP:3cmH₂O, nos modos PCV e VCV. No modo PCV, utilizou-se rise time de 0,1s e de 0,5s e no modo VCV fluxo quadrado e em rampa. As 4 situações foram comparadas quanto aos efeitos sobre a mecânica respiratória e o % de escape aéreo pela FBP. Como esperado em um modelo mecânico, a variância dos dados obtidos foi desprezível e nenhum método estatístico, exceto a descrição e a comparação direta, foi aplicado. **Resultados:** No modo VCV com fluxo quadrado a pressão alveolar (PA) foi de 7,4cmH₂O, o pico de pressão (PIP) foi de 8,1cmH₂O, a pressão na traquéia (PT) foi de 8,1cmH₂O e o % do volume de escape pela fistula (Vescape) foi de 69,3% do VC. No modo VCV com fluxo em rampa, a PA foi de 7,3cmH₂O, o PIP foi de 7,6cmH₂O, a PT foi de 7,4cmH₂O e o Vescape foi de 69,2%. No modo PCV com rise time de 0,1s, a PA foi de 8,0cmH₂O, a PIP foi de 8,3cmH₂O, a PT foi de 8,1cmH₂O e a porcentagem do Vescape foi de 57,8%. No mesmo modo, com rise time de 0,5s, a PA foi de 7,8cmH₂O, a PIP foi de 8,2cmH₂O, a PT foi de 8,1cmH₂O e o Vescape foi de 62,3%. **Conclusão:** O uso do modo PCV em comparação ao VCV, desde que mantidas constantes as variáveis de tempo inspiratório, relação I:E e tendo por alvo o mesmo VC inspirado, resulta em um menor escape aéreo por FBP de alto débito, sendo tal efeito otimizado quando ajustado um menor rise time.

PO296 RELATO DE CASO: USO DE RITUXIMAB NO TRATAMENTO DA CRISE MIASTÊNICA EM PACIENTE SUBMETIDO À VENTILAÇÃO MECÂNICA

CINTHIA REGINA MIRANDA MEDAGLIA¹; MARCELO DERBLI SCHAFFRANSKI²; CARLOS ARNALDO MEDAGLIA³; DERLY T. FERRAZ⁴; DÉLCIO BERTUCCI⁵; DANIELLE DE PAULA E SILVA CARNEIRO⁶

1,6.PUC, CURITIBA, PR, BRASIL; 2,3.DEPARTAMENTO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL BOM JESUS, PONTA GROSSA, PR, BRASIL; 4.DEPARTAMENTO DE NEUROCIRURGIA, HOSPITAL BOM JESUS, PONTA GROSSA, PR, BRASIL; 5.DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, PONTA GROSSA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VENTILAÇÃO MECÂNICA; RITUXIMAB; CRISE MIASTÊNICA. **Introdução:** O rituximab é um anticorpo monoclonal contra linfócitos B CD20+, sendo aprovado pelo FDA para o tratamento de linfoma de não-Hodgkin e artrite reumatóide, mas há ampla evidência de sucesso terapêutico em diversas doenças auto-imunes de caráter humoral (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren e outras). **Objetivos:** Evidências recentes revelam resultados promissores do uso do medicamento rituximab no tratamento da miastenia gravis refratária. O objetivo deste trabalho foi demonstrar, através de um relato de caso, a eficácia deste medicamento também

na crise miastênica em uma paciente que estava submetida à ventilação mecânica. **Métodos:** Paciente portador de miastenia gravis desde 2006, controlada adequadamente com o uso de piridostigmina por via oral, a qual apresentou um episódio de crise miastênica, após vacinação para a influenza H1N1, apresentando dispnéia exacerbada com necessidade de ventilação mecânica. Em regime de terapia intensiva, a crise miastênica da paciente em questão foi refratária ao uso de altas doses de corticosteróides (400mg Hidrocortisona/dia) e de neostigmina (0.06 mg/kg/hora - infusão contínua IV). Assim, optou-se pelo uso do rituximab. **Resultados:** Após o uso do rituximab (375 mg/m² em 3 infusões semanais) a paciente apresentou melhora global da força muscular, a qual permitiu desmame subsequente da ventilação mecânica. A evolução com sucesso proporcionou alta da UTI um dia após a terceira infusão. **Conclusão:** No caso relatado, a administração da droga também em UTI foi segura e eficaz, resultando na possibilidade de desmame da ventilação mecânica. Mais estudos são necessários para estabelecer o rituximab como uma alternativa terapêutica também para os casos graves da crise miastênica.

PO297 ENCEFALOPATIA POR ANTI-FÚNGICO (ANIDULAFUNGINA)

CAMILA RANGEL TRAVASSOS BURITY¹; MARIA CECÍLIA BERNARDES PEREIRA²; RONALDO RANGEL TRAVASSOS JÚNIOR³; MARTINA RODRIGUES DE OLIVEIRA⁴; ISABELLE VIEIRA SECUNDO⁵; VALDIR DELMIRO NEVES⁶; GESUALDO PEREIRA SOARES⁷

1,2,3,4,6,7.UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; 5.UFAL, MACEIO, AL, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ANIDULAFUNGINA; SEPSIS; ENCEFALOPATIA

Introdução: Infecções fúngicas são referidas como uma das principais causas de morbidade e mortalidade em pacientes imunocomprometidos. Os pacientes de maior risco são aqueles internados em unidades de terapia intensiva. A anidulafungina é da classe das equinocadinas, as quais têm mostrado boa eficácia clínica e melhor perfil quanto aos efeitos adversos, quando comparadas aos antifúngicos tradicionais. Estudos clínicos demonstram que a anidulafungina tem aplicabilidade como primeira escolha na terapia de infecções fúngicas graves. **Objetivos:** Relatar caso de intercorrência após antifúngico de última geração em paciente séptica e insuficiência respiratória. **Métodos:** Estudo clínico-laboratorial retrospectivo e revisão de artigos científicos. **Resultados:** Paciente feminina, 39 anos, branca, natural e procedente de João Pessoa - PB, com quadro erisipela, refratária a terapia com Penicilina Cristalina, veio ao hospital com choque séptico e pneumonia. Antecedentes de linfedema, leucopenia e anemia persistentes, e apresentava dispnéia intensa, tosse seca, PA de 71x53mmHg e, ao exame físico, murmúrio vesicular diminuído em bases pulmonares e edema em MMII e área de flogose em MID, sendo encaminhada à unidade de terapia intensiva. Foram iniciadas terapia de suporte, piperacilina-tazobactam e teicoplanina. Excluiu-se TVP e TEP e iniciou-se antiviral (aciclovir) pela paciente ter apresentado herpes simples labial. Diante da não melhora clínica, foi associado ao esquema o antifúngico anidulafungina. Paciente evoluiu com melhora clínica e resolução do choque séptico, recebendo alta da UTI. Entretanto, dois dias depois, paciente apresentou crise hipertensiva e episódio convulsivo generalizado, sendo reencaminhada a UTI, onde teve nova convulsão, desta vez com depressão respiratória necessitando de entubação

orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Foi então submetida à TC de crânio, na qual se evidenciaram áreas hipodensas em regiões posteriores (occipitais) e área hipodensa em região temporal esquerda. LCR colhido sem alterações. A RNM mostrou hipersinal de substância branca e cinzenta nas regiões frontal e parieto-occipitais, sem efeito expansivo ou captação de contraste. Tais achados são compatíveis e altamente sugestivos de Encefalopatia Posterior Reversível. Quando apenas o antifúngico foi suspenso, paciente apresentou melhora progressiva do quadro, sendo extubada e evoluindo clinicamente bem. **Conclusão:** O caso descrito apresentou uma paciente imunocomprometida, séptica, com evolução para insuficiência respiratória. O quadro mostrou-se refratário à terapia antibacteriana de amplo espectro, sendo apenas revertido quando empregado antifúngico de última geração. Entretanto, a despeito do bom perfil quanto aos efeitos adversos da droga empregada, a paciente desenvolveu quadro compatível com Encefalopatia Posterior Reversível, prontamente solucionado pela suspensão do medicamento, sugerindo fortemente ter sido o antifúngico o responsável por tal evento.

PO298 TEMPO NO TESTE DE ESCADA COMO PREDITOR DE COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DE TORACOTOMIA

DANIELE CRISTINA CATANEO1; ALEXANDRE RICARDO PEPE AMBROZIN2; KARINE APARECIDA ARRUDA3; LÍDIA RAQUEL DE CARVALHO4; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO5

1,5.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2,3.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTES DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA; TESTES DE FUNÇÃO CARDÍACA; ESPIROMETRIA

Introdução: Pacientes submetidos a cirurgia torácica podem desenvolver complicações pós-operatórias (CPO) e algumas variáveis são propostas como preditoras de risco. **Objetivos:** O objetivo do presente estudo foi determinar se o tempo no Teste de Escada (tTE) pode ser preditor de complicações pós-toracotomia. **Métodos:** Foram incluídos 98 pacientes com indicação de toracotomia para realização de cirurgia não cardíaca. Os pacientes foram submetidos, no pré-operatório, a anamnese, exames laboratoriais e físico, eletrocardiograma, espirometria e teste da escada (TE). A curva de capacidade vital foi realizada com o paciente sentado, pelo menos por três vezes, escolhendo-se aquela em que o VEF1 foi maior. O TE foi realizado em escada com uma inclinação de 30°, à sombra, composta por 6 lances, com 12 degraus por lance (72 degraus), cada degrau medindo 16,9cm, num total de 12,16m de altura. O paciente foi orientado a subir todos os degraus no menor tempo possível, com incentivo verbal, padronizado a cada lance. O tempo em segundos percorrido na subida da altura total foi denominado tempo de escada (tTE). Foram traçados os índices de risco de Charlson, Goldman, ASA, Torrington e Henderson e Destky. Foram anotadas as complicações desde o pós-operatório imediato até a alta hospitalar. Foram consideradas CPO: infarto do miocárdio, angina pectoris instável, insuficiência cardíaca congestiva, arritmia com necessidade de terapia, intubação prolongada por mais de 24 horas, reintubação, pneumonia,

atelectasia que requeira intervenção broncoscópica, trombo embolismo pulmonar, PaCO2 maior ou igual a 50 mmHg e morte. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a ausência (A) ou presença (B) de complicações e os tTE comparados pelo teste t de student para populações independentes. Foi realizada regressão logística para testar a associação das variáveis com a presença de complicações. **Resultados:** Dos pacientes avaliados 27 (27,6%) apresentaram CPO. A idade foi significativamente maior no grupo B (A=50,5±17,4, B=58,4±15,3, p=0,04) não havendo diferença significante no valor do VEF1 (A=2,4±0,8, B=2,1±0,6, p=0,08). A taxa de complicações aumentou significativamente conforme aumentou a classificação nos índices de Charlson, Goldman e Detsky, mas não houve significância nos índices de Torrington e Henderson e ASA. O tTE foi significativamente maior no grupo com complicações (46,6±17,4s) quando comparado ao grupo sem complicações (35,8±12,8s) (p=0,005). O ponto de corte obtido através da curva ROC para o teste de escada foi de 37,5s. Na análise multivariada, a única variável significativa que mostrou associação com a presença de complicações foi o tTE. A chance do paciente ter complicações foi de 9,37 vezes maior se o tTE for maior ou igual a 50s, comparado com a tTE menor que 30s. **Conclusão:** O tTE foi capaz de diferenciar os grupos com e sem complicações pós-operatórias, e na análise multivariada foi a única variável que mostrou associação com as complicações.

PO299 TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS COMO PREDITOR DE RISCO DE COMPLICAÇÃO POSTORACOTOMIA

DANIELE CRISTINA CATANEO1; ALEXANDRE RICARDO PEPE AMBROZIN2; KARINE APARECIDA ARRUDA3; LÍDIA RAQUEL DE CARVALHO4; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANEO5

1,5.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2,3.PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 4.DISCIPLINA DE BIOESTATÍSTICA DO INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DE ESFORÇO; TESTE DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA; COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Introdução: Uma das variáveis propostas para prever o risco de complicação pós-operatória (CPO) é a distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos (TC6). **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi determinar se a distância no TC6 pode ser preditora de CPO. **Métodos:** Foram incluídos 98 pacientes com indicação de toracotomia para realização da cirurgia não cardíaca. Os pacientes foram submetidos, no pré-operatório, a anamnese, exames laboratoriais e físico, eletrocardiograma, espirometria e TC6. A curva de capacidade vital foi realizada com o paciente sentado, pelo menos por três vezes, escolhendo-se aquela em que o VEF1 foi maior. O TC6 foi realizado segundo as normas da American Thoracic Society (ATS, 2002), em corredor plano de 120 metros à sombra. Foram traçados os índices de risco de Charlson, Goldman, ASA, Torrington e Henderson e Destky. Foram anotadas as complicações desde o pós-operatório imediato até a alta hospitalar. Foram consideradas complicações no PO: infarto do miocárdio, angina pectoris instável, insuficiência cardíaca congestiva, arritmia com necessidade de terapia, intubação prolongada por mais de 24 horas, reintubação, pneumonia, atelectasia que requeira

intervenção broncoscópica, trombo embolismo pulmonar, PaCO₂ maior ou igual a 50 mmHg e morte. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a ausência (A) ou presença (B) de complicações e as distâncias no TC6 comparadas pelo teste t de student para populações independentes. Resultados: Dos pacientes avaliados 27 apresentaram CPO. A idade foi significativamente maior no grupo B (A=50,5±17,4, B=58,4±15,3, p=0,04) não havendo diferença significativa no valor do VEF1 (A=2,4±0,8, B=2,1±0,6, p=0,08). A taxa de complicações aumentou significativamente conforme aumentou a classificação nos índices de Charlson, Goldman e Detsky, mas não houve significância nos índices de Torrington e Henderson e ASA. A distância percorrida pelos pacientes que apresentaram CPO (527,0±99,2 m) foi significativamente menor que daqueles que não apresentaram (586,5±85,4 m) (p=0,004). Conclusão: A distância do TC6 foi capaz de diferenciar os pacientes com e sem complicações.

PO300 COMPORTAMENTO DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS, DA VENTILAÇÃO E DA CAPACIDADE DE EXERCÍCIO NOS PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS COM E SEM MANIPULAÇÃO DO DIAFRAGMA

DANIELE CRISTINA CATANEO¹; RODRIGO SEVERO DE CAMARGO PEREIRA²; JULIANA FERREIRA DE LIMA³; TATIANA EING GRANADO⁴; THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO⁵

1.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.DISCIPLINA DE GASTROCIURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3,4,5.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTES DE ESFORÇO; TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR; CIRURGIA

Introdução: Cirurgias abdominais interferem na mecânica respiratória e tendem a desenvolver alterações ventilatórias restritivas. A justificativa dessa restrição nas manipulações peritoneais seria a paresia diafragmática decorrente da inibição reflexa do nervo frênico por manipulação de vísceras abdominais. Na lista de procedimentos que alteram a função pulmonar, podemos incluir as cirurgias videolaparoscópicas, como aquelas para realização de colecistectomia (CCC) e de válvula anti-refluxo (VAR) que, apesar de proporcionar recuperação rápida, baixo grau algico e mínima manipulação visceral, necessitam de pneumoperitônio, que produz aumento da pressão intra-abdominal levando a atelectasia de bases pulmonares, que se superpõe ao déficit mecânico ventilatório. **Objetivos:** Analisar e comparar as alterações funcionais respiratórias no pós-operatório de cirurgias videolaparoscópicas: uma com manipulação diafragmática, a VAR e outra sem, a CCC. **Métodos:** Foram avaliados 75 pacientes, 50 submetidos à CCC e 25 a VAR. Realizaram no pré operatório, no primeiro (1o PO), quinto (5o PO) e trigésimo pós operatório (30o PO) a manovacuometria, ventilometria, espirometria e teste de caminhada de 6 minutos; o teste de escada foi realizado em todos os momentos menos no 1o PO. Durante os testes de exercício houve monitorização de frequência cardíaca, respiratória e oximetria. **Resultados:** As pressões respiratórias caíram no 1º PO em ambos os grupos, com volta ao normal em ambos os grupos no 5o PO. O

volume minuto aumentou em ambos os grupos no 1o PO voltando aos valores pré-operatórios no 5º PO na CCC, mas mantendo-se ainda elevado na VAR até o 30o PO, às custas do aumento do volume corrente. No TC6 houve queda da distância percorrida no 1o PO nos dois grupos, mas com recuperação no 5o PO. O tempo de demora para subir todos os degraus da escada já se encontrava normal no 5o PO em ambos os grupos. Os volumes e capacidades pulmonares caíram em ambos os grupos no 1o PO, voltando ao normal no 5o PO. A ventilação voluntária máxima voltou ao normal no 5o PO na CCC, enquanto na VAR só normalizou no 30o PO. **Conclusão:** As cirurgias videolaparoscópicas para realização de VAR e para CCC levam a diminuição das pressões respiratórias e da capacidade de exercício, com elevação do volume minuto, que volta ao normal nos colecistectomizados, mas se mantém aumentado ainda no 30º PO nos pacientes que realizaram VAR.

PO301 COMPARAÇÃO DAS PRESSÕES RESPIRATÓRIAS QUANDO OBTIDAS ATRAVÉS DE MANOVACUÔMETRO DIGITAL E ANALÓGICO

DANIELE CRISTINA CATANEO¹; JULIANA FERREIRA DE LIMA²; KARINE APARECIDA ARRUDA³; TATIANA EING GRANADO⁴; THAIANNE CAVALCANTE SÉRVIO⁵

1.DISCIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2,3,4,5.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR; MANOVACUOMETRIA; DIAFRAGMA

Introdução: O procedimento mais comum para avaliação da força dos músculos respiratórios é a mensuração da pressão inspiratória e da pressão expiratória máximas, que são aferidas através da manovacuometria. Hoje há disponíveis no mercado, tanto aparelhos analógicos, quanto os digitais, mas os mais utilizados ainda são os primeiros, apesar de haver uma justificativa do uso dos últimos pela boa capacidade de percepção das pequenas variações. Os valores normais das pressões dependem da idade e do sexo e os valores previstos podem ser calculados através dessas variáveis. **Objetivos:** Analisar e comparar pressões respiratórias quando obtidas através de manovacuômetro digital (D) e analógico (A) para testar a concordância entre elas. **Métodos:** A P_{lmáx} e P_{Emáx} foram medidas utilizando manovacuômetro digital (D) com capacidade de variação de -300 a +300 cm de água e analógico (A) com capacidade de variação de -200 a +200 cm de água, ambos previamente calibrados. Os valores previstos foram calculados de acordo com as fórmulas preconizadas pela SBPT. Para análise das diferenças entre D e A utilizou-se regressão linear simples para verificar uma concordância entre as medidas. A diferença entre elas foi avaliada pelo teste t de student para duas amostras independentes. Foi considerado nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram avaliados 211 pacientes entre janeiro e julho de 2010. A amostra foi formada por 176 mulheres e 35 homens, onde 111 eram não tabagistas, 46 tabagistas e 53 ex-tabagistas. A média de idade foi de 45 anos e o IMC de 27,5 Kg/m². As médias para os valores foram no sexo feminino: P_{ID}=47,61±24,84, P_{IA}=59,11±23,65, P_{ED}=56,77±25,98, P_{EA}=65,59±27,84, P_{ID}%=55±29, P_{IA}%=67±26, P_{ED}%=66±31, P_{EA}%=76±33, e para o sexo masculino: P_{ID}=54,46±28,17, P_{IA}=66,71±26,57,

PED=76,86±37,52, PEA=84,14±32,39, PID%=47±25, PIA%=57±24, PED%=62±31, PEA%=68±28. A regressão linear simples apresentou para todas as variáveis, valores de $p<0,001$. O test t de student também mostrou diferença entre as variáveis digitais e analógicas, com $p<0,05$. Conclusão: Há diferença significativa entre as aferições de pressão dos manovacuômetros digital e analógico, devendo-se estar atento para utilização dos mesmos.

P0302 AVALIAÇÃO FUNCIONAL PULMONAR E GASOMÉTRICA DE PACIENTES LISTADOS PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO NO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

FERNANDA WALTRICK MARTINS; EDUARDO GARCIA; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; TAIANE FRANCIELI REBELATTO; LUCAS JESUS DE MEDEIROS; FÁBIO SCHORR; LILIAN RECH PASIN
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FUNÇÃO PULMONAR; GASOMETRIA; TRANSPLANTE HEPÁTICO

Introdução - A função pulmonar em pacientes cirróticos é habitualmente normal ou apresenta distúrbio ventilatório restritivo leve, devido principalmente a complicações da cirrose como ascite, derrame pleural, hepatomegalia ou ateletasias basais. No entanto, o envolvimento pulmonar relacionado ao tabagismo, bem como a outras patologias originalmente pulmonares também podem alterar os dados espirométricos destes pacientes. A gasometria arterial freqüentemente apresenta hipoxemia leve com alcalose respiratória compensatória. Cerca de 20 a 30% dos pacientes com cirrose hepática apresentam leve a moderada hipoxemia na ausência de qualquer doença pulmonar ou cardíaca aparente segundo dados da literatura. Os achados de PaO₂ inferior a 80 mmHg, quando associados a presença de vasodilatações intrapulmonares e gradiente alvéolo-arterial de oxigênio maior que 15 mmHg definem a Síndrome Hepato-Pulmonar. **Objetivos** - Avaliar os dados espirométricos e gasométricos de pacientes listados para transplante hepático no Serviço de Hepatologia da Santa Casa de Porto Alegre. **Métodos** - Estudo transversal com revisão retrospectiva dos prontuários de 385 pacientes listados para transplante hepático no Complexo Hospitalar Santa casa de Misericórdia de Porto Alegre-RS. Os dados foram coletados de fichas de avaliação já estabelecidas para todos os pacientes em avaliação pré-operatória para transplante hepático, preenchidas rotineiramente no ambulatório de Pneumologia do serviço. **Resultados**- A PaO₂ média na amostra foi 87,2 + 17,0 e a PCO₂ foi 35,0 + 13,6. Apresentavam hipoxemia 30,8% (n=66, PaO₂<80 mmHg) dos pacientes. Os pacientes com distúrbio ventilatório obstrutivo totalizavam 18,4% da amostra estudada. As médias de VEF1 foram 2,8 + 0,8 L (92,7 + 15,0%), CVF 3,5 + 0,9 L (92,7 + 15,2%), VEF1/CVF 100,2 + 11,9%. **Conclusão**- A hipoxemia presente em 30,8% dos pacientes pode ser decorrente de patologias pulmonares de base, bem como decorrentes da presença shunt intra-pulmonar. A maioria dos pacientes estudados apresenta função pulmonar dentro da normalidade ou com características de distúrbio ventilatório restritivo leve,

conforme relatado em dados da literatura. A presença de distúrbio ventilatório obstrutivo em 18,4% da amostra define pacientes com patologia de via aérea não relacionada com a doença hepática.

P0303 REPERCUSSÕES DA RADIOTERAPIA SOBRE A FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

SIBELE KLITZKE1; STÉFANIE MÜLLER DOS SANTOS2; BRUNO FLAMIA BONFANTI3; JANAINA PILAU4; CESAR AUGUSTO DA SILVA5; LUIS AMAURI DA SILVEIRA PALMA6

1,2,3,4,6.FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL; 5.SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: RADIOTERAPIA TORÁCICA; CÂNCER DE MAMA; TESTE DE FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: A radioterapia torácica para tratamento do câncer de mama apresenta benefícios ao reduzir os índices de recorrência da doença e desvantagens ao induzir toxicidades agudas e tardias. Os efeitos tóxicos ocorrem quando células normais localizadas dentro do campo de tratamento sofrem algum tipo de dano, muitas vezes causado pela inclusão do pulmão no campo de radiação. Apesar de estar descrito na literatura que a radioterapia está associada a complicações pulmonares, poucos pesquisadores quantificaram estas complicações utilizando métodos objetivos, como o teste de função pulmonar. **Objetivos:** Comparar a função pulmonar de pacientes submetidos à radioterapia torácica para tratamento de câncer de mama antes da primeira sessão de radioterapia e 1 mês após a última sessão. **Métodos:** O estudo de coorte foi realizado no Serviço de Radioterapia do Hospital São Vicente de Paulo, na cidade de Passo Fundo - RS / Brasil, entre outubro de 2009 e fevereiro de 2010. Foram avaliados 42 voluntários por meio de espirometria e questionário sob a forma de entrevista estruturada de dados clínicos e epidemiológicos. As avaliações ocorreram antes da primeira sessão de radioterapia e 30 dias após a última irradiação. **Resultados:** Dos 44 pacientes inicialmente incluídos no estudo, 2 (4,6%) foram excluídos da análise, um por óbito e o outro por necessidade de interromper o tratamento radioterápico. Dos 42 pacientes incluídos na análise, a idade média era 55,3±11,9 anos, 40 (95,2%) eram do sexo feminino, 40 (95,2%) eram brancos, 6 (14,3%) eram tabagistas atuais e 9 (21,4%) ex-tabagistas. Na avaliação pré-radioterapia, 11 (26,2%) apresentavam tosse, 6 (14,3%) dispnéia, 5 (11,9%) expectoração e 4 (9,5%) sibilância. Do total, 17 (40,5%) haviam sido submetidos à mastectomia e 27 (64,3%) à quimioterapia, tendo recebido 5,7±2,3 ciclos. Quanto à radioterapia, 1 (2,4%) recebeu 25 ciclos, 9 (21,4%) 28 e 32 (76,2%) 36, sendo que a dose total foi 45Gy em 1 (2,4%), 50,4Gy em 9 (21,4%) e 64,8Gy em 32 (76,2%). A incidência em fossa supraclavicular foi realizada em 16 (38,1%). Os sintomas respiratórios relatados na última avaliação não diferiram estatisticamente dos relatados previamente. A função pulmonar pré-radioterapia caracterizou-se por uma média do valor absoluto da CVF de 3,2±0,8, do VEF1 de 2,6±0,7 e do Índice de Tiffeneau (IT) de 80,9±7,8. No pós-radioterapia, a função pulmonar foi estatisticamente semelhante ($p=0,198$, $p=0,371$ e $p=0,895$, respectivamente), com média do valor absoluto da CVF de 3,3±0,8, do VEF1 de 2,7±0,7 e do IT de 80,8±7,2. **Conclusão:** Na população em estudo, evidenciou-se que a

radioterapia torácica para tratamento do câncer de mama é um método isento de efeitos sobre a função pulmonar dos pacientes em curto prazo de tempo. Entretanto, ressalta-se a importância de mais estudos sobre o assunto, uma vez que a radiosensibilidade pulmonar é um fator importante que deve ser sempre considerado nas irradiações torácicas.

P0304 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR ASSOCIADA AO EXERCÍCIO AERÓBICO EM PACIENTES QUE REALIZAM HEMODIÁLISE

BARBARA SANTOS FAHUR; LIN SHENG YEN; SUSIMARY PADULLA; REGINA MIRANDA; GIOVANA NAVARRO BERTOLINI FERRARI

UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA RENAL CRÔNICA; FUNÇÃO PULMONAR; EXERCÍCIO

1. Introdução: A doença renal crônica (DRC) é caracterizada por lesão renal e perda irreversível e progressiva da função dos rins, os quais em fases mais avançadas não mantêm a homeostase do indivíduo, necessitando este de terapia de substituição. O tratamento da DRC por meio de diálise melhora o tempo de sobrevivência dos pacientes com doença renal, entretanto, a natureza progressiva da DRC gera um desequilíbrio ou disfunção a longo prazo. A utilização exacerbada de medicamentos e a dependência de uma máquina contribuem para debilitar o doente renal. As alterações da função respiratória são frequentes em pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, caracterizadas pela fraqueza muscular, distúrbios da mecânica respiratória, limitação do fluxo aéreo distal e redução da capacidade de difusão pulmonar. Estudos sobre avaliações pulmonares mostram valores de capacidade vital forçada (CVF), volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e o índice Tiffeneau (VEF1/CVF), muito abaixo do previsto em 30 pacientes portadores de DRC submetidos à hemodiálise. **2. Objetivos:** Avaliar os efeitos de um programa de exercício durante oito semanas sobre a função pulmonar de pacientes com DRC que realizam hemodiálise. **3. Métodos:** Foram selecionados 20 pacientes (15 homens e 5 mulheres) com idade entre 35 – 75 anos, com o diagnóstico de DRC em programa de hemodiálise no Instituto do Rim da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente – SP. Foram excluídos da pesquisa os pacientes com doenças neurológicas e pacientes impossibilitados a realizar o trabalho de estudo tais como: amputação e trombose venosa. A prova de função pulmonar foi feita segundo os critérios do I Consenso Brasileiro sobre Espirometria (1996) e as Diretrizes para Testes de Função Pulmonar (2002), com a utilização do espirômetro a volume da marca COSMED® tipo “Pony Fx” (Registro Anvisa nº 8018193001). A espirometria avaliou CVF, o VEF1 e o índice de Tiffeneau VEF1/CVF. Todas as avaliações foram realizadas antes e após o programa de exercício aeróbico, o qual foi realizado com cicloexercitador portátil com carga regulável, três vezes por semana durante oito semanas, com duração de 20 minutos cada sessão. **4. Resultados:** Após análise estatística dos resultados, foi observado que a média da CVF antes do exercício foi de 2,789 e após, aumentou para 2,921, a mediana pré era 2,710 e após 3,230 não apresentando significância estatística ($P = 0,304$). A média do VEF1 foi de 2,212 no início do programa e ao final, elevou-se para 2,395 com mediana inicial de 2,210 e final de 2,535 com valores de significância ($P = 0,038$). Observou-se que o índice de Tiffeneau aumentou de uma média de 79,01 para 82,10, com mediana de 78,84 pré e pós de 83,00, com valores de significância estatística ($P = 0,021$). **5. Conclusão:**

Os resultados desta pesquisa mostraram que programas de exercício aeróbico com pacientes em hemodiálise tendem a produzir efeito benéfico na função pulmonar

P0305 PROVOCAÇÃO POR EXERCÍCIO ASSOCIADA A BALÃO DE AR SECO EM CRIANÇAS

HEVERTTON LUIZ BOZZO SILVA SANTOS; HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; EXERCÍCIO; FUNÇÃO PULMONAR

Introdução: diagnóstico de asma induzida por exercício (AIE) pela história clínica leva a número inaceitável de erros e requer verificação por provocação. Verificamos que a inalação de ar seco com balão reservatório durante a prova de exercício aumenta a positividade do teste. **Objetivos** é comparar o teste realizado com e sem balão de ar seco em crianças com diagnóstico clínico de AIE. **Métodos:** foram selecionadas de um ambulatório especializado 12 crianças com de asma persistente (GINA) e história de AIE. Foram submetidas à caminhada em esteira elétrica com monitorização cardíaca durante 8 minutos em sala climatizada (21-23°C). Cada paciente fez 2 provas, uma respirando por máscara, ar seco de balão reservatório e outra respirando ar ambiente, em intervalo de uma semana e ordenadas por sorteio. Realizou-se aquecimento de 2 minutos com inclinação de 10% e velocidade para manter frequência cardíaca (FC) em até 70% da máxima (208bpm – $0,7 \times$ idade em anos). Do segundo ao oitavo minuto a velocidade era aumentada para manter a FC entre 80 e 90% da máxima. Realizaram espirometrias nos tempos -20, -5, 0, 5, 10, 15 e 20 minutos. Considerou-se positivo o diagnóstico de AIE quando houve queda $\geq 15\%$ do VEF1 com relação à média do VEF1 pré-exercício. **Resultados:** oito meninos e 4 meninas com idades entre 8 e 13 anos (média 10,4 anos) foram avaliados. Em 9 o teste convencional foi negativo, não confirmando a história. Quando submetidos à prova com balão, 8 foram positivos, dos quais 3 também haviam tido teste positivo sem o mesmo; 4/12 pacientes apresentaram os 2 testes negativos. A maior média da queda percentual do VEF1 ocorreu no tempo de 5 minutos tanto com quanto sem o balão (21,19 e 8,50 respectivamente). **Conclusão:** o teste de provocação por exercício com inalação de ar seco de balão reservatório mostrou-se mais efetivo que o teste convencional para a confirmação diagnóstica da AIE.

P0306 TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

ELIANE VIANA MANCUZO1; NILTON ALVES REZENDE2; NARA SULMONETT3; JULIANA BERNARDES COSTA4; TARCIANE ALINE PRATA5; KARLA FRAUCHES FINOTTI6; ANA PAULA PARAGUASSU7; BRUNO DO NASCIMENTO ANTUNES8

1,2.HOSPITAL DA CLÍNICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 3,4,5,6,7. HOSPITAL DAS CLÍNICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 8.HOSPITAL DAS CLÍNICAS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FUNÇÃO PULMONAR; TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS; COMPLICAÇÕES PULMONARES NÃO INFECCIOSAS

Introdução: os testes de função pulmonar (TFP) são utilizados na avaliação antes do transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) e no acompanhamento após o TCTH. Além de identificar complicações pulmonares não infecciosas (CPNI) após TCTH, podem permitir a adoção de medidas preventivas e terapêuticas precoces

em pacientes de risco. Embora a realização dos TFP seja uma diretriz internacionalmente adotada na avaliação desses pacientes, o benefício real desses testes não está bem estabelecido. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi analisar, de forma prospectiva, as alterações obtidas nos TFP em pacientes submetidos ao TCTH, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Verificar as possíveis associações entre os resultados desses testes com a mortalidade e a importância deles no diagnóstico de CPNI após o procedimento e ainda ponderar sobre a utilidade dos TFP na avaliação antes do TCTH. **Métodos:** trata-se de estudo em que foram incluídos pacientes maiores de 15 anos, que se submeteram ao transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, no Hospital das Clínicas da UFMG. Esses pacientes foram submetidos à espirometria, medida de volumes pulmonares absolutos e difusão de monóxido de carbono antes do TCTH, 100 dias, seis meses e um ano após o TCTH. **Resultados:** inicialmente, 54 pacientes realizaram os TFP antes do TCTH, 34 após 100 dias, 27 após seis meses e 28 após um ano. Os resultados desses testes mostraram que a maioria dos pacientes (74%) apresentou TFP normais antes do TCTH e que mesmo aqueles que apresentaram alterações desses testes não foram impedidos de receberem o transplante. E ainda foi constatado que apenas o tempo, aos 100 dias, quando se utilizou todos os TFP, esteve associado às alterações da função pulmonar. Houve diferença significativa entre os resultados dos TFP quando foram avaliados apenas pela espirometria e pela espirometria associada à medida dos volumes pulmonares e da difusão de monóxido de carbono. A incidência de CPNI neste estudo foi de 15% em dois anos. Os resultados deste estudo mostraram associação significativa entre mortalidade e pacientes com alterações na espirometria antes do TCTH (RR = 3,2, IC 95% = 1,3-7,9, $p < 0,012$), doadores não aparentados (RR = 11,0, IC 95% = 3,2 - 38, $p = 0,001$) e com doença pulmonar pré-existente (RR = 3,0, IC 95% = 1,04 - 8,8, $p = 0,042$) e uma tendência de associação (RR = 2,3, IC 95% = 0,95 - 5,5, $p = 0,058$) quando a análise foi realizada com todos os TFP. **Conclusão:** os TFP devem ser realizados antes do TCTH para se ter um valor de referência para uma comparação com testes após o TCTH mesmo que os resultados dos TFP antes do TCTH não contra indiquem a realização do transplante.

PO307 AVALIAÇÃO DO PERFIL, FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA E EQUILÍBRIO EM RESPIRADORES BUCAIS

NELSON FRANCISCO SERRAO JR1; ADRIANA PICCININ2; CAROLINE MARIA ROTH3; CINTIA RAQUEL BIM4; RINA MARCIA MAGNANI5

1.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA FMB UNESP; DOCENTE FACULDADE SUDOESTE PAULISTA FSP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.DOCENTE DA FACULDADE SUDOESTE PAULISTA, AVARÉ, SP, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE DO PARANÁ UNICENTRO, GUARAPUAVA, PR, BRASIL; 4.DOCENTE UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE DO PARANÁ UNICENTRO, GUARAPUAVA, PR, BRASIL; 5.DOCENTE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE DO PARANÁ UNICENTRO, GUARAPUAVA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: RESPIRAÇÃO BUCAL; FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA; EQUILÍBRIO POSTURAL

Introdução: A respiração bucal pode ocasionar desequilíbrios morfológicos, funcionais, neuromusculares, alteração na força muscular respiratória e alteração postural,

o que causa distúrbios do controle motor modificando o equilíbrio corporal. **Objetivos:** Avaliar o perfil, a força muscular respiratória através da manovacuometria e o equilíbrio estático em crianças respiradoras bucais. **Métodos:** Participaram 27 crianças diagnosticadas respiradoras bucais pelo "teste da água", e respondidos pelos pais um questionário sobre patologias e características das crianças. Foi realizado exame físico e avaliação da força muscular respiratória pela manovacuometria, onde a criança deveria realizar inspiração e expiração máximas contra um bucal, e os valores selecionados foram comparados com o valor predito para cada um. O equilíbrio foi avaliado por filmagens, onde os participantes se mantiveram na posição ortostática, na vista anterior e na vista de perfil direito. O instrumento utilizado foi a Biofotogrametria Computadorizada, que serviu como referência métrica para verificar as oscilações do corpo em equilíbrio estático. **Resultados:** As patologias associadas à respiração bucal com maior incidência foram hipertrofia da adenóide, rinite, amigdalites e otite. A média das PiMax e PeMax obtidas foram inferiores ao esperado nas crianças de ambos os sexos, representando 45,12% e 51,83%, respectivamente. A avaliação do equilíbrio demonstrou maior instabilidade entre os meninos, e as direções que ambos os gêneros mais oscilaram foram para o lado esquerdo e na direção posterior. **Conclusão:** O presente estudo mostrou que crianças respiradoras bucais apresentam fraqueza da musculatura respiratória e dificuldade na estabilidade postural.

PO308 RESPOSTA DO VEF1 BASAL A SOLUÇÃO SALINA E SUA CORRELAÇÃO COM RESULTADOS DO TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO COM HISTAMINA.

EDUARDO FELIPE BARBOSA SILVA; MARIA MARGARETE DA SILVA ZEMBRZUSKI; LAERCIO MOREIRA VALENÇA

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASILIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONCOPROVOCAÇÃO; HISTAMINA; SOLUÇÃO SALINA

Introdução: Apesar de ser preconizada em protocolos de testes de broncoprovocação, a administração inalatória de solução salina (diluyente) é tida como um ponto de controvérsia do **Métodos;** sendo questionada a presença ou não de benefícios de sua utilização. Avaliamos neste trabalho a correlação entre a resposta do VEF1 basal à solução salina e os resultados do teste de broncoprovocação com histamina (TBH). **Objetivos:** Avaliar a resposta do VEF1 basal em relação à solução salina e correlacionar aos resultados do TBH. **Métodos:** Foram analisados 234 TBH realizados na Clínica Pneumológica do Hospital das Forças Armadas (DF) no período de 1999-2010. Pacientes submetidos à inalação de solução salina e que apresentaram redução do VEF1 basal maior que 20% foram considerados portadores de Hiperresponsividade Brônquica (HRB) com a solução salina e tiveram seus testes finalizados. Os que não apresentaram redução do VEF1 basal maior que 20% com solução salina foram submetidos a inalação com histamina, em concentrações progressivas (0,03; 0,06; 0,125; 0,25; 0,5; 1; 2; 4; 8mg/l). Pacientes que foram submetidos a inalações com histamina e obtiveram uma queda de 20 % do VEF1 da solução salina, com concentrações até 8mg/ml (CP20<8mg/ml) foram também considerados portadores de HRB. Os que não apresentaram queda de 20% do VEF1 da solução salina após a administração inalatória de histamina na concentração de 8mg/ml (CP20 >8mg/ml) foram considerados não portadores de HRB. Arbitrariamente

consideramos pacientes com uma marcada resposta à solução salina, quando houve queda maior que 10% e menor que 20% do VEF1 basal em relação ao diluente e portadores de HRB e com uma marcada resposta a histamina, quando os mesmos apresentaram queda de 20% do VEF1 da solução salina, com concentrações iguais ou menores que 0,03 mg/ml de histamina (CP20 $\leq$ 0,03mg/ml). **Resultados:** Dos 234 pacientes, 70,1% foram considerados portadores de HRB, sendo que somente 2,6% com a administração inalatória da solução salina, 29,9% foram considerados não portadores de HRB. Dez entre 228 pacientes apresentaram marcada resposta à solução salina, sendo que oito foram portadores de HRB, mas sem marcada resposta a inalação de histamina e dois não apresentaram HRB ao final do teste. Nenhum paciente dos 228 apresentou marcada resposta a histamina, não sendo possível avaliar seu comportamento em relação a resposta à solução salina. Dos 158 pacientes portadores de HRB com a histamina, 44,3% apresentaram ganho ou manutenção do VEF1 basal em relação ao VEF1 da solução salina, enquanto que dos 70 não portadores de HRB, 57,1% apresentaram queda do VEF1 basal em relação ao VEF1 da solução salina. **Conclusão:** Não houve uma correlação entre os pacientes que apresentaram marcada resposta à solução salina e os que obtiveram uma marcada resposta a inalação de histamina, bem como entre a variação do VEF1 basal em relação ao da solução salina e o resultado final do TBH (portador ou não de HRB).

PO309 REVERSIBILIDADE NA ESPIROMETRIA: AFINAL, QUANTO É RELEVANTE?

ANDRÉ LUIS PINTO SOARES¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA²; SILVIA CARLA RODRIGUES³

1.UFRN, NATAL, RN, BRASIL; 2.IAMSPE, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA; TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR ; BRONCODILATADOR

Mudanças significativas para valores derivados da espirometria devem ser melhor estabelecidas. **Objetivos:** Estabelecer variações significativas para o VEF1, CV, CVF e CI, após placebo, em pacientes com obstrução ao fluxo aéreo; verificar o efeito do uso simultâneo destas variações sobre o número de testes falso-positivos. **Métodos-** Foram estudados 100 adultos com obstrução ao fluxo aéreo (VEF1=61 $\pm$ 20% do previsto). Espirometrias obtidas antes e após placebo spray foram realizadas. As variações, expressas como IC95 e 98% e percentis 95 e 98%, foram calculadas em valores absolutos, em % do valor inicial e como % do previsto. **Resultados:** A variação do VEF1 em % inicial foi influenciada pelo VEF1 basal (r=-0,19, p=0,06). Os IC95% para as variações absolutas foram: VEF1=0,17 L; CV=0,23 L; CI=0,24 L; CVF=0,18 L. Em % do previsto os IC95% foram: VEF1=6,1%; CV=6,9%; CI=9,3%; CVF=6,1%. Considerando-se os IC95%, expressos como variações do previsto, 14 pacientes excederam um ou mais desses limites. Os limites superiores arredondados, com base nos valores derivados do IC98 e P98 para VEF1, CV, CI e CVF, expressos em % previsto, foram: VEF1 $\geq$ 10%, CV e CVF $\geq$ 10% e CI $\geq$ 13,7% ($\sim$ 10% da CVF prevista). Em apenas em 4 casos estes limites foram excedidos por um ou mais parâmetros. **Conclusão:** A CI apresenta maior variabilidade em comparação à CVF e CV. Pontos de corte simultâneos para VEF1, CV, CVF e CI devem ser maiores para redução de valores falso-positivos. Estes coincidem com valores tidos como clinicamente relevantes.

PO310 PENFIGÓIDE CICATRICIAL E SUA RARA COMPLICAÇÃO RESPIRATÓRIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

JULIANA BERNARDES COSTA; ELIANE VIANA MANCUZO; TARCIANE ALINE PRATA; KARLA FRAUCHES FINOTTI; ANA PAULA PARAGUASSU; NARA SULMONETT; BRUNO HORTA ANDRADE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PENFIGÓIDE; ESTENOSE TRAQUEAL; OBSTRUÇÃO AO FLUXO AÉREO

Introdução: o penfigóide cicatricial é uma rara doença bolhosa, auto-imune, caracterizada por depósito de imunoglobulinas na membrana basal das mucosas e, algumas vezes, também da pele. A incidência e prevalência são desconhecidas. O envolvimento da laringe (estenose sub-glótica) ocorre em cerca de 8% dos casos, com risco de evolução para traqueostomia de urgência. **Objetivos:** ressaltar a importância da espirometria como métodos auxiliar no diagnóstico funcional das doenças e relatar o caso de paciente com diagnóstico de penfigóide cicatricial com estenose de traquéia como complicação. **Métodos:** trata-se de VPS, 24 anos, sexo F, relato de ter apresentado em janeiro de 2010 com vesículas e bolhas em região bucal (língua e assoalho), com posterior ulceração, disfonia, emagrecimento de 12Kg e vários episódios de estridor laringeo. Durante consulta ambulatorial, evoluiu com insuficiência respiratória aguda, necessitando de intubação orotraqueal (procedimento de difícil realização). Nessa ocasião realizado hipótese de penfigóide cicatricial sendo submetida a videolaringoscopia e 3 biópsias - inconclusivas. Recebeu alta em uso de prednisona (dose 1mg/Kg/dia), azatioprina e propedêutica ambulatorial. Espirometria mostrou distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com capacidade vital forçada reduzida por provável aprisionamento aéreo. Curva fluxo-volume com achatamento das alças expiratória e inspiratória, sugerindo obstrução alta fixa de vias aéreas. Sorologias para artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome da imunodeficiência adquirida negativas, ANCA (P e C) também negativos. Readmitida em 24/05/10 com dispnéia e estridor laringeo. Nova videolaringoscopia: edema e tecido fibrótico importantes em região de pregas vocais, não individualizadas e luz francamente reduzida em região de vestibulo. Broncoscopia: sem fator obstrutivo. Feito traqueostomia, iniciado dapsona e mantido prednisona, sem melhora. Apresentou nova lesão em palato, sendo biopsiada. Trocado imunossupressor por ciclofosfamida e prednisona 1,5mg/kg/dia. Evoluiu com melhora das lesões e alta hospitalar após 30 dias. Nova biópsia foi compatível com penfigóide cicatricial. **Resultado/"Discussão":** Há relatos escassos na literatura sobre a ocorrência de complicações respiratórias decorrentes do penfigóide cicatricial. A maioria dos estudos focam o acometimento ocular, muito mais freqüente. Esse caso ilustra essa rara e grave complicação em uma paciente jovem e a grande dificuldade de confirmação diagnóstica. A espirometria, como técnica auxiliar no diagnóstico funcional, mostrou uma alteração da curva fluxo/volume típica de obstrução alta fixa de vias aéreas. **Conclusão:** esse caso ilustra uma complicação grave e rara do penfigóide cicatricial e enfatiza a importância da valorização do estudo da espirometria como técnica auxiliar diagnóstica.

P0311 PICO DE FLUXO EXPIRATÓRIO (PFE) E SELEÇÃO DO VEF1 NAS CURVAS ESPIROMÉTRICAS

LARISSA VOSS SADIGURSKY; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; SILVIA CARLA RODRIGUES; RICARDO XIMENES MALINVERNI

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PICO DE FLUXO; ESPIROMETRIA; CURVAS ESPIROMÉTRICAS

O PFE reflete o esforço expiratório. A diretriz da SBPT sugere que o VEF1 seja selecionado dentre as curvas de espirometria forçada com valores 90% do maior valor obtido, e o PFE enquanto que a diretriz da ATS/ERS sugere que o maior valor do VEF1 seja referido, sem consideração ao PFE. **Objetivos:** Determinar se a medida do VEF1 é influenciada pelo esforço, refletido pelo PFE. **Métodos:** 4 amostras, constituídas de 2 amostras de referência, dos sexos masculino e feminino, com inclusão de indivíduos não fumantes e sem sintomas ou doença cardiopulmonar; 2 amostras com DVO, com: a) curvas pré e pós Bd e b) curvas antes e após placebo. Pelo menos 3 curvas aceitáveis foram incluídas. Testes de t pareado e de Wilcoxon, quando indicados, foram aplicados aos valores de VEF1 obtidos por cada critério. A diferença VEF1 SBPT – VEF1 ATS foi calculada e quando existente foi sempre negativa. **Resultados:** Em 242 homens normais, com idade entre 20-92 anos, a diferença média (xd) foi de - 2,2 ml (NS), e apenas em um caso excedeu 150 ml. Em 268 mulheres, com idade entre 10,2 ml (Z = - 3,30, p = 0,001); em 13 20-86 anos, a xd foi de 1,9 casos as diferenças excederam 150 ml a favor do critério ATS. Em 129 pacientes com DVO (45 leve, 18,0 ml no pré-Bd (Z = 3,85, p=0,041 moderado, 43 graves) a xd foi de 6,00 < 16,7 ml no pós Bd (Z = 3,42, p=0,001) e de 4,80 < 0,001), havendo respectivamente 19 e 15 diferenças negativas. Nos 19 com DVO com diferença entre o VEF1 pelo critério da SBPT – ATS o VEF1 foi menor 0,62 L, t = 6,82; p=0,050 L vs 1,78 (1,07 < 0,001). Nos portadores 40%, n=50) a xd foi mais negativa antes do Bd -9,0 de DVO grave (VEF1 15,3 ml (Z=2,29, p=0,022). 21,4 ml vs -3,9 Em 77 pacientes testados antes e após placebo (até 10 manobras no total) a xd, calculada entre todas as 26,6 ml (Z = 3,63; p=0,001) curvas, foi - 10,9 < 0,001). Aqueles com 12,3 vs 53,8 diferenças (N = 17) eram mais idosos (x = 61,9 10; p = 0,003) e 8 vs 161 anos; p = 0,01), de menor estatura (153 0,79 L; p = 0,001). 0,52 L vs 1,93 com menor VEF1 (1,24 Conclusão: O uso do PFE deve ser utilizado na seleção de curvas espirométricas, tendo influência especialmente nos pacientes com menores valores de VEF1. Em casos individuais as diferenças podem ser significativas.

P0312 OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS E O CONTROLE DA DOENÇA EM ASMÁTICOS

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA; JOSÉ REGINALDO CAMPOS OLIVEIRA; FERNANDA BELMONTE; MARIA REJANE PERETTA TOMBEIRO HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; ESPIROMETRIA; ACT

A asma é uma doença respiratória crônica em que o controle dos sintomas é um fator importante a ser avaliado. A oscilação do grau de obstrução ocasiona diferentes sintomas. Existem métodos subjetivos e objetivos que nos auxiliam nesta graduação. **Objetivos:** Comparar critérios de avaliação aplicados a pacientes asmáticos, correlacionando-se com a gravidade da obstrução. **Métodos:** Em pacientes asmáticos, avaliados na Unidade de Fisiologia Pulmonar, analisamos: a

dispnéia através da escala visual analógica de Borg (0 a 10), a obstrução das vias aéreas através do Pico de Fluxo (manual – PFmanual e espirométrico – PFespiro) e do Volume Expiratório Forçado no 1º segundo (VEF1) e o controle da asma através do ACT (Asthma Control Test) (<20 não controlada, 20-24 parcialmente controlada, 25-controlada). A coleta dos dados foi realizada após o paciente submeter-se a uma curva fluxo-volume da qual retiramos o valor do PF e o VEF1. **Resultados:** O grupo ficou constituído de 78 pacientes asmáticos com média de idade de 55 anos, 16 homens e 62 mulheres. Em relação à intensidade da obstrução: 5 eram graves (G), 14 moderados (M) e 27 leves (L), sendo 32 normais (N). A média do Borg oscilou entre 1 e 2, mas não houve diferença significativa nos grupos. Em relação ao ACT, encontramos 3 asmáticos controlados, 19 parcialmente controlados e 56 não controlados. Distribuído-se de acordo com a gravidade da obstrução a média de pontuação do ACT foi 13 nos graves, 14,5 nos moderados, 16,7 nos leves e 17,5 nos normais. Ao correlacionar os pontos do ACT com o VEF1 %, o PFmanual % e PFespiro% encontramos, respectivamente, uma r = 0,23, 0,29 e 0,34 (p < 0,01). Encontramos também uma correlação significativa entre o PFmanual e o PFespiro (r = -0,67, p = 0,001). **Conclusão:** Na amostra estudada: a dispnéia pela escala analógica de Borg não conseguiu refletir a gravidade da obstrução, o controle da asma pelo ACT mostrou-se fracamente correlacionado com o grau de obstrução e as medidas do PF retiradas de um equipamento portátil ou da espirometria mostraram boa correlação. Nossos dados indicam a fraca associação dos dados subjetivos com os objetivos.

P0313 EFEITOS DA RADIOTERAPIA TORÁCICA SOBRE A RESPONSABILIDADE BRÔNQUICAADRIANA ASSIS MIRANDA¹; ADILSON APRECIDO FACCIO²; HARLEY FRANCISCO OLIVEIRA³; JOÃO TERRA FILHO⁴

1. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2. HOSPITAL DAS CLÍNICAS, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 3, 4. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RADIOTERAPIA TORÁCICA; RESPONSABILIDADE BRÔNQUICA; QUALIDADE DE VIDA

Apesar da introdução de novos fármacos e/ou técnicas no tratamento do câncer, essas intervenções ainda preservam o potencial para produzir efeitos adversos no hospedeiro. No caso da radioterapia para tumores mamários, o uso desta isoladamente, ou em combinação com a quimioterapia, pode estar associada com toxicidade pulmonar clinicamente significante. **Objetivos:** 1- Estudar efeitos da radioterapia torácica de mama sobre parâmetros da função pulmonar; 2- Verificar se a radioterapia altera a responsividade inespecífica das vias aéreas; 3- Se a qualidade de vida/sintomas respiratórios guardam relação com estas disfunções. **Material e Métodos:** Foram entrevistadas 162 pacientes portadoras de câncer de mama, quinze foram incluídas no estudo. A avaliação funcional pulmonar constituiu-se de: Medida dos volumes e capacidades, sendo o volume residual obtido pelo método da diluição do hélio em circuito fechado; (Sistema GS Plus-Collins); a capacidade de difusão pulmonar pela técnica de respiração única do CO (DLCO); Teste de broncoprovocação pela metacolina, (TBP) utilizando a versão curta validada por Donald et al. (2001). Os testes funcionais e o questionário de qualidade de vida (SGRQ) foram aplicados pré-radioterapia e três meses após o término da mesma. Análise estatística pela versão exata

do Teste de Wilcoxon (PFP e SGRQ) e teste de McNemar para o TBP. Nível de significância $p>0,05$. Resultados: Houve queda significativa na DLCO [22,19 (18,61; 25,42) e 18,34 (16,11; 23,59mmHg/ml/min)] e nos fluxos tele-expiratórios: FEF50% [3,21 (2,67; 4,43) e 3,04 (1,93; 3,91l/s)] e FEF75% [0,82 (0,66; 1,08) e 0,70 (0,50; 0,84l/s)]. Não houve alterações na responsividade brônquica. Houve piora significativa na qualidade de vida, principalmente no domínio atividade física. Conclusão: A radioterapia provocou nas pacientes sem alterações pulmonares prévias e sem fatores de risco para desenvolvê-las piora significativa na DLCO; e nos FEF 50% e FEF75%. Tais alterações são compatíveis com a presença de processo inflamatório em vias aéreas distais. A piora na qualidade de vida, principalmente relacionada à diminuição da capacidade de realização de atividade diária, não apresentou correlação significativa com alterações funcionais.

P0314 EFEITOS DO USO DE TIOTRÓPIO NA FUNÇÃO PULMONAR E NAS TROCAS GASOSAS EM PACIENTES COM DPOC GRAVE E HIPOXÊMICA.

MARIA CHRISTINA LOMBARDI DE OLIVEIRA MACHADO; FERNADO J P QUEIROGA JUNIOR; MARIA ENEDINA SCUARCIALUPI; AHMAD A RAHAL; JOSE ALBERTO NEDER
UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; FUNÇÃO PULMONAR ; TROCAS GASOSAS

Introdução: Os benefícios do uso do broncodilatador (BD) anticolinérgico tiotrópio na função pulmonar são bem conhecidos em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Entretanto, ainda não são conhecidos os efeitos do uso de tiotrópio na função pulmonar e nas trocas gasosas em pacientes com DPOC grave hipoxêmica, associado ao uso de BD inalatórios b2 agonistas de longa ação + corticóides inalatórios (BDLA/CI) e oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Em 2007, a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo iniciou a dispensação de tiotrópio para pacientes com DPOC no Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, anteriormente a 2005, a dispensação de BDLA/CI = formoterol 12mcg + budesonida 400mcg (F/B) e de ODP no SUS, já eram realizadas. **Objetivos:** Avaliar em pacientes com DPOC grave hipoxêmica em uso de ODP, os efeitos do uso de tiotrópio + BDLA/CI na função pulmonar e nas trocas gasosas. **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte em pacientes com DPOC grave hipoxêmica usando ODP do ambulatório de doença pulmonar avançada/ODP da Unifesp (Jan., 2006-Julho, 2010). Tratamento 1 (TRAT 1): BDLA/CI por 12 meses. Tratamento 2 (TRAT 2): tiotrópio 18 ug /d + BDLA/CI, após 12 meses do TRAT 1. Dados basais (doença estável) e após cada tratamento: PaO2, PaCO2 (ar ambiente), CVF e VEF1 (% predito pós BD), idade e sexo. **Análise Estatística:** teste t pareado para analisar os resultados entre os tratamentos. **Resultados:** 81 pacientes usaram consecutivamente os dois tratamentos, 62% eram homens, [média (DP)] idade= 61,7 (9,3) anos.

Variáveis	Dados Basais	TRAT 1	TRAT 2	Varição de p
PaO2 mmHg	50,5 (6,3)	54,0 (5,9)	57,4 (6,5)	p < 0,001
PaCO2 mmHg	47,0 (7,1)	44,9 (5,9)	43,1 (6,1)	p < 0,01
CVF % previsto	66,0 (16,1)	62,9 (13,4)	65,1 (16,2)	NS
VEF1 % previsto	34,7 (11,3)	35,6 (11,3)	35,8 (11,0)	NS

P0315 OXICAPNOGRAFIA DOMICILIAR (OCD) NOVO METODO DE ANALISE EM PROGRAMAS DE OXIGENO-TERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

PAULO ROBERTO MIRANDA SANDOVAL1; ANA FLAVIA ANDRADE2
1.PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL; 2.PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OXICAPNOGRAFIA; TELEMEDICINA; OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

As indicações da ODP, de acordo com a SBPT são PaO2<ou=55mmHg ou SpO2 <ou = 88%,valores medidos na fase estável da doença. Os pneumologistas envolvidos com programas de ODP sentem dificuldade ao analisar dados de oximetria, devido vários fatores: dificuldade de acesso ao ambulatório, medida em pacientes hospitalizados ou asilares, análise em fase não estável da doença, o estresse físico na data do exame e uma única medida oximétrica. Todos são fatores de erro na indicação de uma terapêutica de longa duração, aliada a dificuldade na retirada do concentrador após sua indicação. Na tentativa de melhorar as indicações de ODP e apoiar a tomada de decisão do médico, possibilitando o suporte ao diagnóstico introduzimos a medida da OCD no Programa de ODP da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **METODO:** A OCD realizada pela empresa de Telemedicina Hi Technologies, ao receber a solicitação do exame, agenda com o paciente a melhor ocasião para sua realização. O registro gráfico pode variar de 6 a 10 horas, sendo realizado tanto no período diurno quanto noturno, sendo, portanto uma medida dinâmica. Equipamento com sistema de arquitetura cliente servidor, onde os sinais de oximetria e capnografia são captados e codificados, se comunicando com uma interface de aquisição de sinais (IAS). O IAS trata as informações recebidas, disponibilizando-as ao servidor, que possibilita a visualização dos dados. Através dos protocolos de Internet, como o TCP/IP os dados são enviados pela empresa para o programa de ODP assim como para o endereço de e-mail do profissional médico responsável. **RESULTADO:** Na fase de implantação e avaliação da OCD incluímos 41 pacientes consecutivos encaminhados para avaliação pelos profissionais da rede pública, sendo 22 masculinos e 19 femininos, com media de idade 60 anos (1 a 90 anos). Doença Pulmonar- 21 pacientes (DPOC 16, DPI 3, SAOS/ CIFOESCOLIOSE 2) Doença Cardiovascular- 8 pacientes (ICC, HAP), Doenças Neuromusculares- 9 (AVC, EPILEPSIA, PARALISIA CEREBRAL). As medidas no período diurno, sendo em dois (SAOS e CIFOESCOLIOSE) no período noturno, tanto para análise oximétrica como capnográfica. Em doze casos de duvida na indicação o exame definiu pela indicação em oito e não indicação em quatro pacientes. **Conclusão:** O avanço da Telemedicina possibilita realizar exames no domicilio do paciente, deixando-o mais a vontade por estar em seu ambiente, confortável, humanizando-o, e obtendo dados mais fidedignos do seu estado geral, e se torna uma modalidade nova, promovendo quebra de paradigmas na Medicina. Usada como suporte no diagnóstico em doenças pulmonares, cardiovasculares ou neuromusculares permitiu identificar falsas indicações de ODP em quatro, assim como justificar o uso dos concentradores de oxigênio em oito pacientes. Acredita-se que essa técnica possa ser utilizada

conjuntamente com outros tipos de exame, (ECG, EEG, CAPNOGRAFIA) pelos seus Resultados satisfatórios.

PO316 RESPOSTA A BRONCODILATADOR (BD) EM OBSTRUÇÃO IRREVERSÍVEL AO FLUXO AÉREO (OFA) – SENSIBILIDADE E CORRELAÇÕES ENTRE DIVERSOS PARÂMETROS DE RESPOSTA.

CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA; SILVIA CARLA RODRIGUES; MARCELO CENEVIVA MACCHIONI

CENTRO DIAGNÓSTICO BRASIL, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FUNÇÃO PULMONAR; ESPIROMETRIA; VOLUMES PULMONARES

Introdução- Nos últimos anos as variações significativas dos parâmetros funcionais após a administração de Bd no laboratório de função pulmonar foram melhor caracterizadas.

Objetivos: Avaliar a sensibilidade dos parâmetros espirométricos e de volumes pulmonares e suas interrelações na resposta a Bd em OFA irreversível. **Métodos:** Provas funcionais completas, incluindo medidas de volumes pulmonares por pletismografia foram obtidas em pacientes com OFA não reversível após 400 mcg de salbutamol spray. Foram consideradas respostas significativas elevações $\geq 0,30$ L e $\geq 0,25$ L; CI $\geq 0,20$ L; CV do VEF1 e CVF $\geq 0,40$ quedas do VR L. **Resultados:** Foram incluídos 102 17% ≥ 8 anos; o VEF1 pré-Bd foi de 41 % pacientes com x de idade de 63 CVF e Δ VEF1, do previsto. As maiores correlações observadas foram: $r=0,63$ ($p < 0,01$); Δ VR e Δ CPT $r=0,81$ ($p < 0,001$ do VR se $\geq 0,001$). A correlacionou com a Δ CV ($r = -0,53$ e Δ CVF ($r = -0,48$, $p < 0,01$). A Δ CI $\geq 0,40$ L vs $0,10 \geq 0,24$ L naqueles com queda VR $\geq$ CVF foi de $0,40 \geq$ VR $\geq$ naqueles com $< 0,40$ L, $t = 6,16$, $p < 0,001$. A correlacionou inversamente com o Δ VR ($r = -0,49$, $p < 0,01$) e diretamente com a CPT ($r = 0,39$, $p < 0,01$), VR ($r =$ mas não com a $0,07$). Respostas significativas após o Bd foram vistas pela CVF em 37 casos, pelo VR em 30, pela CI em 25, pelo VEF1 em 19 e pela CV em 15. Dos 37 com resposta isolada pela CVF, 25 não responderam pelo VEF1 (resposta isolada de CVF pela espirometria). Nos 37 com resposta pela CVF, o VR variou $0,42 \pm 0,44$ L após o Bd, comparado a $0,03 \pm 0,37$ L nos não respondedores pela CVF ($t=4,83$, $p<0,001$). Variações significativas por um ou mais parâmetros (CVF, VEF1, CI, VR) foram observadas em 60 casos (59%). **Conclusão:** Medidas de CVF, VR e CI são as mais sensíveis para avaliar a reversibilidade da obstrução ao fluxo aéreo na DPOC. A CVF é o parâmetro mais sensível para avaliar a resposta e reflete maior esvaziamento do compartimento lento, por redução da obstrução e/ou redução do aprisionamento de ar. O aumento da CI espelha redução da hiperinsuflação dinâmica.

PO317 ESPIROMETRIA – VARIANTE DO NORMAL VS OBSTRUÇÃO DISCRETA.

LUCIANA DOS S. ANDREATA; SILVIA CARLA RODRIGUES; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA ; VARIANTE DO NORMAL; OBSTRUÇÃO DISCRETA

Trabalho realizado no Centro de Diagnóstico Brasil, SP. **Introdução:** Relação VEF1/CVF reduzida pode ser encontrada em alguns indivíduos normais, por efeito de maior compressão das vias aéreas na expiração forçada. Os fluxos meso e tele-inspiratórios poderiam ser preservados

nestes casos, permitindo maior acurácia diagnóstica. **Objetivos:** Comparar os fluxos meso e tele-expiratórios em um grupo de indivíduos com VEF1/CVF reduzida, sem doença pulmonar aparente e portadores de asma e DPOC com obstrução leve. **Métodos:** Foram selecionados: 1) Variantes: indivíduos não fumantes em exames de check-up com VEF1/CVF reduzida, VEF1 normal e sem sintomas ou antecedentes cardio-respiratórios; 2) asmáticos definidos por diagnóstico e tratamento médico e resposta significativa após Bd, não fumantes e; 3) portadores de DPOC, fumantes e com diagnóstico médico prévio. Todos tinham VEF1/CVF 1-5 pontos abaixo de LI do previsto. Os valores previstos foram de Pereira et al (2007). **Resultados:** 80 indivíduos foram incluídos, 19 variantes, 25 com asma e 36 com DPOC. O VEF1/CVF situou-se 3 pontos em média abaixo do LI (1-5 pontos), sem diferença entre os grupos ($F=0,37$, $p=0,70$). No grupo variante mais indivíduos eram do sexo masculino, 79% vs 51%, ($x^2=4,69$, $p=0,03$), a estatura era maior (174 ± 7 cm vs 165 ± 8 cm, $t=4,06$, $p<0,001$), e a CVF era maior (109 13%, $t=2,68$, $p=0,009$). O dado mais discriminante foi obtido vs 100 pelo FEF25-75%: 2/19 (10%) dos variantes tinham FEF25-75 reduzido, o que ocorreu em 28% dos pacientes com asma/DPOC. FEF50% normal foi observado em 2/19 dos variantes (10%), mas também em 23/61 (38%) dos portadores de asma/DPOC. Para o FEF75%, 4/19 variantes tinham valores normais, mas 31/61 (51%) dos portadores de asma/DPOC também tinham valores normais. Para o FEF75%, 2/19 (10%) variantes tinham valores normais, mas 31/61 (51%) dos portadores de asma/DPOC também tinham valores normais. **Conclusão:** Em indivíduos com VEF1 normal e VEF1/CVF levemente reduzida, FEF25-75% normal deve levar a laudo sugerindo a possibilidade de variante do normal, especialmente em homens com CVF acima de 110% do previsto e com estatura >175 cm.

PO318 ESTUDO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL EM IDOSOS ATIVOS

SILVIA REGINA VALDERRAMAS

FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ/FACULDADE DOM BOSCO, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: IDOSOS; FUNÇÃO PULMONAR; COMPOSIÇÃO CORPORAL

Introdução: A literatura ainda é escassa em relação ao estudo da função respiratória e sua associação com a composição corporal entre idosos ativos e sedentários. **Objetivos:** Avaliar a função respiratória e composição corporal em idosos ativos e identificar se existe uma associação entre estes parâmetros. **Métodos:** estudo de corte transversal, realizado na Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba. Foram selecionados indivíduos com idade < 60 anos, praticantes de exercícios físico e sedentários. Foram submetidos aos testes de função pulmonar (espirometria), pressões máximas inspiratória e expiratória (manovacuometria) e avaliação da composição corporal (7 dobras cutâneas segundo o protocolo de Jackson & Pollock). Foi avaliada capacidade vital forçada (CVF), volume expirado forçado no primeiro segundo (VEF1), relação entre VEF1 e CVF, pressão inspiratória máxima (PImax), pressão expiratória máxima (PEmax) e porcentagem de massa magra. **Resultados:** participaram do estudo 32 indivíduos, com média de idade de $68,56 \pm 5$ anos, divididos em ativos ($n=16$) e sedentários ($n=16$). Em relação a porcentagem de massa magra, o grupo de idosos ativos apresentou significativo aumento

em relação aos idosos sedentários (74 ± 5.13 vs 70 ± 4 , $p=0.02$). Não houve diferença significativa entre os grupos em relação aos parâmetros respiratórios CVF (75.8 ± 11.2 vs 74.9 ± 14.2 , $p=0.84$), VEF1 (87.6 ± 12.8 vs 90 ± 13.7 , $p=0.59$), relação entre VEF1/CVC (114.2 ± 11.2 vs 114.3 ± 8.9 , $p=0.28$), Plmax (58.5 ± 26 vs 44 ± 24 , $p=0.11$) e PEmax (86.5 ± 25 vs 76 ± 32 , $p=0.31$). Em ambos os grupos a porcentagem de massa magra apresentou uma correlação fraca com pressão inspiratória máxima (ativos, $r=-0.19$ $p=0.48$ e sedentários, $r=0.13$ $p=0.62$) e pressão expiratória máxima (ativos, $r=0.15$ $p=0.58$ e sedentários $r=0.18$ $p=0.50$). Conclusão: os resultados deste estudo demonstram que idosos ativos apresentam aumento da massa corporal magra em relação aos sedentários.

P0319 EXISTE DISFUNÇÃO RESPIRATÓRIA EM PACIENTES DE PRIMEIRO GRAU DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON?

SILVIA REGINA VALDERRAMAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FUNÇÃO PULMONAR; DOENÇA DE PARKINSON; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Atualmente, muitos esforços estão sendo empregados para determinar as alterações parkinsonianas pre-motoras, no intuito de intervir precocemente e melhorar o prognóstico destes pacientes. **Objetivos:** investigar se existe disfunção respiratória em parentes de primeiro grau de pacientes com Doença de Parkinson. **Métodos:** em um estudo transversal realizado em um hospital universitário, foram selecionados familiares e não familiares de primeiro grau de pacientes com Doença de Parkinson com idade igual ou superior a 55 anos. Foram submetidos aos testes de função pulmonar (espirometria), pressões máximas inspiratória e expiratória (manovacuometria). Foi avaliada capacidade vital forçada (CVF), volume expirado forçado no primeiro segundo (VEF1), relação entre VEF1 e CVF, pico de fluxo expiratório (PFE), relação entre VEF1 e PFE, ventilação voluntária máxima (VVM), e pressão inspiratória máxima (Plmax) e pressão expiratória máxima (PEmax) e mobilidade toracoabdominal. **Resultados:** Oitenta e dois sujeitos (média de idade de 60.5 ± 6.2 anos) foram incluídos no estudo. Não houve diferença significativa entre os grupos de familiares ($n=46$) e não familiares ($n=36$) em relação aos parâmetros respiratórios: CVF ($p=0.25$, RP=0.78 IC95% [0.48-1.27]), VEF1 ($p=0.43$, RP=1.34 IC95% 0.58-3.05], relação entre VEF1/CVC ($p=0.17$, RP=0.78 IC95% [0.05-1.2]), PFE ($p=0.21$, RP=0.87 IC95% [0.54-1.38], relação entre VEF1/PFE ($p=0.98$, RP=1.17 IC95% [0.20-6.65]), VVM ($p=0.15$, RP=1.04 IC95% [0.24-4.36]), Plmax ($p=0.32$, RP=2.34 IC95% [0.68-8.04]), PEmax ($p=0.65$, RP=0.39 IC95% [0.03-4.14]) e mobilidade toracoabdominal (axilar $p=0.10$, xifoidea $p=0.18$, abdominal $p=0.15$). **Conclusão:** os resultados deste estudo demonstram que não existe disfunção respiratória em parentes de primeiro grau de pacientes com Doença de Parkinson.

P0320 PREVALÊNCIA DE SÍNDROME HEPATOPULMONAR EM PACIENTES LISTADOS PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO NO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

TAIANE FRANCIELI REBELATTO; EDUARDO GARCIA; FERNANDA WALTRICK MARTINS; LUCAS JESUS DE MEDEIROS; RANGEL OLSEN DE CARVALHO

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME HEPATOPULMONAR; TRANSPLANTE HEPÁTICO; PREVALÊNCIA

Introdução: Síndrome hepatopulmonar(SHP) é uma desordem vascular pulmonar secundária à doença hepática e configura-se por anormalidades de oxigenação arterial (PaO2 inferior a 70 mmHg ou gradiente alvéolo-arterial de oxigênio maior que 20 mmHg em ar ambiente) e demonstração da presença de dilatações vasculares intrapulmonares. O mecanismo fisiopatológico ainda permanece incerto, entretanto evidências apontam para um aumento da produção de óxido nítrico nos tecidos e vasos pulmonares, secundária à hepatopatia, somada ao aumento de fluxo sanguíneo pulmonar, determinando elevação do gradiente alvéolo-arterial, alteração na relação perfusão-difusão e shunts intrapulmonares. As manifestações clínicas mais comuns são dispnéia, platipnéia e ortodeoxia. Essa entidade clínica ocorre em 20% dos pacientes cirróticos em estágio terminal. O método diagnóstico padrão-ouro para demonstração das vasodilatações intrapulmonares é a ecodopplercardiografia com reforço de contraste pela injeção endovenosa de solução salina sob agitação, com a formação de microbolhas. A presença e o diagnóstico de SHP têm cada vez mais importância não só pelo fato de sua presença aumentar independentemente a mortalidade e reduzir a sobrevida dos pacientes hepatopatas quando comparados àqueles sem a síndrome, mas também pelo fato de o transplante hepático reverter as alterações nas trocas gasosas, diminuindo o grau de hipoxemia, em um período de cerca de 6 meses. Sendo assim, o transplante hepático é considerado, atualmente, também como método terapêutico para a SHP. **Objetivos:** avaliar a prevalência de síndrome hepatopulmonar e de seus componentes em pacientes listados para transplante hepático na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Materiais e Métodos:** estudo transversal com revisão retrospectiva de 90 prontuários de pacientes submetidos ao transplante hepático da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no período de fevereiro de 2002 à abril de 2009. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética do hospital. **Resultados:** Da amostra composta por 90 pacientes, 62.2% ($n=56$) eram do sexo masculino e a idade média foi de 54.13 anos, sendo a idade máxima e mínima de 74 e 22 anos, respectivamente. A prevalência de SHP foi de 32,2% ($n=29$, IC 95% 23,2-42,4). O gradiente alvéolo-arterial médio foi de 26.42 mmHg e a PaO2 média de 81.47 mmHg, em ar ambiente. A prevalência de pacientes com hipoxemia grave (PaO2 < 60 mmHg) foi de 11.1% ($n=10$). **Conclusão:** O estudo confirma a alta prevalência dessa síndrome clínica nos pacientes com doença hepática grave e, dessa maneira, reforça a sua investigação em pacientes hepatopatas, principalmente naqueles que possivelmente serão submetidos ao transplante hepático. Já que, as evidências atuais apontam para o transplante hepático como método terapêutico da Síndrome hepatopulmonar.

P0321 TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO COM HISTAMINA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS (HFA) –BRASILIA – DF.

MARIA MARGARETE DA SILVA ZEMBRZUSKI; JOAO DANIEL BRINGEL REGO; RENATA CLAUDIA ZANCHET; LOANA MARQUEZ ANDRADE; EDUARDO FELIPE BARBOSA SILVA; LEONARDO RODRIGUES DA CRUZ; LAERCIO MOREIRA VALENÇA

HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASILIA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO; HIPER-REATIVIDADE; HISTAMINA

Introdução: O teste de broncoprovocação tem um importante papel na investigação de tosse crônica. Os agentes químicos mais utilizados para pesquisa de reatividade não específica são metacolina, histamina e carbacol. Os testes com metacolina e histamina, são similares, reprodutíveis e têm boa correlação na severidade de queda do VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo). Um dos motivos da subutilização do teste é a preocupação com a segurança, em especial quando a histamina é utilizada. A American Thoracic Society preconiza o uso de metacolina, contudo a mesma é de difícil acesso no Brasil. **Objetivos:** Mostrar a experiência do HFA no teste de broncoprovocação (TBP) com histamina, analisar sintomas durante o exame, percentual de queda do VEF1 e reversibilidade do mesmo após uso de broncodilatador (BD). **Materiais e Métodos:** Análise retrospectiva dos TBP com histamina, realizados na Clínica Pneumológica do HFA, no período maio de 1995 a junho 2010. O protocolo utilizado foi o de Cockcroft. **Resultados:** Total de 344 testes com 62% de mulheres, idade mediana de 43 anos (mín 6 e máx 84). A tosse estava presente em 47,5% das indicações. Apresentaram sintomas durante o teste 85,5% dos pacientes. Os mais frequentes foram tosse em 50%, dispnéia em 45%, sintomas de vias aéreas superiores em 40%, aperto no peito em 19%, calor em 15%, tontura em 11%, prurido em 7% e outros em 28%. Não ocorreram sintomas graves. Foram positivos 212 testes (62%). Destes, 91% apresentaram sintomas. A queda mediana do VEF1 dos pacientes com sintomas foi de 28%. Nos pacientes que permaneceram assintomáticos foi de 25%. Analisando em separado o grupo de 212 pacientes (62%) com teste positivo observamos que 67,5% eram mulheres. Neste grupo a idade mediana foi de 41 anos (6–84), o percentual de queda de VEF1 com mediana de 28%, a mediana da CP20 de 1,66 mg/ml de histamina (0,1–8) e sintomas presentes em 91%, sendo tosse em 57%, dispnéia em 59%, sintomas de vias aéreas superiores 39%, aperto no peito em 21%, calor em 16%, tontura em 10%, prurido em 7% e outros em 11%. Entre os pacientes que apresentaram sintomas a mediana da queda do VEF1 foi 28% e dos sem sintomas foi 26%. Após BD ocorreu reversão do VEF1 em 86% dos testes (total 57% e parcial em 29%). Nos 132 pacientes (38%) com teste negativo 53% eram mulheres e a idade mediana foi de 44 anos (13–82). O percentual de queda do VEF1 com mediana de 6,5% nos 30 pacientes que permaneceram assintomáticos e de 11% nos 101 (77%) pacientes que apresentaram sintomas. Destes com sintomas, apresentaram tosse em 40,5%, dispnéia em 22%, aperto no peito em 11%, prurido em 8%, sintomas de vias aéreas superiores 4%, rubor em 4% e outros em 26%. **Conclusão:** O teste de broncoprovocação com histamina é seguro. Ocorreu reversibilidade ao broncodilatador na quase totalidade dos pacientes. Diante da maior facilidade de acesso à histamina em nosso meio, sugerimos uso mais

frequente da mesma na investigação de hiper-responsividade brônquica.

P0322 SUPRIMENTO DE O₂ CONTÍNUO NO TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS

MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA; DIEGO PADILHA VANTI; JOSÉ REGINALDO CAMPOS OLIVEIRA; PAULINE ZANIN

HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; CAMINHADA; OXIGÊNIO

O Teste da Caminhada de 6 minutos (TC6) é um teste de exercício submáximo, utilizado para avaliação funcional respiratória dinâmica. Avalia a distância caminhada, a frequência respiratória (FR), a frequência cardíaca (FC) e a oximetria de pulso (SpO₂), de forma não invasiva. Não há normas estabelecidas para a realização do teste em pacientes já dessaturados em repouso. **Objetivos:** Avaliar o comportamento dos parâmetros do TC6 em pacientes cujo teste foi realizado com suprimento contínuo de O₂. **Métodos:** Analisamos os exames de pacientes com SpO₂ abaixo de 92% na avaliação inicial. O teste foi realizado com O₂ fornecido por óculo nasal, a partir de um torpedo pequeno de alumínio, conduzido por um técnico, caminhando atrás do paciente, com interferência mínima na marcha deste. O monitoramento da FC e da SpO₂ foi simultâneo por telemetria. Consideramos dessaturação significativa uma variação de 4% e excessiva uma queda da SpO₂ abaixo de 80%. **Resultados:** Incluímos 43 testes de pacientes com DPOC, realizados em 2009. A média de idade dos pacientes foi 64 anos ($\pm 11,18$), 20 homens e 23 mulheres, IMC médio de 28,51 ($\pm 7,05$). Do total, 7 (16%) pacientes não completaram os 6 minutos devido a dispnéia ou dessaturação excessiva. A média da SpO₂ basal sem O₂ foi 86% ($\pm 3,97$) atingindo 94% ($\pm 2,28$) com o uso de O₂, mas 30 (70%) dessaturaram com um valor médio final de 88% ($\pm 5,76$) (queda média: 9%). A média do BORG inicial foi 0,6 e final foi 2,44 (variação média de 1,84), apenas 10 (23%) pacientes apresentavam Borg acima de 4 no final. A média da FR inicial foi 24 ($\pm 4,81$) e final 33 ($\pm 7,7$). A FC inicial foi 86 ($\pm 12,84$) e final 111 ($\pm 13,54$). A distância média percorrida foi de 325 metros (± 103) e 23 (53%) não atingiram 350m. O aumento da FC, o aumento da FR e a queda da SpO₂ foram significativos ($p < 0,01$). Estas variações não tiveram correlação a distância caminhada. **Conclusão:** Apesar do uso de O₂, a maioria dos pacientes dessaturaram. Apenas uma minoria referiu dispnéia forte (Borg acima de 4), sugerindo uma adaptação à dessaturação ou uma contribuição positiva do O₂ reduzindo a sintomatologia ao exercício.

P0323 PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO PORTO-PULMONAR NOS PACIENTES LISTADOS PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO NO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

FERNANDA WALTRICK MARTINS; EDUARDO GARCIA; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; TAIANE FRANCIELI REBELATTO; LUCAS JESUS DE MEDEIROS; LILIAN RECH PASIN; FABIOLA SCHORR

COMPLEXO HOSPITALAR DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PORTO PULMONAR; CIRROSE; HIPERTENSÃO PULMONAR

Introdução- A Hipertensão Porto-Pulmonar (HPP) é definida pela presença de hipertensão arterial pulmonar, ou seja, pressão média da artéria pulmonar (PMAP) superior a 25 mmHg em repouso, ou superior a 30 mmHg durante o exercício

e resistência vascular pulmonar acima de 120 dinas/seg/cm5, em associação com doença hepática severa ou hipertensão portal. O diagnóstico é baseado em critérios hemodinâmicos medidos por cineangiografografia (exame padrão-ouro) ou ecocardiograma. A correlação entre a etiologia da doença hepática, o grau de hipertensão portal e a severidade da hipertensão pulmonar têm se mostrado fraca. Esta condição clínica tem importante implicação no prognóstico de pacientes com hepatopatia crônica. A prevalência de HPP é conflitante na literatura médica, variando de 2 a 9% nos maiores estudos, sem preferência por sexo e com maior predomínio na faixa dos 40 anos de idade. O diagnóstico de hipertensão pulmonar em pacientes com doença hepática terminal é importante por se tratar de fator prognóstico maior no transplante hepático. **Objetivos:** Estimar a prevalência de hipertensão porto pulmonar baseado em dados de cineangiografografia e correlacionar esses dados com a gravidade da doença hepática baseada no Escore de Child-Pugh e a severidade da hipertensão pulmonar. **Métodos:** Estudo transversal com revisão retrospectiva dos prontuários de 385 pacientes listados para transplante hepático no Complexo Hospitalar Santa casa de Misericórdia de Porto Alegre-RS. Durante a realização do transplante hepático houve cateterização da artéria pulmonar, com coleta das medidas de pressão média arterial pulmonar. **Resultados:** A prevalência de HPP na amostra foi de 60,3% (222 pacientes, IC 95% 55,2- 65,2), sendo 50,8% classificados como leve (25-35mmHg), 6% como moderado (36 -50mmHg) e 3,5% como grave (>51mmHg). A média de PMAP foi 28,3 + 12,6 (Min: 12, Max: 98). Os pacientes que se encontravam em Child Pugh A compreendiam 14,3% da amostra, B 39,7% e C 20,5%. Houve diferença estatisticamente significativa entre a presença de PMAP elevada e a classificação de Child Pugh ($P=0,024$), a prevalência de PMAP elevada (>25mmHg) foi de 46,3% nos pacientes classificados como Child Pugh A, 64,7% nos pacientes Child Pugh B e 68,4% nos pacientes Child Pugh C. **Conclusão:** A amostra estudada apresentou alta prevalência de hipertensão pulmonar, sendo a maioria classificada como leve e com pior escore de prognóstico da doença hepática de base (a grande maioria Child Pugh B e C), com diferença estatisticamente significativa na prevalência de PMAP elevada entre os grupos de escore Child Pugh.

PO324 DISFONIA COMO UMA DAS MANIFESTAÇÕES DE HIPERTENSÃO PULMONAR

ANA PAULA PARAGUASSU; RICARDO DE AMORIM CORREA; JULIANA BERNARDES COSTA; TARCIANE ALINE PRATA; ELIANE VIANA MANCUZO; KARLA FRAUCHES FINOTTI; JOSÉ ROBERTO LAMBERTUCCI

SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA E DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS/HOSPITAL DAS CLÍNIC, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR ; ESQUISTOSSOMOSE ; SÍNDROME ORTNER

Introdução: Estima-se em mais de 200 milhões o número de pessoas infectadas por espécies de Schistosoma no mundo e cerca de 1% desenvolvem formas crônicas (1). A hipertensão arterial pulmonar (HAP) associada à esquistossomose mansoni, constitui-se, provavelmente, em uma das causas mais comuns de hipertensão pulmonar (HP) globalmente. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com disфония e diagnóstico provável de HAP esquistossomótica. **Relato de Caso:** JAM, masculino, 34 anos, natural de Taguaraçu de Minas – MG. Queixa de dispnéia classe funcional III há um

ano e de disфония progressiva há dois anos, associados a episódios frequentes de vômito e diarreia. Negava hemoptise, hematêmese, melena ou edema de membros inferiores. Ao exame físico: acianótico, sem turgência jugular, sem baqueteamento digital, sem edemas, presença hiperfonese de P2, sem sopros, PA= 100x60, FR= 22, SpO2= 98%; fígado palpado a 3 cm RCD. Exames complementares: Rx tórax: acentuada dilatação das câmaras direitas e do tronco da artéria pulmonar. TC de tórax: dilatação das artérias pulmonares (Fig 1). ECO transtorácico: PSAP=125 mmHg. Cintilografia pulmonar V/Q: baixa probabilidade para TEP. EDA: ausência de varizes esofageanas. Função hepática normal. Kato Katz negativo. Teste de caminhada de seis minutos: D=486 metros, sem dessaturação periférica significativa. Cateterismo cardíaco direito: PMAP=86 mmHg, PSAP=130 mmHg, IRVP=4553 dyn.s•cm-5, IC; 1,37 L/min/m² e PAD=8 mmHg. Prova de vasorreatividade pulmonar ao óxido nítrico negativa. Videolaringoscopia (Fig 2): paralisia de prega vocal esquerda. RNM do abdome: fibrose periportal leve, sugestivo de esquistossomose, porém sem sinais circulatórios de hipertensão portal. (Fig 3) **Discussão:** O caso descrito revela quatro achados importantes: a presença de HP grave; a possível infecção por Schistosoma mansoni, sugerindo ser esta a etiologia da HAP; a ausência de sinais definidores de hipertensão portal, comumente presente em casos de HAP esquistossomótica; e a presença de disфония. Em relação a este último achado, Ortner descreveu, em 1897, a associação entre estenose mitral e rouquidão a qual foi explicada pela paralisia do nervo laringeo recorrente esquerdo (2,3). No paciente em questão, a Síndrome de Ortner parece estar relacionada à compressão do nervo laringeo recorrente pela dilatação acentuada da artéria pulmonar na janela aorto-pulmonar. Para a síndrome hipertensiva indicou-se o tratamento com sildenafila na dose de 20 mg de 8/8hs. Após dois meses do início da medicação, houve melhora da dispnéia (classe funcional II) e aumento da distância percorrida para 512 metros. **Conclusão:** A disфония, embora incomum, deve alertar, dentre outras condições, para a suspeita de HP, especialmente em casos de dispnéia em investigação.

PO325 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR PRECOCE EM DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO

LUCIANO BAUER GROHS1; FABIANI PALAGI MACHADO2; SABRINA FRIGHETTO HENRICH3; EDUARDO DAL MAGRO MARCON4; FERNANDA DAL CUL FRAGOMENI5; MONIKA DAUDT6; NADIA SCHIAVO7; TIAGO DALTOE8

1,2,3,4,5,6,7.PRM DE CLÍNICA MÉDICA HOSPITAL POMPEIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL; 8.CENTRO DE PESQUISA HOSPITAL POMPEIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; DOENÇA MISTA DO TECIDO CONJUNTIVO; BOSENTAN

Introdução: Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é definida como elevação persistente na pressão da artéria pulmonar por aumento do tônus vascular e remodelamento estrutural dos vasos pulmonares. Manifesta-se hemodinamicamente com pressão média da artéria pulmonar (PMAP) > 25mmHg em repouso e pressão capilar pulmonar (PCP) menor que 15 mmHg, medidas por cateterismo cardíaco direito. É classificada em HAP idiopática, familiar, por acometimento capilar/venoso significativo, HAP do recém nascido ou associada a outras condições (doença mista

do tecido conjuntivo, esclerose sistêmica, doença cardíaca congênita, hipertensão portal, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, entre outras). Não é freqüente na fase inicial de doença mista do tecido conjuntivo, mas deve ser rastreada periodicamente. **Objetivos:** Relatar caso clínico de hipertensão arterial pulmonar na apresentação de doença mista do tecido conjuntivo. **Materiais e Métodos:** Relato de Caso e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente feminina de 49 anos, branca, hipertensa, consulta por dispnéia progressiva, inicialmente aos moderados esforços e palpitação, associadas a artralhas em membros inferiores e emagrecimento de 13 kg em 6 meses. Há 40 dias com dor, cianose e edema em quirodáctilos bilateral e isquemia crítica com úlceras digitais em segundo e terceiros dedos da mão direita e segundo dedo da mão esquerda, piorando com o frio, compatível com fenômeno de Raynaud severo. Em uso de anlodipina, sulfassalazina e prednisona (1 mg/kg.dia). Exames de imagem de tórax e abdômen normais. Sorologias para HIV e hepatites B e C negativas. Função tireoidiana preservada. Ecocardiograma transtorácico mostrou pressão sistólica na artéria pulmonar de 91 mmHg, sem outras alterações. Cateterismo cardíaco direito com PMAP de 29 mmHg e PCP de 7 mmHg. Proteína C reativa 48, eletroforese de proteínas normal, crioaglutininas negativas. anticorpo anticentrômetro negativo, ANCA c e p negativos, Anticorpo antiSCL70 negativo, anticardiolipina IgG e IgM negativos, anticoagulante lúpico negativo, C3 e C4 normais, fator antinuclear (FAN) com padrão nuclear reagente superior a 1/640, anti-RNP reagente (> 1:1600), confirmando doença mista do tecido conjuntivo (DMTC). Foi iniciado tratamento com azatioprina, anticoagulante oral e analgesia, bem como inibidor de endotelina – bosentan. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** HAP é uma complicação de doenças do tecido conjuntivo, sendo indicado rastreamento por ecocardiograma. A confirmação deve ser feita por cateterismo cardíaco direito. Na doença mista do tecido conjuntivo é geralmente tardia e severa, requerendo manejo específico. Os inibidores de endotelina são o tratamento específico indicado pela combinação de efeito vasodilatador (sistêmico e pulmonar) e efeito antifibrótico, antiinflamatório e antiaterosclerótico. No caso presente, chamou a atenção o fato de a HAP já se apresentar no momento do diagnóstico de DMTC.

P0326 HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA À SÍNDROME DE EISENMENGER- RELATO DE CASO

KARIME NADAF DE MELO SCHELINI¹; SOLANGE DE MORAIS MONTANHA²; CARLOS ALBERTO FERREIRA³; RUBENS DARIO MOURA JUNIOR⁴; LAIS CHITOLINA⁵; MARA LILIAN SOARES NASRALA⁶; FABIO CATANHO SAGIN⁷; FELIPE AMORIM ZAROUR⁸

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO-GROSSO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER(HUJM), CUIABÁ, MT, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO-GROSSO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER, CUIABÁ, MT, BRASIL; 3,4.HOSPITAL SÃO MATHEUS, CUIABÁ, MT, BRASIL; 5,7,8. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO-GROSSO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER(HUJM), CUIABÁ, MT, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO-GROSSO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER(HUJM), CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; CARDIOPATIA CONGÊNITA; SÍNDROME DE EISENMENGER

Introdução: A doença cardíaca congênita com shunt representa uma das mais freqüentes malformações congênitas, ocorrendo em 8 casos para 1000 nascimentos, os shunts

sistêmicos pulmonares congênitos ocorrem em 50-60% das más-formações, sendo o defeito do septo ventricular, o mais comum, a injúria causada na vasculatura pulmonar devido ao aumento do fluxo sanguíneo nesta condição conduz ao aumento da resistência vascular pulmonar e hipertensão arterial pulmonar (HAP) desencadeando nestes, à Síndrome de Eisenmenger. Esta consiste na HAP com shunt reverso ou bidirecional, ao nível atrioventricular ou aortopulmonar, culminando em hipóxia e cianose, com perpetuação da HAP pela disfunção endotelial precoce, demonstrando elevados índices de morbidade e mortalidade. A presença da HAP é mais freqüente do que aparentava, evidenciando a necessidade da investigação diagnóstica, com destaque para o cateterismo cardíaco direito (CAT) e mensuração pressórica da artéria pulmonar. Ainda utiliza-se Doppler ecocardiograma, TCAR de tórax, cintilografia pulmonar e provas de função pulmonar para rastreamento e acompanhamento. As novas propostas terapêuticas aliam propriedades vasodilatadoras mais seletivas e antiproliferativas, não oferecendo a cura, porém melhorando significativamente o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivos:** Relatar caso de HAP associada à Síndrome de Eisenmenger. **Métodos:** Relato de Caso com avaliação de prontuário e contato com o paciente. **Resultados:** Homem de 21 anos com comunicação interventricular, evoluindo há 8 meses com dispnéia aos esforços e há 3 meses em classe funcional IV (OMS). Ao CAT presença de comunicação interventricular perimembranosa, ectasia acentuada do tronco da artéria pulmonar, PAPm 100mmHg e angiogramografia de tórax evidenciando derrame pericárdico importante, hipertrofia importante de VD, aneurisma da artéria pulmonar e CIV Subaórtica. Encontra-se em uso do Marevan, Sildenafil, Bosentan e oxigenioterapia, apresentando melhora importante da dispnéia e melhorando para classe funcional II (OMS). **Conclusão:** Têm-se avançado muito no conhecimento da HAP nos últimos anos e a grande valia é evitá-la, diagnosticando previamente o defeito cardíaco e corrigindo-o antes da lesão vascular instalada. Nos pacientes que desenvolvem a Síndrome de Eisenmenger é fundamental o diagnóstico, classificação do grau de comprometimento e a capacidade de reatividade pulmonar, para que se possa considerar os benefícios oferecidos dentro destas novas propostas terapêuticas, vasodilatadora seletiva e antiproliferativa, levando à melhora significativa do prognóstico e da qualidade de vida do paciente.

P0327 ESTUDO DOS FLUXOS AÉREOS A BAIXOS VOLUMES PULMONARES EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

LUCIANA TESSER; ÂNGELA BEATRIZ JOHN; MARIA ÂNGELA FONTOURA MOREIRA; MARCELO BASSO GAZZANA; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO

HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; FUNÇÃO PULMONAR; FLUXOS AÉREOS

Fundamentação. A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é constituída basicamente por arteriopatia proliferativa de pequenos vasos. A proximidade da vasculatura arterial pulmonar com as vias aéreas periféricas pode estender a estas seus efeitos remodelantes, levando à obstrução das pequenas vias aéreas, com reflexos nos fluxos aéreos a baixos volumes pulmonares. **Objetivos.** Avaliar os fluxos aéreos terminais em pacientes com HAP sem distúrbio ventilatório obstrutivo (VEF1/CVF > 0,70). **Material e Métodos:**s. Foram

analisados 58 pacientes (pacs.) consecutivos de ambos os sexos do grupo de pacientes com HAP (29 pacs.) e do grupo controle (29 pacs.), encaminhados para avaliação funcional pulmonar no Serviço de Pneumologia do HCPA no período de 2006 à 2010. O diagnóstico de HAP foi estabelecido através de ecocardiograma Doppler e/ou cateterismo cardíaco direito, com pressão média na artéria pulmonar (PMAP) maior ou igual a 25 mmHg, sem evidência de comprometimento venoso pulmonar. Avaliamos os fluxos aéreos terminais, isto é, a baixos volumes pulmonares, de pacientes que apresentaram a relação VEF1/CVF > 0,70. Nestes pacientes foram realizados os exames de espirometria no qual medimos a CVF%P (previsto), VEF1%P, VEF1/CVF% e a análise da curva fluxo-volume para fluxos instantâneos máximos a 75% da capacidade vital executada, correspondendo a 25% da CVF restante: FEF75/0,25. CVF (L/s). Teste estatístico: Teste T Student's ($p < 0,05$). **Resultados.** Ambos os grupos apresentaram 8 homens/21 mulheres e a média de idade para o grupo HAP é de 45,28 + 16,44 anos e para o grupo controle é de 57,3 + 10,65 anos. O grupo HAP apresentou as seguintes etiologias: 4 pacs. com etiologia idiopática, 18 associada à doença do colágeno (esclerose sistêmica, lúpus eritematoso sistêmico), 4 com SIDA e 3 com anemia falciforme. Grupo controle: FEF75/0,25.CVF: 1,65 + 0,44; grupo com HAP: FEF75/0,25. CVF: 1,21 + 0,69 ($p=0,004$, média das diferenças 0,429 + 0,768, intervalo de confiança de 95% de 0,152 a 0,706). **Conclusão.** Este estudo preliminar demonstrou diferença significativa entre pacientes e controles, com redução dos fluxos aéreos terminais no grupo de pacientes com HAP, o que sugere envolvimento das pequenas vias aéreas.

P0328 HIPERTENSÃO PULMONAR ASSOCIADA À ESQUISTOSSOMOSE: EXPERIÊNCIA DO AMBULATÓRIO DE HP DO HOSPITAL MARIO COVAS/ FMABC

FLAVIA TOBALDINI RUSSO; RAFAEL RODRIGUES MIRANDA; JESSICA AGENA; SELMA DENIS SQUASSONI; ELIE FISS; MÔNICA SILVEIRA LAPA
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; ESQUISTOSSOMOSE; RELATO DE CASO

Introdução: A Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma doença rara que acomete 1-2 indivíduos por milhão de habitantes. Ela é caracterizada pelo aumento da resistência vascular pulmonar e acarreta a insuficiência cardíaca direita e o óbito. No Brasil, 30% dos casos de HAP atendidos em centros especializados estão associados à esquistossomose. No ambulatório de Hipertensão Pulmonar (HP) do Hospital Mario Covas/ FMABC existem 26 pacientes com HP em acompanhamento. Destes, 2 pacientes possuem sinais clínicos de HP associada à esquistossomose. **Objetivos:** Descrever os 2 casos de esquistossomose do serviço e salientar os diferentes acometimentos desta doença. **Relato de Caso** 1) DOC, 51 anos, procedente do Piauí, referia dispnéia há 6 meses com piora progressiva e edema em membros inferiores. Encontrava-se em classe funcional (CF) III-IV. Exame físico(EF): estase jugular e hiperfonese de B2. Exames complementares (EC): Radiografia de tórax: abaulamento do tronco da artéria pulmonar; Tomografia de tórax (TC-tórax): dilatação do tronco da artéria pulmonar (39mm) sem falhas de enchimento; Ecocardiograma: FEVE de 60%, insuficiência mitral moderada e pressão sistólica de ventrículo direito estimada (PSVD) de 79 mmHg; BNP=546 pg/mL; Ultrassonografia de abdome (USG-ABD):

Hepatomegalia e aumento da ecogenicidade periportal; Katokatz negativo; Cateterismo cardíaco direito(CATE): Átrio Direito (AD) 15mmHg, Pressão Artéria Pulmonar (PAP) sistólica 70, PAPdiastólica 40, PAPmédia 50 mmHg e Pressão de oclusão de artéria pulmonar (PAOP) 15mmHg. Não houve resposta ao teste de vasorreatividade com NO, porém a PAOP aumentou para 20mmHg. 2) EMA, 48 anos, procedente da Bahia, encaminhado ao serviço por alteração radiológica (abaulamento de tronco da artéria pulmonar). Apresentava dispnéia aos grandes esforços há 02 anos, CF II. Pai falecido de esquistossomose hepatoesplênica.EF: hiperfonese em foco pulmonar. EC: TC-tórax: dilatação do tronco da artéria pulmonar (40mm) sem falhas de enchimento; Ecocardiograma: FE 68% e PSVD de 50 mmHg; BNP=71 pg/mL; USG-ABD: esteatose hepática. Katokatz: 6 ovos/g (1 em 4). Foi tratado com oxamniquine. Realizou o CATE: AD 5 mmHg; PAPs 35, PAPd 10, PAPm 18 mmHg, PAOP 10 mmHg. Diante destes achados, o paciente foi submetido ao teste cardiopulmonar que evidenciou: consumo de oxigênio dentro da normalidade, limiar de lactado adequado, ampla reserva cronotrópica no pico do exercício e não houve aumento de VE/VCO2 durante o teste.**Discussão:** Estudos evidenciaram que 7,7% dos pacientes com esquistossomose hepatoesplênica apresentam HP. Estes relatos mostram diferentes acometimentos da esquistossomose: o primeiro com hipertensão portal e HP e, o segundo, trata-se de uma doença ainda em fase de infestação, sem o comprometimento hepático e com os sinais clínicos de HP que não foram confirmados pelo CATE. **Conclusão:** Estes achados ressaltam a importância da confirmação diagnóstica com a medida invasiva das pressões de artéria pulmonar.

P0329 CENTRO INTEGRADO DE TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO PULMONAR DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS: RESULTADOS DO PRIMEIRO ANO

DANIELA CAVALET BLANCO; ROBERTO GUIDOTTI TONETTO; RAFAEL CABRERA CORRÊA; JULIANA TONETTO ZAMPIERI; JOSÉ MIGUEL CHATKIN

PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR; DELINEAMENTO DOS PACIENTES

Introdução: Visando a melhora no atendimento, desde março de 2009, o Hospital São Lucas da PUCRS organizou o Centro Integrado de Tratamento da Hipertensão Pulmonar (HP), onde participam os Serviços de Pneumologia, Cardiologia e Reumatologia em crescente colaboração. **Objetivos:** Descrever o perfil dos pacientes em acompanhamento no Centro Integrado de Tratamento da HP do Hospital São Lucas da PUCRS. **Métodos:** Estudo transversal com base em análise de prontuários e contatos telefônicos, formando banco de dados do ambulatório de HP. **Resultados:** Atualmente o Ambulatório de HP do HSL acompanha 26 pacientes, 57,7% do sexo masculino. A idade é de 55,44±19,0 anos (faixa etária 17-94). A idade de diagnóstico da HP é de 51,96±20,41 anos (faixa etária 16-89). Segundo a classificação clínica da HP pela OMS, 23% (6 pacientes) dos pacientes que acompanham no centro integrado possuem diagnóstico de HP primária, sendo 5 casos idiopáticos e 1 caso secundário ao HIV; 15,38%(4 pacientes) de HP venosa; 42,31% (11 pacientes) de HP associada à doença do sistema respiratório ou hipóxia crônica, sendo 8 casos associados a collagenoses (1 caso associado também à histiocitose X) e 3 casos relacionados à silicose; 15,38% (4 pacientes) de HP causada por doença

embólica ou trombótica crônica, sendo 3 casos por TEP e um caso por SAF; 0,4% (1 paciente) de HP por compressão. Quinze pacientes realizaram ecocardiograma e cateterismo cardíaco direito e 11 realizaram apenas ecocardiograma, mas estão com cateterismo agendado. A PMAP encontrada foi de $42,72 \pm 12,05$ mmHg, dentre os pacientes com cateterismo cardíaco direito. A PSAP encontrada foi de $60,4 \pm 16,25$ mmHg (máx. 85 mmHg e mín. 36 mmHg). Cinco dos pacientes fazem uso de sildenafila, 2 de bosentan e 1 de ambrisentan. Os diuréticos são os fármacos mais prescritos, utilizados por 20 de nossos pacientes, 17 pacientes utilizam cumarícos, 9 pacientes realizam oxigenoterapia domiciliar, 9 utilizam bloqueadores de canal de cálcio e 2 fazem uso de digitálicos. Em relação à classificação de insuficiência Cardíaca Crônica (NYHA): classes funcionais II e a III, ambas com 11 pacientes, classe funcional IV apresenta 3 pacientes e classe funcional I apenas um paciente. **Conclusão:** Aumentando-se o índice de suspeição clínica, aliado a ferramentas diagnósticas em hospital universitário terciário, foram identificados mais pacientes com HP. A estruturação do atendimento e a multidisciplinaridade buscou obter melhor manejo dos grupos, propiciando aos pacientes melhor sobrevida e qualidade de vida. O número de pacientes ainda não permite análise mais detalhada, mas o rápido e crescente número de casos aponta para o acerto desta iniciativa de integração dos 3 serviços.

P0330 HIPOPLASIA DE ARTÉRIA PULMONAR EM ADULTO COMO CAUSA DE HEMOPTISE

MAIRA ELIZA PETRUCCI ZANOVELLO; ILMAR APARECIDA PASCHOAL; MONICA CORSO PEREIRA; REYNALDO QUAGLIATO JUNIOR; MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; ANA MARIA CAMINO
UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPOPLASIA; HIPERTENSÃO PULMONAR; HEMOPTISE

Introdução: Quando hemoptise é citada como um sintoma, logo pensamos em tuberculose ou neoplasia pulmonar esquecendo muitas vezes de uma causa não muito comum, porém de grande importância. Hipoplasia ou agenesia de artéria pulmonar está frequentemente acompanhada de anomalias cardíacas, e quando entidade isolada, pode atrasar seu diagnóstico por muitas vezes não estar associada a sinais e sintomas. No entanto, cerca de 20% dos quadros surgem com hemoptise, além de dor torácica, limitação ao exercício físico por dispnéia, e ainda há relação com HAP. Relataremos caso de paciente com hemoptise que na investigação foi descoberto hipoplasia de artéria pulmonar. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 31 anos, doméstica, com queixa de dor torácica a direita com irradiação para esquerda, associado a hemoptise ao esforço físico e com piora durante gestação. Na investigação, realizado TC de tórax, com resultado de dilatação de circulação venosa para-hilar. Apresentava na época SpO₂ de 98 %, sem alteração ao teste de caminhada, além de prova de função pulmonar com CVF de 2,69L (78%), VEF1 de 2,10L (71%) e IT de 78. Ecocardiograma inicial com PASP estimada de 22 mmHg. Cintilografia pulmonar com acentuado déficit perfusional de todo o pulmão esquerdo. Submetida a Angiografia pulmonar que mostrou agenesia de artéria pulmonar esquerda com suprimento sistêmico, que justifica a hemoptise. Realizado lobectomia lobo inferior esquerdo devido a dois ramos anômalos da aorta para este mesmo lobo. Laudo do AP de irrigação anômala do lobo com hipoplasia de artéria pulmonar e irrigação por duas

artérias brônquicas oriundas da aorta (segundo informação clínica), com dilatação dos ramos das artérias brônquicas intrapulmonares, focos com aumento de capilarização, ectasia e fibrose de veias, congestão vascular aguda. No entanto, após cinco anos da cirurgia, persiste hemoptise ao esforço, e surgiu alteração da função pulmonar durante o seguimento; CVF 2,73L (75%), VEF1 2,04L (68%), IT de 74. Teste de caminhada de seis minutos com SpO₂ inicial de 96% com queda para 87% aos três minutos. Nova PSAP estimada de 35 mmHg. **Conclusão:** Este caso confirma o fato de hemoptise estar associado a circulação colateral, piorar os sintomas na gestação. Pacientes com hipoplasia/agenesia de artéria pulmonar tem tolerância diminuída ao exercício físico e podem até dessaturar, principalmente quando unilateral, ainda por mecanismos não bem esclarecidos.

P0331 HIPERTENSÃO PULMONAR IDIOPÁTICA NA INFÂNCIA

NATALIA DE AQUINO SILVEIRA; FRANCYELLY WISNIEWSKI YAMAMOTO; ELAINE DE OLIVEIRA KHOURI; CARLOS ROBERTO BAZZO; EDSON TAIPINA BRAGA; GILBERTO PETTY DA SILVA; CLÓVIS EDUARDO TADEU GOMES

UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; DISPNEIA INFÂNCIA; DOR PRECORDIAL NA INFÂNCIA

Objetivos: Descrever caso clínico de hipertensão pulmonar idiopática na infância. **Caso clínico:** AMMJJS, sexo masculino, 7 anos de idade, procedente de Minas Gerais, apresentou há 2 anos quadro de dor precordial, palidez, dispnéia, cianose perioral e sudorese acompanhada de perda de consciência durante 5 minutos. Primeiro atendimento médico realizado em sua cidade, com posterior transferência para nosso serviço para investigação diagnóstica. Refere episódios anteriores de cansaço aos esforços acompanhada de sensação de aperto no peito. Exame físico evidenciando dispnéia leve, ausência de estase jugular; ausculta cardíaca com ritmo regular em 2T, com hiperfonese de foco pulmonar e sopro holossistólico 2+/6+. ECO com sinais de hipertensão pulmonar, com pressão sistólica pulmonar derivada do gradiente entre VD e AD estimada de 140 mmHg. RX Tórax evidenciando cardiomegalia. Cateterismo confirmou presença de HP (TP:144/84/106 e pós óxido nítrico 127/71/96). PSG sem sinais de SAOS. FAN, ANCA e FR negativos; HIV negativo. Função hepática e tireoideana normais. PPF normal. USG Abdominal normal. Tratamento com inibidor da IECA, inibidor da fosfodiesterase-5, diuréticos poupadores de potássio e antagonista não seletivo dos receptores da endotelina. Após episódio inicial, evoluiu com dispnéia a médios esforços. Após terapêutica instituída, apresentou discreta melhora, agora com dispnéia a grandes esforços. Apresentou em Maio de 2009 quadro de BCP, com descompensação cardíaca, necessitando de tratamento hospitalar. Em Janeiro de 2010 apresentou quadro de IVAS, complicando com Sinusopatia e descompensação cardíaca, necessitando de tratamento hospitalar. Última internação em Agosto de 2010 devido IVAS e descompensação cardíaca. **Conclusão:** A Hipertensão Pulmonar Primária em crianças é rara. A elucidação diagnóstica reveste-se de dificuldades, pelo fato de apresentar sintomas iniciais incomuns. De modo geral, apresenta resposta terapêutica e prognóstico bastante reservados.

PO332 IMPACTO DA ETIOLOGIA NA FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

LUIZA HELENA DEGANI COSTA; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; ROBERTA PULCHERI RAMOS; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA; FABRÍCIO MARTINS VALOIS; MAURI M. RODRIGUES; MEYER ISBICKI; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI

UNIFESP-EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR; PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR; ÍNDICE CARDÍACO

Introdução: Estudos anteriores demonstraram a presença de alterações nas provas de função pulmonar de pacientes com hipertensão arterial pulmonar (HAP), porém a correlação destas com a gravidade dos pacientes ainda é controversa. **Objetivos:** Descrever as alterações na espirometria e na capacidade de difusão do monóxido de carbono (Dco) de pacientes com HAP, comparando-se as diversas causas entre si, além de analisar se há correlação destas alterações com a gravidade clínica e hemodinâmica dos pacientes. **Métodos:** Foram avaliados 71 pacientes com diagnóstico de HAP atendidos no ambulatório de circulação pulmonar da UNIFESP - EPM entre 2005 a 2009. Todos foram submetidos a cateterismo cardíaco direito. Foram estratificados quanto à gravidade clínica pela escala de dispnéia da NYHA e hemodinâmica pelo índice cardíaco (IC). Pacientes com doença intersticial avaliada por tomografia de tórax (TC) foram excluídos da análise. Os valores espirométricos (VEF1/CVF, VEF1, CVF) e a Dco foram comparados entre os grupos etiológicos e em função da gravidade clínica e hemodinâmica utilizando-se os testes ANOVA e teste - T, respectivamente. A análise foi corrigida, ainda, para tabagismo. **Resultados:** Do total de 71 pacientes, 28 apresentavam HAP idiopática (HAPI). A maioria (46,4%) apresentou espirometria normal, com valores médios (em % do previsto) de CVF de 91,8%, VEF1 de 85,9% e DCO de 66,7%. Vinte e um pacientes apresentavam HAP associada à doença reumática auto-imune (DRAI). O padrão restritivo foi encontrado em 33,3% dos pacientes, com valores médios de DCO de 56,2%. Doze pacientes apresentavam HAP associada a shunt sistêmico-pulmonar congênito (SSPC). A maioria (41,7%) apresentou espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo, com valores médios de VEF1 de 66,6% e DCO de 69%. Três pacientes tinham HAP associada à infecção por HIV e sete apresentavam hipertensão porto-pulmonar. Os grupos não apresentaram diferença quanto à prevalência de tabagismo. Comparando-se os grupos, observamos que os pacientes com DRAI apresentaram CVF significativamente menor que os doentes com HAPI ($p = 0,043$). O VEF1 foi menor entre pacientes com SSPC quando comparados aos doentes com DRAI ($p = 0,025$) e os com HAPI ($p = 0,001$). Por fim, a Dco dos pacientes com DRAI foi significativamente menor que a daqueles com HAPI ($p = 0,021$) e SSPC ($p = 0,045$). Não houve diferenças entre os achados funcionais respiratórios quando comparados em relação à gravidade da doença. **Conclusão:** Pacientes com HAP-SSPC apresentam predominantemente distúrbio ventilatório obstrutivo enquanto pacientes com HAP-DRAI podem apresentar distúrbio ventilatório restritivo e redução da Dco, mesmo na ausência de doença intersticial

avaliada por TC de tórax. Tais achados não se correlacionam com a gravidade dos doentes.

PO333 GRAVIDEZ EM PACIENTE PORTADORA DE HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA

KARLA FRAUCHES FINOTTI¹; RICARDO DE AMORIM CORREA²; TARCIANE ALINE PRATA³; JULIANA BERNARDES COSTA⁴; ANA PAULA PARAGUASSU⁵

1,3,4,5. RESIDENTE DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL; 2. PROFESSOR DO DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA/UFMG. COORDENADOR DA DISCIPLINA, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; GRAVIDEZ; HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA

Introdução: A hipertensão pulmonar tromboembólica crônica (HPTEC) é causada por trombose e/ou embolia pulmonar. A tromboendarterectomia (TEA) é o tratamento de escolha em casos selecionados. Como em outras formas de HP, a gestação constitui condição de alto risco. **Objetivos:** Relatar a ocorrência e o desfecho de gravidez em portadora de HPTEC. **Relato do caso:** AGA, 28 anos, encaminhada ao Ambulatório de Circulação Pulmonar em uso de varfarin por TEP há 10m (cintilografia pulmonar: aperfusão do pulmão direito/déficit LIE). **Propedêutica:** Mutações G20210A em heterozigose-Fator II, PaO₂=76 mmHg, ECO: FEVE 68% PSAP=63 mmHg (PAD 15), aumento AD/VD. Duplex mmii: normal. Cintilografia Pulmonar: hipoperfusão pósterolateral e ântero-basal LIE. PD aperfundido. CATE-D: PSAP=68 mmHg PAPm=35 mmHg IRVP: 1152 dyn.s•cm-5 PCP=9 mmHg IC: 1,78 l/min.m². Prova com ON negativa. **Arteriografia Pulmonar:** oclusão total na origem da artéria pulmonar direita (FIG.1). Decidiu-se por anticoagulação plena e cintilografia seriada. Sem melhora (CF e cintilografia) indicou-se sildenafila 20 mg TID e possível TEA, porém apresentou-se com gestação de 12 semanas. Mantido tratamento e programada cesariana e salpingotripsia, realizadas com 34 semanas. Evoluiu com hipoxemia e IC direita pós-parto. Novo CATE direito: PSAP=89 mmHg PDAP=24mmHg PAPm=47mmHg IC=2,31 l/min.m² IRVP: 1164,8 dyn.s•cm-5. Alta com oxigenoterapia, diuréticos e sildenafila 80 mg/dia. Em acompanhamento ambulatorial e avaliação para TEA. **Discussão:** A mutação do fator II G20210A aumenta a produção de protrombina e de 2-3 vezes o risco de TVP/TEP. O manejo da gestação/parto na HPTEC é incerto. A literatura reporta risco proibitivo de gestação mais em HAPI. O parto cirúrgico parece ser mais seguro. Este caso ilustra a necessidade de abordagem em centros com experiência em HP e gravidez de alto risco; a descompensação cardíaca direita progressiva pós-parto e a utilização da terapia específica que pareceu ser favorável para condução da gravidez e parto. **Conclusão:** O uso de sildenafila pode ter um papel na prevenção de complicações peri e pós-parto na HPTEC. **Referências bibliográficas:** 1. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force on Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2003;24:761-781. 2. Weiss BM, Zemp L, Seifert B, Hess OM. Outcome of Pulmonary Vascular Disease in pregnancy: A Systematic Overview from 1978 through 1996. JACC 1998;

31(7):1650-7. 3. Bonnin M, Mercier FJ, Sitbon O, et al . Severe pulmonary hypertension during pregnancy :mode of delivery and anesthetic management of 15 consecutive cases. *Anesthesiology*, 2005;102:1133-7

4. Bédard E , Dimopoulos K, Gatzoulis MA. Has there been any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension ? *Eur Heart J.*, 2009;30: 256-265.

P0334 PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E FUNCIONAL DOS PACIENTES COM HAP DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO C-HUPES

MARTA FERREIRA LEITE DE SÁ; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA LEMOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR; ESQUISTOSSOMOSE; CARDIOPATIA CONGÊNITA

Introdução: A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma doença rara, progressiva, grave e com o prognóstico ruim, com o tempo de sobrevida médio estimado em 2,8 anos.

Objetivos: Avaliar o perfil clínico, epidemiológico e funcional dos pacientes portadores de HAP em acompanhamento no Serviço de Pneumologia do C-HUPES/UFBA. **Métodos:** Todos os pacientes foram triados através do Ecocardiograma transtorácico e, aqueles que apresentavam PSAP (Pressão Sistólica Estimada da Artéria Pulmonar) superior a 35mmHg foram submetidas ao CATE direito. Uma vez confirmado o diagnóstico de HAP foi feita avaliação para definir a etiologia, através dos exames: ECG, Rx do Tórax, Espirometria, teste da caminhada de 6 minutos com Sat O2, USG de Abdome Superior, Angio-TC do Tórax, Cintilografia Pulmonar Perfusional, Pesquisa do Vírus HIV, Hemograma, Transaminases, FAN, anti-DNA, FR e função tireoidiana. **Resultados:** Dos 148 pacientes registrados, 92 eram do Grupo I da atual Classificação Internacional de Hipertensão Pulmonar, 27 eram do Grupo II e III- foram excluídos do estudo - e 29 eram do grupo IV da referida classificação (todos com TEPCH). Os pacientes do Grupo I tiveram as etiologias: 10 casos de HAP idiopática (8,3%), 1 pelo uso de anorexígeno (0,8%), 1 de Doença Mieloproliferativa (0,8%), 13 de HAP Esquistossomótica (10,7%), 3 de Hipertensão Portal (2,5%), 26 devido a Cardiopatias Congênitas (21,5%), 7 devido à collagenoses, 6,6% (sendo 04 por esclerodermia e 03 a LES), e 1 devido a Hipertireoidismo (0,8%). Existem 20(23%) pacientes sendo tratados como grupo I por apresentar HAP ao CATE mas com etiologia ainda indefinida. Sexo feminino predominou 91(75,2%), a idade média foi de 47 anos. Dezoito eram fumantes (19,4%), 57 não fumantes (61,3%) e 18 ex fumantes (19,4%). Comorbidades: 16 portadores de Asma (13,2%), 18 com hepatopatia (14,9%), dois com neoplasia (1,7%), cinco com diabetes mellitus, (4,1%), 52 hipertensos (43%) e 14 com DPOC (14,4%). O tempo médio de doença foi de 36 meses. A PSAP estimada no ECO foi na média 78 mmHg. No CATE a PMAP foi à média 58mmHg. Na realização do TC6m houve uma variação muito grande, com pacientes que caminharam apenas 48m até aqueles que caminharam 576m ou que não toleraram a caminhada inicial. A Sat O2 no momento da primeira consulta, variou de 77 a 98%, medida por oximetria de pulso. Os pacientes desses dois grupos iniciaram Sildenafil na dose de 60mg/dia. Em 4 foi associado à Bosentana na dose de 250mg. Dos 121 pacientes, 14 foram a óbito (11,6%) devido a HAP, 95(75,2%) estão em tratamento, e 16 (13,2%) abandonaram o tratamento. **Conclusão:** Trata-se

de um grupo de pacientes graves, com alta taxa de morbimortalidade, com grande comprometimento na qualidade de vida e onde predomina a etiologia de Cardiopatias Congênitas, TEPCH e Esquistossomose.

P0335 EVOLUÇÃO DE HIPERTENSÃO PORTOPULMONAR PARA SÍNDROME HEPATOPULMONAR: RELATO DE CASO.

FABRÍCIO MARTINS VALOIS1; ROBERTA PULCHERI RAMOS2; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA3; MAURI M. RODRIGUES4; JOSE RODRIGUES PEREIRA FILHOS; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA6; JAQUELINA SONOE OTA ARAKAKI7

1,2,3,4,7.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5,6.HOSPITAL BENEFICÊNCIA PORTUGUESA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PORTOPULMONAR; SÍNDROME HEPATOPULMONAR; TRANSPLANTE DE FÍGADO

A hipertensão portopulmonar (HPPo) e a síndrome hepatopulmonar (SHP) são considerados pólos opostos - e dissociados-, no espectro do envolvimento respiratório pelas doenças do fígado. Dados clínicos: Mulher, 52 anos, com diagnóstico de cirrose hepática por vírus C foi encaminhada ao pneumologista para avaliação pré-operatória de transplante hepático. Referia diagnóstico de hepatite viral desde 16 anos atrás, sendo submetida a tratamento farmacológico específico, mas sem reposta sustentada. Pela piora clínica, indicou-se transplante de fígado. Apresentava queixas inespecíficas até cerca de 8 meses atrás, quando após internação por encefalopatia hepática, evoluiu com dispnéia progressiva aos esforços, com edema periférico associado. Sem tosse, chiado, dor torácica, ortopneia, dispnéia paroxística noturna. Negava hematêmese, aumento de volume abdominal. Utilizava furosemida e espironolactona. Ao exame físico tinha estado geral bom, com PA 120x80mmHg, FC 84bpm, SaO2 98%; normocorada, com edema periférico +/4+, sem turgência jugular. O ritmo cardíaco era regular em 2 tempos, com bulhar normofonéticas, sem sopros; som vesicular simétrico, sem ruídos anormais. Inexistiam ascite ou visceromegalias. Ecocardiograma realizado há 3 meses demonstrava aumentos de átrio esquerdo e átrio e ventrículo direitos. A pressão sistólica de artéria pulmonar (PAPs) era de 58mmHg, sem evidências de disfunção sistólica ou diastólica de ventrículo esquerdo. Cintilografia pulmonar de perfusão para pesquisa de shunt foi negativa. Em ultrassonografia de abdome havia sinais de hipertensão portal. Endoscopia digestiva alta demonstrou varizes esofágicas de fino calibre. A capacidade de difusão de monóxido de carbono exibia redução acentuada, com volumes e capacidades pulmonares normais. Um novo ecocardiograma, agora com contraste, foi solicitado na consulta inicial. Não havia estigmas de shunt intrapulmonar, e os demais achados foram similares ao exame prévio. A hipótese diagnóstica inicial foi de HPPo. No contexto da avaliação para transplante de fígado solicitou-se cateterismo direito para realizar diagnóstico diferencial entre HP por hiper-resistência (que pode contraindicar o transplante) ou hiperfluxo. Evoluiu com ascite de difícil controle e peritonite bacteriana espontânea com sepse grave, necessitando internação hospitalar em UTI. Mantinha grau similar de dispnéia, porém com SaO2 em torno de 90% em ar ambiente. Após controle do foco infeccioso, um novo ecocardiograma demonstrou ausência de sinais sugestivos de hipertensão pulmonar e presença de microbolhas tardiamente em câmaras esquerdas, denotando shunt intrapulmonar, que associado a hipoxemia e doença

hepática, define a SHP. A inclusão em lista de transplante está indicada. **Conclusão:** A interrelação entre HPPo e SHP é complexa, e um mesmo paciente pode apresentar, em sua evolução, características clínicas de ambas, com impacto distinto acerca do transplante de fígado.

P0336 SEPTOSTOMIA ATRIAL COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

ROBERTA PULCHERI RAMOS¹; SALVADOR ANDRÉ BAVARESCO CRISTOVÃO²; ELOARA VIEIRA MACHADO FERREIRA³; FABRÍCIO MARTINS VALOIS⁴; MAURI M. RODRIGUES⁵; JAQUELINE SONOE OTA ARAKAKI⁶

1,3,4,5,6.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.HOSPITAL BENEFICENCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR; SEPTOSTOMIA ATRIAL; CATETERISMO CARDÍACO DIREITO

Introdução: A hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma doença grave de elevada mortalidade decorrente da falência progressiva do ventrículo direito (VD). A septostomia atrial (SA) é considerada uma técnica para o tratamento da HAP em pacientes com terapia clínica otimizada cujo objetivo é melhorar a limitação cardiocirculatória ao permitir uma via de saída alternativa ao VD, diminuindo a sobrecarga dessa câmara. A experiência mundial com o procedimento em pacientes com HAP ainda é limitada e, até o momento, existem poucos relatos do procedimento para tratamento de HAP em centros brasileiros. **Objetivos:** Descrever 3 casos de septostomia atrial em pacientes com HAP idiopática (HAPI). **Métodos:** Revisão de prontuários. **Relato de Caso:** Caso 1. Paciente do sexo feminino, 36 anos, com diagnóstico de HAPI em uso de terapia combinada com bosentana e sildenafila há 2 anos. Houve piora clínica progressiva mesmo com tratamento específico e com terapia diurética otimizada. Paciente foi submetida a septostomia atrial sem intercorrências. Evoluiu com melhora da distância caminhada no teste da caminhada de 6 minutos (TC 6') de 290m para 400m, dos níveis séricos de BNP (479pcg/mL para 176pcg/mL) e do V'O₂ de pico no teste de exercício cardiorrespiratório. Caso 2. Paciente do sexo feminino de 36 anos, com diagnóstico de HAPI há 5 anos em uso atual de bosentana 125mg 12/12h e sildenafila 120mg/dia. Apesar do tratamento clínico otimizado, evoluiu com piora clínica e falência progressiva do VD com manifestações graves de cor pulmonale, apresentando-se refratária ao tratamento clínico, em classe funcional IV. Foi submetida a septostomia atrial sem intercorrências e, após 3 meses do procedimento, apresentava-se em classe funcional II e com aumento de 80m no TC 6' – de 404m para 480m. Caso 3. Paciente do sexo feminino de 40 anos, com diagnóstico de HAPI em uso de terapia combinada com sildenafila 120mg/dia e bosentana 125mg 12/12h há 2 anos. Nos últimos meses, evoluiu com piora clínica progressiva e síncope recorrentes, mesmo com tratamento clínico e terapia diurética adequada. Foi submetida a septostomia atrial sem intercorrências. Após 3 meses do procedimento, apresentava-se em classe funcional III (anteriormente IV) e caminhava 380m no TC 6' (anterior ao procedimento: 340m). **Conclusão:** A septostomia atrial é um procedimento paliativo que pode trazer boas perspectivas diante de situações de refratariedade ao tratamento clínico em pacientes com HAP. Ainda é controverso o momento ideal para sua realização, mas em geral a SA é indicada para pacientes com falência após terapia combinada. A

melhora clínica e de tolerância ao exercício é um reflexo da diminuição da sobrecarga ventricular direita, responsável pela alta mortalidade desses pacientes.

P0337 AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PULMONAR PELO ECOCARDIOGRAMA FRENTE AO MÉTODOS ÁUREO CATETERISMO CARDÍACO EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO NO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

TAIANE FRANCIELI REBELATTO; EDUARDO GARCIA; FERNANDA WALTRICK MARTINS; LUCAS JESUS DE MEDEIROS; RANGEL OLSEN DE CARVALHO

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR; ECOCARDIOGRAMA; CATETERISMO CARDÍACO

Introdução: Hipertensão arterial pulmonar (HAP) é uma condição na qual ocorre aumento da resistência vascular pulmonar e tem seu diagnóstico comprovado através da medida da pressão média na artéria pulmonar (PMAP) no cateterismo cardíaco direito, onde PMAP > 25mmHg em repouso ou PMAP > 30 mmHg durante o exercício confirmam o diagnóstico. Entretanto, tal exame é invasivo e despende de tempo e custo relativamente elevado. Em consequência, cada vez mais, utiliza-se para rastreamento de HAP a estimativa da pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) através do ecocardiograma, já que a estimativa de PSAP > 35 mmHg correlaciona-se positivamente com a PMAP mensurada no cateterismo, além de não ser um método invasivo, ter custo mais baixo e possibilitar a detecção de outros problemas cardíacos. **Objetivos:** Avaliar a relação da estimativa da PSAP através do ecocardiograma frente ao método diagnóstico áureo medida da PMAP, mensurada pelo cateterismo cardíaco nos pacientes submetidos a transplante hepático no Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHSCMPA). **Materiais e Métodos:** estudo transversal com revisão retrospectiva de 258 prontuários de 249 pacientes submetidos a transplante hepático no CHSCMPA no período de fevereiro de 2002 a abril de 2009. Foram excluídos 9 prontuários de pacientes que foram a retransplante. Aprovado pelo comitê de ética do hospital. Os dados utilizados para análise foram (1) os valores da PMAP mensurados através da cateterização da artéria pulmonar por cateter de Edwards pelo cateterismo cardíaco em repouso realizado durante o transplante hepático e (2) os valores da PSAP estimada através do ecocardiograma, que foi realizado em um período de 06 a 12 meses antes do transplante hepático. **Resultados:** Dos 249 pacientes, 64,3% (n=160) eram do sexo masculino e a idade média foi de 53,32 anos. De maneira que, 12% (n=30) apresentaram no cateterismo PMAP > 25 mmHg em repouso, sendo que desses, apenas 6,7% (n=2) poderiam ter sido diagnosticados como portadores de HAP pelo ecocardiograma realizado no momento em que os pacientes foram listados. A PMAP média da amostra foi de 20,55 mmHg e a PSAP média foi 27,39 mmHg. O resultado contraria as evidências atuais da correlação positiva da estimativa da PSAP estimada pelo ecocardiograma com a PMAP medida pelo cateterismo cardíaco. Entretanto, tais resultados devem-se ao fato de que o ecocardiograma não foi realizado no mesmo período que o cateterismo cardíaco, ou seja, entre o intervalo de um

e outro exame os pacientes podem ter desenvolvido HAP em consequência da evolução da doença hepática. **Conclusão:** Tendo em vista os resultados desse estudo, conclui-se que a estimativa da PSAP através do ecocardiograma perde seu valor diagnóstico ao compararmos com PMAP em tempos diferentes. Dessa forma, sugerindo, uma possível, subestimação da prevalência de HAP mediante os resultados de avaliação inicial ecocardiográfica de pacientes listados para transplante hepático.

PO338 A CORRELAÇÃO DA SÍNDROME HEPATO-PULMONAR COM O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DA CIRROSE HEPÁTICA EM PACIENTES LISTADOS PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO NO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE.

FERNANDA WALTRICK MARTINS; LUCAS JESUS DE MEDEIROS; EDUARDO GARCIA; TAIANE FRANCIELI REBELATTO; RANGEL OLSEN DE CARVALHO

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME HEPATOPULMONAR; CIRROSE; TRANSPLANTE HEPÁTICO

Introdução: A síndrome hepatopulmonar (SHP) é caracterizada pela associação de doença hepática (e/ou hipertensão portal), dilatações vasculares intrapulmonares e anormalidades da oxigenação arterial (pressão parcial de oxigênio <70 mm Hg ou gradiente alvéolo-arterial de oxigênio >15 mm Hg). A cirrose hepática de diversas etiologias é a responsável por mais de 90% dos casos de SHP e o transplante hepático é predominante como forma de tratamento efetivo. Entretanto, fatores etiológicos não foram bem definidos para explicar o desenvolvimento de SHP. **Objetivos:** Correlacionar a prevalência de SHP com o diagnóstico etiológico da cirrose hepática em pacientes listados para transplante hepático no Serviço de Hepatologia do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. **Métodos:** Estudo transversal com revisão retrospectiva dos prontuários de pacientes listados para transplante hepático no Complexo Hospitalar Santa casa de Porto Alegre. Foram excluídos todos os pacientes que tiveram os dados incompletos para o cálculo da prevalência de SHP, de modo que o contingente de pacientes foi de 90. Os pacientes foram separados em dois grupos: com diagnóstico de SHP e sem diagnóstico de SHP. **Resultados:** Dos 90 indivíduos selecionados, 29 foram diagnosticados com SHP, estabelecendo uma prevalência de 32,2%. Separamos, então, dois grupos: 61 pacientes sem o diagnóstico de SHP e 29 pacientes com o diagnóstico. Dentre os 61 indivíduos, 40 apresentaram cirrose hepática por Vírus C (65,6%) e 17 por álcool (27,9%), ambos isoladamente ou em associação com outras etiologias. Dentre os diagnosticados com SHP (29 indivíduos), 8 pacientes apresentaram cirrose hepática por Vírus C isoladamente (27,5% de prevalência), 8 pela associação de Vírus C e álcool (27,5%), 2 pela associação de Vírus C e hemocromatose (6,9%), 2 por álcool isoladamente (6,9%), 2 por cirrose criptogênica (6,9%), 2 por cirrose auto-imune (6,9%), 2 por Vírus B isoladamente (6,9%), 1 por colangite esclerosante (3,4%), 1 por hemocromatose isoladamente (3,4%) e 1 pela associação de Vírus C e Vírus B (3,4%). Assim, o total de indivíduos com diagnóstico etiológico de Vírus C, isoladamente ou em associação com outras etiologias, foi de 19 (65,5%) e, da mesma forma, para o álcool o total foi de 10 indivíduos (34,4%). **Conclusão:**

Na amostra não diagnosticada com SHP (61 pacientes) e na amostra com SHP (29 pacientes) a prevalência foi para o vírus C de 65,6% e de 65,5%, respectivamente, e para o álcool de 27,9% e 34,4%, respectivamente. Assim, podemos inferir que os principais fatores etiológicos, vírus C e álcool, não atuam como preditores independentes para o desenvolvimento de SHP, uma vez que a prevalência dessas etiologias foi muito semelhante nos dois grupos avaliados. Da mesma forma, não há implicações quanto ao desenvolvimento de dilatações intrapulmonares ou de hipóxia arterial.

PO339 HIPERTENSÃO PORTOPULMONAR COM MELHORA APÓS TRANSPLANTE – RELATO DE CASO

MAURO SÉRGIO KREIBICH1; ROGER PIRATH RODRIGUES2; GRAZIELA PELUZO ALBA3; NICOLE LUEBKE MARTINEZ4; LIDIANE CRISTINA NITSCHKE5; PEDRO SILVA6; RAFAELA MAMUS CORREA7; TIAGO MARTINI8

1,2.HOSPITAL DO PULMAO, BLUMENAU, SC, BRASIL; 3,5,6,7,8.HOSPITAL SANTA ISABEL, BLUMENAU, SC, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PORTO-PULMONAR; TRANSPLANTE FIGADO; HIPERTENSÃO PULMONAR

Introdução: A hipertensão porto-pulmonar foi descrita pela primeira vez em 1981, classificado na época como um subtipo de hipertensão pulmonar primária, sendo reconhecida como secundária em 1993, recebendo o nome de hipertensão portopulmonar (HPP). Não há um consenso sobre qual seria o melhor tratamento para essa afecção, o transplante hepático ainda permanece uma terapia incerta. **Objetivos:** O presente trabalho tem por finalidade a descrição de um caso de melhora da HPP em paciente submetido a transplante hepático (TH). **Métodos:** Revisão de caso em prontuário e da literatura na base de dados do Medline. **Resultados:** E.E.G, 57 anos, Paciente foi encaminhado a este serviço para realização de transplante hepático e renal. Revela ser portador de hepatite por vírus B evoluindo com cirrose hepática. Hipertenso com insuficiência renal crônica, realizando hemodiálise desde setembro/2008. Na primeira internação em 25/05/09 (exames para transplante) há 1 ano em uso de sildenafíl 50mg/dia. Relatando dispnéia aos moderados esforços, com ausculta pulmonar revelando MV presente, com roncos á direita. CATE mostrando uma pressão média da artéria pulmonar (PSAP) de 42mmHg (67/29). Em 05 de janeiro de 2010, foi submetido a transplante duplo hepático/renal. Na mesma noite foi extubado, estando hemodinamicamente estável, sem a necessidade de drogas vasoativas. Após dois dias do transplante já estava respirando em ar ambiente e evoluindo com melhora da dispnéia. Paciente se recusou a fazer novo CATE, mas o ecocardiograma de 25/02/2010 demonstrou pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) de 39mmHg. Foi optado então por retirar sildenafíl e repetir ecocardiograma em 3 meses que mostrou ausência de aumento da PSAP. **Conclusão:** Muitos estudos relacionados ao tratamento da hipertensão portopulmonar estão sendo publicados e discutidos nestes últimos anos, mas atualmente tem crescido o número de estudos relacionados ao tratamento da hipertensão portopulmonar como grupo específico. Mesmo assim ainda não houve um consenso sobre qual seria o tratamento mais indicado para essa patologia. Pela recomendação de especialistas o transplante seria contra-indicado neste paciente.

P0340 QUANDO A HIPERTENSÃO PULMONAR SECUNDÁRIA À TUBERCULOSE DEVE SER TRATADA COM DROGAS VASODILATADORAS ESPECÍFICAS?: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA.

ANA MARIA CASATI NOGUEIRA DA GAMA; BEATRIZ DALCOLMO DE ALMEIDA LEÃO; VITOR DE ARAUJO SOARES; HEIDE SHIHO NAGATANI FEITOZA; CALIPSON TADEU NOGUEIRA DA GAMA
UFES, VITÓRIA, ES, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPERTENSÃO PULMONAR; TUBERCULOSE PULMONAR; SILDENAFILA

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença muito freqüente no Brasil e ocupa a 18ª posição no ranking mundial em notificação de casos novos. Por atingir principalmente o parênquima pulmonar pode deixar seqüelas graves, como cavernas, atelectasias e fibrose, fato que contribui para o surgimento de outras comorbidades, como a Hipertensão Pulmonar (HP). **Objetivos:** relato de caso de uma mulher, de 24 anos, casada, do lar, que há 9 meses iniciou quadro de dor torácica tipo pleurítica, de forte intensidade, febre baixa vespertina, dispnéia aos grandes esforços, tosse produtiva e anasarca. Na HPP havia relato de TB tratada aos 9 anos. Nega internações prévias, HAS, DM ou outras comorbidades. Nega etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas ou anorexígenos. No exame físico apresentava-se em bom estado geral, edema generalizado, sem alterações em abdome ou aparelho cardiovascular. Na ausculta respiratória o MV era rude em HTE com sopro tubário em base pulmonar esquerda e sibilos difusos, FR: 24 irpm, sem esforço ventilatório. Diagnosticada como TB pulmonar, submeteu-se a tratamento padrão por 06 meses, com melhora dos sintomas, exceto pela persistência da dispnéia e do edema. **Métodos:** Consulta médica de acompanhamento, análise de prontuário médico, exames laboratoriais e de imagem. **Resultados:** Prosseguiu-se a investigação da dispnéia e edema com exames de imagem mais específicos. O Ecocardiograma evidenciou aumento das câmaras direitas e pressão média da artéria pulmonar (PMAP) de 86 mmHg. A TC tórax mostrou amplo comprometimento pulmonar, com múltiplas áreas de atelectasia e fibrose, além de uma redução importante de parênquima pulmonar. O cateterismo direito revelou PMAP de 65 mmHg além de aumento da resistência vascular pulmonar (RPT) 13,20 W. O teste da vasoreatividade (sildenafil 50mg) foi positivo mostrando queda da RPT de 33%, embora não atingisse valores pressóricos menores que 40 mm Hg. Foi confirmado a Hipertensão Pulmonar Classificação 3 (associada com doenças pulmonares e/ou hipoxemia). 2 Atualmente a paciente está em uso de sildenafil (60mg/dia) e furosemida, com melhora importante dos sintomas saindo da classe funcional III para II. **Conclusão:** Em decorrência de 2 episódios de tuberculose, a paciente apresenta sério comprometimento estrutural e funcional pulmonar, o que a levou a um quadro de hipoxemia persistente, promovendo um remodelamento da vasculatura, levando a HP. Hoje, existem múltiplas drogas para o tratamento da HP que podem ser usadas, mas ainda não existe um tratamento padrão e nenhum estudo comprovou benefícios para este tipo de HP e qual seria o melhor esquema terapêutico. Entretanto o uso do sildenafil tem mostrado bons resultados, com melhora do desempenho funcional cardíaco e pulmonar, além da redução dos sintomas, mesmo em pacientes que

não apresentam positividade ao teste de vaso-reatividade durante o cateterismo direito.

P0341 HIPOCRATISMO DIGITAL: AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA DAS PARTES MOLES SUB-UNGUEAIS.

ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; NELSON DA SILVA PORTO; JANE ULBRICH KULCZYNSKI

PAVILHÃO PEREIRA FILHO-SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPOCRATISMO DIGITAL; BAQUETEAMENTO DIGITAL; CLUBBING

Objetivos: Apresentar um método destinado a avaliar e mensurar o aumento das partes moles sub-ungueais em imagens radiográficas dos dedos indicadores as alterações estruturais que ocorrem no Hipocratismo Digital. Essa avaliação foi realizada através da mensuração "in vivo" da espessura das partes moles sub-ungueais em pacientes com Hipocratismo e indivíduos normais, sem o sinal. **Métodos:** Imagens radiográficas foram obtidas do perfil de dedos indicadores que eram colocados diretamente sobre o filme, a uma distância foco-filme de 1,0 metro, sem a interposição de grade anti-difusora. Sobre as imagens obtidas mediu-se a espessura entre a base da unha e a falange, bem como o ângulo hiponiquial (medida realizada por três diferentes investigadores). O método foi aplicado a 85 pacientes, todos clinicamente portadores de Hipocratismo digital (e com ângulo hiponiquial maior que 192,0°) e a 100 indivíduos normais, sem hipocratismo clínico (e com valor de ângulo hiponiquial inferior a 188,0°). **Resultados:** A espessura das partes moles sub-ungueais nos 85 pacientes com Hipocratismo digital mediu 3,91 ± 0,55 mm (3,00 - 5,50 mm) e nos 100 indivíduos normais, o valor foi de 2,38 ± 0,27 mm (1,75 - 3,10 mm) - uma diferença significativa (p < 0,001). Em somente dois dos casos normais a espessura das partes moles sub-ungueais foi igual ou superior a 3,0 mm, sem discordância entre as medições (p > 0,900). **Conclusão:** A avaliação radiográfica da espessura das partes moles sub-ungueais foi facilmente efetuada, com excelente concordância inter e intra-observadores. Através desse método, o aumento dos tecidos moles sub-ungueais foi objetivamente documentado em dedos de indivíduos com hipocratismo digital.

P0342 HIPOCRATISMO ASSIMÉTRICO: AVALIAÇÃO CLÍNICA E MEDIDAS OBJETIVAS DOS DEDOS INDICADORES DE PACIENTES PORTADORES DE FÍSTULA ARTERIOVENOSAS PARA HEMODIÁLISE

MANUELA ARAÚJO CAVALCANTI¹; JOSÉ DA SILVA MOREIRA²; LUCIANO GOLDANI³; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA⁴

1,2,4.PAVILHÃO PEREIRA FILHO-SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.SERVIÇO DE NEFROLOGIA-SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIPOCRATISMO DIGITAL; BAQUETEAMENTO DIGITAL; FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Objetivos: verificar, através de exame clínico e medidas objetivas, a ocorrência de possíveis alterações anatômicas indicativas de Hipocratismo Digital nos dedos das mãos do antebraço de pacientes com fístula para hemodiálise por falência renal. **Métodos:** O exame clínico das extremidades foi executado e o ângulo hiponiquial (HA) e a relação falangeana distal / interfalangeana foram determinados sobre imagens da sombra perfil de dedos indicadores de ambos os membros superiores em 64 pacientes com fístula

arteriovenosa (FAV) para o tratamento de hemodiálise e em 62 indivíduos normais. **Resultados:** Nos pacientes, os valores encontrados ao lado da fistula foram significativamente superiores aos verificados nos seus membros contralateral, e também maiores do que os observados em dedos dos controles normais (respectivamente, $187,5 \pm 6,0^\circ$ vs $182,1 \pm 5,0^\circ$ e $180,5 \pm 4,7^\circ$ para o HA, $p < 0,001$, $0,922 \pm 0,057$ vs $0,897 \pm 0,054$ e $0,900 \pm 0,049$ para a relação falangeana distal/interfalangeana, $p < 0,05$). Em oito pacientes a relação foi superior a 1.000 para o lado da fistula, mas nenhum caso de Hipocratismo foi claramente identificado no exame físico. Não foram observadas diferenças entre os dedos de posição dominante e não dominante dos membros superiores de indivíduos normais. **Conclusão:** As medidas objetivas realizadas em projeções da sombra de dedos indicadores de pacientes em tratamento de hemodiálise foram indicativas, pelo menos, da presença de Hipocratismo incipiente no lado da fistula arteriovenosa. Tais **Resultados** poderiam ser exploradas em estudos de fisiopatologia.

P0343 DERMATOMIOSITE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS PULMONARES

GLADIS I YAMPARA; NICOLAU PEDRO MONTEIRO; GRAÇA HELENA M DO CANTO TEIXEIRA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DERMATOMIOSITE; PNEUMONIA INTERSTICIAL NÃO ESPECÍFICA; NEOPLASIA PULMONAR

Introdução: A dermatomiosite (DM) é uma doença multissistêmica de etiologia desconhecida caracterizada por fraqueza muscular proximal, degeneração da célula muscular e alterações cutâneas patognomônicas. Entre as doenças pulmonares mais associadas estão doenças intersticiais e paraneoplásicas. **Objetivos:** Estudar esta entidade e as doenças pulmonares mais acometidas. **Métodos:** Estudo de 2 pacientes com diagnóstico histopatológico de DM, analisando-se os sintomas clínicos, aspectos radiográficos e histopatologia, tratamento e prognóstico. **Resultados:** Relato de Casos de 2 pacientes com doenças pulmonares diferentes relacionados a DM. **Caso 1:** Mulher de 49 anos, negra, comerciante, natural de RJ. Em janeiro 2009 relatava tosse seca e dispnéia progressiva há 2 anos, com piora nos últimos 6 meses. Apresentava componente alérgico importante. Hipertensa. Ex-tabagista e estilista social. Morava em casa de ambiente úmido, sem animais de estimação. Ao Exame: Regular estado geral, taquipnéica, afebril, obesa. Face com lesões poiquilodérmicas e áreas despigmentadas. MV difusamente diminuído com estertores em velcro nas bases. Mãos e cotovelos com pápulas de Gottron. Exames: Hemograma normal. Bioquímica com elevação de enzimas musculares, FAN positivo, anticorpo-antiperoxidase positivo. Espirometria: Distúrbio restritivo leve. Exame de imagens: Rx de tórax e TCAR com infiltrado intersticial bilateral e áreas de faveolamento bi-basais. Realizada biópsia pulmonar e de pele compatível com pneumonia intersticial não usual (NSIP) e dermatomiosite. Não obtendo melhora clínica com imunossuppressores (corticóides+azatioprina) evoluiu para o óbito 4 meses após. **Caso 2:** Homem de 60 anos, branco, segurança, natural do RJ. Em abril de 2009 referia dispnéia, tosse seca, dor torácica, perda ponderal de 10 kg e lesões cutâneas pruriginosas em face e tórax. Apresentou piora dos sintomas evoluindo com rouquidão e fraqueza muscular proximal. História familiar de neoplasias. Estilista social. Ao exame: Bom estado geral. Presença de eritrodermia em face,

além de heliótropa e pápulas de Gottron nos membros. MV difusamente diminuído com predomínio em bases. Abdomen com hepatomegalia. Exames: hemograma com anemia normocrômica e microcítica, e leucopenia. Fosfatase alcalina 178U/L, LDH 511U/L, CKMB 34U/L. Anti-HIV e sorologia para hepatite B e C negativos. Rx e TC de tórax revelaram massa pulmonar periférica à esquerda, múltiplos nódulos, derrame pleural à direita e alargamento do mediastino. USG abdominal com hepatomegalia e múltiplos nódulos. Espirometria com distúrbio obstrutivo leve. Biópsia da massa pulmonar e pele foram compatíveis com carcinoma pouco diferenciado e dermatomiosite. Obteve melhora clínica e das lesões cutâneas pós-tratamento oncológico. **Conclusão:** Segundo a literatura e os casos clínicos vivenciados os autores concluem que a DM associada a DPI tem um pior prognóstico quando comparado a associação de DM paraneoplásica.

P0344 NÓDULOS PULMONARES EM PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE

FERNANDO MACIEL BARBOSA¹; JÚLIA TORELLA GUEDES²; DANIELLA DINIZ NASCIMENTO³; CAROLINA ZORZANELLI COSTA⁴; JULIANA MARKUS⁵; ROBERTO RANZAG⁶; BEN HUR BRAGA TALIBERT⁷; THULIO MARQUEZ CUNHA⁸

^{1,2,3,4,5,6,7}UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; ⁸UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/UNIFESP, UBERLÂNDIA/SAO PAULO, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NÓDULOS REUMATÓIDES; ARTRITE REUMATÓIDE; NÓDULOS PULMONARES

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é um processo auto-imune sistêmico caracterizado por sinovite crônica simétrica erosiva. O caráter generalizado se estabelece pelo envolvimento visceral que pode acompanhar a artrite. O nódulo reumatóide (NR) é apresentação rara, no entanto é a única manifestação pulmonar específica para AR. Em algumas séries compreendem até 12% dos pacientes com acometimento pulmonar. **Relato de Caso:** MFM, feminino, 52 anos, com diagnóstico de AR há 30 anos, tratamento regular há 10 anos com Metotrexate 15mg/semana e Leflunomide 20mg/dia, com adequado controle da doença. Apresentou, em avaliação ocasional achado de múltiplos nódulos pulmonares em Rx de tórax, confirmados por TC de tórax, mas no momento assintomática. Evoluiu com febre intermitente, tosse produtiva com secreção escurecida, hemoptise discreta/moderada, dispnéia aos moderados esforços e perda ponderal. À avaliação apresentava roncos e sibilos suaves e difusos à ausculta pulmonar e articulações metacarpofalangeanas com desvio ulnar, mas sem sinais flogísticos. TC alta resolução de tórax mostrou múltiplos nódulos pulmonares predominantemente na periferia, de tamanhos variados, alguns com necrose central, em número superior em relação ao primeiro exame. PFP com distúrbio ventilatório restritivo leve. Biópsia pulmonar a céu aberto evidenciou inflamação granulomatosa necrosante compatível com NR, sem sinais de malignidade. Pesquisas e culturas para BK e fungos em escarro e material de biópsia negativas. **Discussão:** Manifestações extra-articulares na AR em geral associam-se a altos títulos de fator reumatóide e pior prognóstico articular. O envolvimento pulmonar é condição heterogênea e frequentemente grave, com profundo impacto no bem estar e na sobrevida dos pacientes. NR pulmonares são formas raras de apresentação, acometem mais os homens e são em geral assintomáticos.

Representam desafio diagnóstico, se localizam em regiões subpleurais ou juntos a septos interlobulares e à biópsia são vistos como áreas de necrose fibrinóide circundadas por células mononucleares em paliçada envolvidas por linfócitos. A etiopatogenia é desconhecida, mas pode estar relacionada a vasculite por deposição de imunocomplexos. NR são incomuns em pacientes sem artrite, podem ser identificados por Rx (0,2%) ou TC tórax (4%) e devem ser diferenciados de neoplasias, doenças pulmonares prévias, infecções secundárias à imunossupressão ou pneumopatias secundárias a drogas. Podem surgir mesmo em pacientes clinicamente sem atividade de doença, em geral com bom prognóstico, recuperação espontânea e sem complicações. Trata-se de paciente com apresentação clínica incomum, que manifestou NR pulmonar sintomática mesmo estando em remissão clínica da AR, necessitando terapia imunossupressora com ciclofosfamida intravenosa para controle dos sintomas e recuperação da capacidade funcional.

PO345 SEQUESTRO BRONCOPULMONAR: UM DIAGNÓSTICO QUE DEVE SER AVENTADO NA PRÁTICA CLÍNICA

EDUARDO ANTONIO CARDOSO¹; GERALDO MESSIAS SANTOS DA SILVA²; KEILA MEDEIROS MAIA SILVA³; FELIPE AMORIM ZAROUR⁴; KARIME NADAF DE MELO SCHELINIS⁵; LUCAS MACHADO CORSO⁶; GILMAR ANTONIO COELHO DAMIN⁷

1,2,3,4,5,6.UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL; 7.UNIC, CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SEQUESTRO BRONCOPULMONAR; INFILTRADO PULMONAR; RAIO X

Introdução: O Sequestro Broncopulmonar é uma malformação congênita pouco frequente representando de 0,5% a 6% de todas as malformações pulmonares em que uma porção de tecido pulmonar não apresenta comunicação com a árvore brônquica normal. O suprimento sanguíneo se faz por uma artéria sistêmica anômala, originada da aorta ou, menos frequentemente, de seus ramos. A drenagem venosa pode ser realizada por veias pulmonares ou veias sistêmicas, como do sistema ázigos ou hemiázigos. Há duas formas descritas: intralobar e extralobar. Na primeira forma, a região pulmonar anômala está incorporada ao parênquima pulmonar normal, compartilhando o mesmo envoltório pleural visceral. Na segunda forma, o pulmão anômalo apresenta envoltório pleural próprio, geralmente em íntima proximidade com o pulmão normal, mas, eventualmente, abaixo do diafragma. Seu diagnóstico normalmente se dá por achados radiológicos ocasionais e a manifestação clínica mais frequente quando presente consiste em infecções pulmonares de repetição. **Objetivos:** Relatar um caso de Sequestro Broncopulmonar em que a manifestação inicial foi de sibilos e hemoptise com infiltrado alveolar no RX sendo que tal diagnóstico não foi aventado em nenhum momento pela equipe médica que acompanhou o paciente. **RELATO DO CASO:** Trata-se de um paciente de 31 anos que inicialmente apresentou sibilos, dispnéia leve e tosse com hemoptise discreta, sem outras crises de broncoespasmo no passado. Nega ainda tosse com expectoração, dor torácica e febre. Nega alergias. No trabalho permanece a maior parte do tempo em movimento, porém não pratica atividades físicas. Nega alterações de MMII. Nega antecedentes de HAS, DM2, tuberculose e pneumonias. Nega tabagismo. Ao exame chamava atenção MV com estertores crepantes em base pulmonar direita. Rx de tórax sendo constatado discreto

aumento da densidade posterior no perfil. Relatou novo episódio de hemoptise 3 dias após o início dos sintomas com PCR=0,3; VHS=3mm; 6400 leucócitos, função renal normal, espirometria normal com TC de tórax mostrando área de opacidade em vidro fosco no segmento basal posterior do LID, sugestivo de processo inflamatório, realizou Broncoscopia com LBA negativo para células neoplásicas, BAAR e fungos e biópsia transbrônquica com moderado infiltrado linfo-plasmocitário compatível com PNM intersticial usual. Aventado hipótese de vasculite pulmonar (LES, Síndrome de Goodpastor, Granulomatose de Wegner e Capilarite Pulmonar idiopática), porém paciente apresentou p-ANCA, FAN e c-ANCA negativos. O paciente permaneceu estável clinicamente com solicitação Angiotomografia revelando vaso anômalo partindo a aorta abdominal para o pulmão direito, confirmando o diagnóstico de Sequestro Broncopulmonar. Atualmente o paciente mantém-se assintomático. **Conclusão:** Embora pouco frequente e de espectro clínico variável o Sequestro broncopulmonar deve ser aventado como diagnóstico diferencial em pacientes com infiltrado pulmonar no RX.

PO346 SÍNDROME DE MOUNIER-KÜHN: RELATO DE CASO

MARIA LOURDES FRANCESCON BARROSO; ANGELA SAUTER DALBEM; JONATHAN SANTOS FEROLDI SOUZA; KARINA ALMEIDA VIEIRA; KIM BÄMINGER OLIVEIRA; LORENZA ROSA SILVÉRIO SILVA; REGINA NISHITANI; CLOVIS BOTELHO

UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME MOUNIER-KÜHN; BRONQUIECTASIAS; TRAQUEOBRONCOMEGALIA

Introdução: A Síndrome de Mounier-Kühn (SMK) ou traqueobroncomegalia é uma doença rara, prevalente na terceira e quarta décadas de vida e de etiologia desconhecida. Caracteriza-se por dilatação da traqueia e dos brônquios principais, gerando um mecanismo de tosse ineficiente, impedindo o correto funcionamento do clearance mucociliar, que associado ao acúmulo de secreção, favorece a instalação de pneumonias de repetição e bronquiectasias. **Objetivos:** Descrever um caso clínico de Síndrome de Mounier-Kühn. **Métodos:** Revisão de prontuário e literatura. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 48 anos, leucoderma, ex-tabagista (carga tabágica: 15 anos-maço), diagnosticado com Bronquiectasia Cística Difusa. Possui história de infecções pulmonares de repetição, dispneia progressiva e tosse produtiva crônica há 21 anos. Há 3 anos faz uso de oxigenoterapia domiciliar devido comprometimento extenso da doença. Atualmente, encontra-se hospitalizado para tratamento de novo processo de infecção respiratória. Ao exame, encontra-se emagrecido, com fácies hipocrática, taquicárdico e taquidispnéico. A avaliação funcional mostra: VEF1 de 2,43L (pré-BD) correspondendo a 67,5% do previsto e tiffeneau de 103,0% do previsto, sem resposta ao BD. Apresenta sinais de Cor Pulmonale e disfunção contrátil de VD moderada. Na angiotomografia observa-se bronquiectasias difusas pelos campos pulmonares, com perda do parênquima e da arquitetura pulmonar habitual, além de alargamento de traqueia e dos brônquios principais direito e esquerdo, cujos diâmetros encontrados foram os descritos na literatura para diagnóstico da SMK. **Conclusão:** Por ser uma doença incomum e pouco descrita na literatura, torna-se fundamental o relato dos raros casos encontrados. O fato de apresentar sintomatologia inespecífica e/ou relacionada com

outras patologias dificulta o diagnóstico da SMK, contudo, embora rara, é um diagnóstico diferencial a ser considerado quando há história de infecções respiratórias recorrentes e dispnéia progressiva, ainda mais se forem observados sinais, mesmo na própria radiografia simples de tórax, de dilatação da árvore traqueobrônquica. Esta dilatação está relacionada à ausência, atrofia ou escassez de fibras elásticas e musculares da traqueia e dos brônquios principais. Os sintomas são inespecíficos: tosse produtiva, ocasionalmente com escarro hemoptoico e dispnéia progressiva que pode resultar em insuficiência respiratória. O diagnóstico é feito através de métodos por imagem, tendo como parâmetros tomográficos um diâmetro de traqueia, brônquio principal direito e esquerdo maiores ou iguais a 3,0 mm, 2,0 mm e 18mm, respectivamente.

PO347 RELATO DE CASO: SCHWANNOMA EM PACIENTE ASMÁTICA

FÁBIO JOSÉ FABRICIO DE BARROS SOUZA¹; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO²; GERALDINE MACIEL GUIMARÃES³; AYAKA YAMANE⁴

^{1,2,3}.HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL; ⁴.UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE, CRICIÚMA, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SCHWANNOMA; ASMA; TOMOGRAFIA

Introdução: As células de Schwann, das quais derivam os tumores benignos denominados schwannomas ou neurilemomas, são estruturas especializadas presentes no axônio. Os schwannomas geralmente são tumores de caráter benigno e crescimento lento, podendo a sintomatologia ser devido à compressão de estruturas vizinhas. **Objetivos:** descrever um caso de schwannoma em paciente asmática. **Material e Métodos:** relato de caso. **Resultados:** Paciente P.G.O.S, 26 anos, branca, feminina, procurou atendimento no ambulatório de pneumologia por leve dispnéia atribuída à asma diagnosticada no passado (não vinha em uso de tratamento recente) e desconforto torácico à direita em região posterior do tórax que vem piorando nos últimos 10 dias. Ao exame físico apresentava dor torácica na inspiração profunda e na ausculta pulmonar sibilos bilaterais. **Espiometria:** distúrbio ventilatório obstrutivo leve com resposta ao broncodilatador. No radiograma torácico foi evidenciado um aspecto nodular em região inferior do tórax à direita, melhor visualizado em perfil. A tomografia computadorizada de tórax demonstrou lesão nodular hipodensa com densidade de partes moles e leve realce heterogêneo ao contraste bem delimitada localizada no segmento superior do lobo inferior direito. A ressonância magnética demonstrou uma massa paravertebral direita (4,3x2,9x3,0), sem invasão óssea. A paciente iniciou com formoterol 12 mcg e budesonida 400mcg de 12 em 12 horas, com alívio dos sintomas e melhora da função pulmonar. Foi, então, posteriormente submetida a cirurgia, comprovando por anatomopatológico um schwannoma benigno. A paciente evolui bem após a cirurgia e apresenta atualmente função pulmonar normal. **Conclusão:** Este caso foi de uma paciente que associou os sintomas à asma, acreditando que o desconforto torácico seria atribuído à falta de tratamento da doença. Além de ser asmática apresentava um schwannoma comprovado pela patologia de caráter benigno (como em 98% dos casos).

PO348 ADENOCARCINOMA PULMONAR COM PADRÃO RADIOLÓGICO SIMULANDO DOENÇA PULMONAR GRANULOMATOSA

CAROLINE NAPPI CHAVES¹; ALEXANDRE DE MELO KAWASAKI²; LETICIA BARBOSA KAWANO-DOURADO³; TERESA YAE TAKAGAKI⁴; RODRIGO CARUSO CHATE⁵; MAURO CANZIAN⁶; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO⁷; RONALDO ADIB KAIRALLA⁸

^{1,2,3,4,5,7,8}.FACULDADE DE MEDICINA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; ⁶.INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) FACULDADE DE MEDICINA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ADENOCARCINOMA; NÓDULOS PULMONARES; TOMOGRAFIA

Introdução: A apresentação multinodular difusa de adenocarcinoma pulmonar metastático é rara. E sua evolução para opacidades/massas centrais é ainda mais atípica. Radiologicamente, esta apresentação sugere doenças granulomatosas o que pode dificultar o diagnóstico e início do tratamento específico. Os diagnósticos diferenciais mais importantes são silicose, sarcoidose, paracoccidioidomicose, metástases linfáticas de neoplasias não pulmonares. **Caso clínico:** Paciente masculino, 51 anos, história de um ano de dispnéia progressiva, e tosse seca. Exposição ocupacional à metais e domiciliar a mofo, sem história de tabagismo. Radiografia evidenciava opacidades nodulares difusas bilaterais e TC de tórax massa lobulada em LSD com tração pleural e múltiplos nódulos sólidos bilaterais de distribuição linfática. Primeira biópsia transtorácica, realizada em outro serviço, diagnosticou hiperplasia folicular linfóide multinodular envolvendo interstício peribroncovascular e septal. Houve, em 6 meses, progressão do quadro clínico com astenia, piora da dispnéia e perda ponderal associada apesar do tratamento. Nova TC de tórax mostrou aumento e coalescência dos nódulos, formando massas parenquimatosas de distribuição medular. Em nenhum momento, evidenciou-se acometimento pleural como derrame ou espessamento, ou linfonodal importante. Em nova biópsia transtorácica foi diagnosticado adenocarcinoma bem diferenciado de pulmão, de padrão misto com componente bronquiolo-alveolar predominante e focos de componente acinar. Não foram encontradas metástases não pulmonares em investigação sequencial e paciente encontra-se em tratamento quimioterápico com carboplatina e paclitaxel. **Discussão:** A doença multinodular do pulmão pode representar um desafio diagnóstico ao pneumologista, pois pode indicar doenças de diferentes intervenções terapêuticas. Esta apresentação radiológica tumoral, sugeria como principais diagnósticos diferenciais paracoccidioidomicose, silicose e sarcoidose não fosse a massa identificável apenas na primeira TC. A hiperplasia folicular linfóide é inespecífica e reacional e sendo diagnosticado provavelmente foi devido a amostragem não representativa das lesões. Situação que atrasou o diagnóstico final. Adenocarcinoma de pulmão é uma neoplasia com várias formas de apresentação, agressividade e histologia. O subtipo bronquiolo-alveolar é característico, de baixa agressividade, e radiologicamente associado a opacidades em vidro-fosco nodulares ou parenquimatosas ausentes nas imagens do caso. O componente de adenocarcinoma acinar, apresenta comportamento mais invasivo e deve

justificar a distribuição linfática das metástases pulmonares. O tratamento nos casos multifocais é quimioterápico, com resposta incerta.

P0349 EFEITOS DA APLICAÇÃO DE CPAP E DE DIFERENTES DECÚBITOS SOBRE A DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DA VENTILAÇÃO PULMONAR EM INDIVÍDUOS SÁDIOS AVALIADA POR TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA.

CARLOS AUGUSTO BARBOSA DA SILVEIRA BARROS¹; MARCELO SILVEIRA MATIAS²; LIÉGINA SILVEIRA MARINHO³; LUANA MONTEIRO TORRES⁴; NATHÁLIA PARENTE DE SOUZA⁵; MARCELO A. BERALDO⁶; MIRIZANA ALVES DE ALMEIDA⁷; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA⁸

1,2,3,4,5,7,8.UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TOMOGRAFIA DE IMPEDÂNCIA ELÉTRICA; VENTILAÇÃO PULMONAR REGIONAL; DECÚBITOS

Introdução: Os efeitos da aplicação de CPAP sobre a ventilação pulmonar regional e a influência de diferentes decúbitos e portanto da gravidade neste processo ainda não foram elucidados. É provável que a tomografia de impedância elétrica (TIE), uma técnica capaz de obter imagens de uma secção transversal do corpo baseado na diferença de impedância elétrica de cada tecido em tempo real possa demonstrar as alterações da ventilação pulmonar regional, dependentes da variação dos decúbitos e da aplicação de CPAP. **Objetivos:** Avaliar o impacto da aplicação de CPAP combinada a adoção de diferentes decúbitos, sobre a distribuição da ventilação pulmonar regional, em voluntários sádios, através da tomografia de impedância elétrica. **Métodos:** Este foi um estudo do tipo aplicado, experimental, quantitativo e transversal. Realizou-se cinco experimentos, registrando o padrão ventilatório de voluntários sádios, nas posições de decúbito dorsal, ventral e laterais direito e esquerdo, durante respiração espontânea sem e com a aplicação de CPAP de 10cmH₂O por 10 minutos, através da TIE. A imagem do tórax obtida pela TIE foi dividida em 4 quadrantes para avaliação da distribuição regional da ventilação: direito e esquerdo e dependente e não-dependente da gravidade. **Resultados:** A tabela 1 mostra a média das porcentagens da distribuição da ventilação pulmonar nas regiões dependente e não-dependente, nos quatro decúbitos. A região dependente, nos decúbitos laterais, apresentou uma variação na ventilação significativamente maior do que a região não-dependente. A aplicação de CPAP aumentou relativamente a ventilação na região dependente em todos os decúbitos, exceto no decúbito lateral direito. **Conclusão:** A distribuição da ventilação foi dependente da gravidade (influenciada pelo decúbito) tanto sem, quanto durante a aplicação de CPAP, sobretudo quando adotados decúbitos laterais. A aplicação de CPAP resultou em alterações na distribuição da ventilação, aumentando-a na região dependente. O uso da TIE permite avaliar os efeitos da variação de decúbitos e da aplicação de CPAP sobre a distribuição regional da ventilação.

P0350 RECONSTRUÇÃO EM 3D. NOVO MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DAS MALFORMAÇÕES PULMONARES.

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR¹; EDUARDO IWANAGA LEAO²; RENATO DE OLIVEIRA³; ERIKA RYMKIEWICZ⁴

1,3,4.UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MALFORMAÇÃO PULMONAR; RECONSTRUÇÃO EM 3D; CIRURGIA TORÁCICA

Os exames de imagens apresentam inovações a cada ano. A evolução dos programas proporcionam imagens cada vez mais fidedignas à anatomia e estes recursos agora estão disponíveis em computadores pessoais. As tomografias atuais geram mais de 200 imagens para um único exame, só possíveis de interpretações graças ao avanço tecnológico. A malformação adenomatóide cística pulmonar (MAC) é uma anomalia congênita dos pulmões, caracterizada por crescimento excessivo de bronquíolos terminais, com cistos de variados tamanhos e supressão alveolar. É uma dita como rara porém, há uma dificuldade diagnóstica em nosso meio. Seqüestro pulmonar é uma malformação caracterizada por uma massa de tecido pulmonar não funcionante, separada da árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por uma artéria sistêmica anômala, comumente, derivada da aorta. **Objetivos:** Mostrar a correlação entre imagem e anatomia pela reconstrução em 3D das malformações pulmonares adenomatóide e seqüestro pulmonar. Através de um programa gratuito instalado em um computador pessoal, geramos imagens em 3D das lesões pulmonares para diagnóstico. A correlação com a anatomia é impressionante. Por este Método o diagnóstico fica mais evidente, bem como a programação do tratamento.

P0351 SÍNDROME HEPATOPULMONAR - RELATO DE CASO

PATRICIA SOARES DE JESUS; EUCIR RABELLO; KAMILA TONINI DELAMÔNICA; VALMIR SANGALLI LUCAS

HFAG, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME HEPATOPULMONAR; CIRROSE HEPÁTICA; SHUNT PULMONAR

Introdução: A Síndrome Hepatopulmonar (SHP) é uma complicação importante da cirrose hepática, certamente subdiagnosticada, caracterizada por uma tríade clínica 1) doença hepática 2) hipoxemia e, 3) dilatações vasculares intrapulmonares. **Métodos:** Relato de Caso de SHP com tratamento endovascular pulmonar. **Resultados:** M.C.M, 72 anos, feminino, admitida no hospital devido piora da dispnéia e cianose de extremidades. Relatava dispnéia progressiva há 6 meses e negava tosse ou febre. Tabagista de 27 maços-ano tinha espirometria realizada há menos de 1 ano - Distúrbio Ventilatório Obstrutivo leve com Prova Broncodilatadora negativa - e negava passado de doenças respiratórias. Portadora de Cirrose hepática por vírus C - Child B. Coronariopatia com passado de IAM. Na admissão, a gasometria revelou hipoxemia grave (pO₂ 39 mmHg e Sat O₂ 76%) sem retenção de CO₂ e a radiografia de tórax, discreta congestão pulmonar. O Ecocardiograma mostrou funções ventriculares preservadas, discreta hipocinesia posterior e inferior, IT moderada, IM moderada a grave e HAP moderada (55 mmHg). A AngioTC de Tórax afastou Tromboembolismo Pulmonar (TEP), mas mostrou pequeno derrame pleural bilateral e dilatação vascular no lobo inferior

do pulmão esquerdo (LIE). O Doppler Venoso de Membros Inferiores foi normal. Excluído TEP, Insuficiência Cardíaca e DPOC descompensadas, iniciou-se investigação da provável SHP. Foram documentadas ortodeoxia e não resposta ao O₂ a 100%. O Ecocardiograma com microbolhas mostrou shunt intra-pulmonar e a Cintilografia Pulmonar com Albumina-Tc 99m revelou 46% de captação extrapulmonar, ratificando o diagnóstico da SHP. Feito tratamento com norfloxacin e beta-bloqueador sem resposta. Através da arteriografia pulmonar confirmamos que as vasodilatações eram localizadas (SHP tipo II) optando-se então pela embolização das mesmas com molas. Houve resolução da hipoxemia imediatamente após o procedimento, entretanto menos de 24h após, a paciente voltou a necessitar de oxigenioterapia. **Discussão:** A SHP associa-se habitualmente à cirrose hepática, embora possa surgir na hepatite aguda ou crônica. Ocorre independente da gravidade da doença hepática e tem caráter progressivo, resultando em significativa morbidade e mortalidade. A principal opção terapêutica e única comprovadamente eficaz é o transplante hepático, sendo, portanto, fundamental a identificação precoce da doença para indicação deste tratamento em tempo hábil. No caso relatado, a paciente não era mais elegível para tal procedimento e o tratamento farmacológico disponível não foi eficaz. A embolização das vasodilatações pulmonares é considerada procedimento de risco e de elevado custo e neste caso também não se mostrou eficaz provavelmente devido à abertura ou à coexistência de outros shunts não visíveis na arteriografia. As alterações estruturais pulmonares na SHP são bem descritas, entretanto sua fisiopatologia ainda necessita melhor esclarecimento para que se possam buscar outras opções terapêuticas.

PO352 RELATO DE CASO: ASPERGIOSE PULMONAR NECROSANTE CRÔNICA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE E PREVIAMENTE SADIO

JOSÉ GERALDO SOARES MAIA¹; DIVINO URIAS MENDONÇA²; ÁLVARO HERMÍNIO DA SILVEIRA MACHADO FILHO³; WILLIAN MOREIRA SENA⁴; MATHEUS FELIPE BORGES LOPES⁵; MÁRCIO ANDRÉ FERNANDES TEIXEIRA⁶; FARLEY CARVALHO ARAÚJO⁷

^{1,2,3,4}.UNIMONTES - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA, MONTES CLAROS, MG, BRASIL; ^{5,6,7}.UNIMONTES - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, MONTES CLAROS, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGIOSE; INFECÇÃO FÚNGICA; TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

J.C.A., sexo masculino, 33 anos, trabalhador rural, apresentava tosse produtiva, febre e dor torácica com mais de 30 dias de evolução. Negava história de tuberculose, asma, tabagismo, alcoolismo, medicações ou uso de drogas ilícitas. Hemograma, função hepática e renal normais. Radiografia de tórax demonstrou áreas difusas de consolidações pulmonares, com imagem sugestiva de abscesso pulmonar e derrame pleural à esquerda. Pesquisa seriada de bacilo álcool-ácido resistente no escarro e sorologia para HIV negativas. Tomografia de tórax apresentou achados semelhantes à radiografia. O paciente foi submetido a fibrobroncoscopia, com aspiração de secreção purulenta em árvore traqueobrônquica; lavado brônquico negativo para células neoplásicas; biópsia transbrônquica revelou esfregaços hemorrágicos, mostrando vários neutrófilos, alguns histiócitos e estruturas fúngicas compatíveis com *Aspergillus fumigatus*. Baseado nos achados clínicos, radiológicos e histopatológico, foi feito o diagnóstico de

aspergilose pulmonar crônica e iniciado tratamento com Anfotericina B desoxicolato (dose acumulada: 2g). O paciente apresentou melhora clínico-radiológica, recebendo alta hospitalar em uso de itraconazol, 400mg/dia, por um período de 06 meses. **Discussão:** A aspergilose pulmonar necrosante crônica (APNC) compreende uma das formas de infecção por fungo do gênero *Aspergillus*, organismo habitante dos solos e encontrado em debris orgânicos, lixo, comida e plantas em processo de apodrecimento. Existem aproximadamente 200 espécies, entretanto, apenas algumas são patogênicas para o ser humano (*Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus niger* são as mais comuns). A APNC costuma ocorrer em pacientes com doença pulmonar cavitária crônica e é caracterizada por um curso clínico indolente ao longo de meses ou anos, sendo rara em indivíduos imunocompetentes. Fatores de risco: infecção micobacteriana prévia, enfisema, bolhas, sarcoidose, pneumoconiose, câncer de pulmão, cirurgia torácica, fibrose pulmonar, infecção por *Legionella*, defeitos na imunidade, corticosteróides, diabetes mellitus, desnutrição, AIDS, etilismo. Nenhum desses fatores foi encontrado no presente caso. **Diagnóstico:** isolamento do fungo ou presença de anticorpos séricos, afastadas outras condições, como tuberculose ativa, infecção micobacteriana atípica, histoplasmoze cavitária crônica, coccidioidomicose. **Complicações:** hemoptise, fibrose pulmonar e aspergilose invasiva. **Tratamento:** antifúngicos por tempo prolongado, principalmente itraconazol oral, enquanto anfotericina B tem sido usada com sucesso em casos refratários. Alguns indicam anfotericina B como tratamento de primeira escolha. A dose e a duração da terapia deve ser baseada na resposta clínica. Em pacientes que não respondem, ressecção pulmonar pode ser considerada, mas a morbidade pós-operatória é alta.

PO353 SÍNDROME TORÁCICA AGUDA GRAVE – RELATO DE CASO

ALEX AMARANTE COSTA¹; NATÁLIA AMARANTE COSTA²; ALEXANDRE DE SOUZA MARQUES³; PEDRO LUIZ PERINE⁴; CARLOS ANDRE BARCELOS⁵; THAIS FERREIRA MARINHO⁶; LUIZ FERNANDO MELO⁷

^{1,3,4,5,7}.HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS, TEIXEIRA DE FREITAS, BA, BRASIL; ².UNIVERSIDADE GRANDE RIO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; ⁶.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ANEMIA FALCIFORME; SÍNDROME TORÁCICA AGUDA; PNEUMONIA

Introdução: A STA é uma forma comum de lesão pulmonar na anemia falciforme. Quando grave, é muito semelhante a Síndrome Angústia Respiratória do Adulto (SARA), com acometimento multilobar, hipóxia intensa e evolução rápida. Pode se desenvolver como um evento isolado ou durante o curso de uma crise vaso-oclusiva. É a causa principal de admissão em CTI e morte prematura nesta população de pacientes. O Diagnóstico diferencial é difícil e inclui infecções, embolia gordurosa por necrose da medula óssea, edema pulmonar e tromboembolismo pulmonar. **Objetivos:** Relatar caso de Síndrome Torácica Aguda (STA) com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo em paciente com anemia falciforme. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 30 anos, parda, com diagnóstico de anemia falciforme desde a infância, admitida na emergência por dor de forte intensidade em membros inferiores. Os exames de admissão evidenciaram: 3,02 milhões de hemácias; 21.700 leucócitos (3% de bastões); Hemoglobina 5,5 g/dL; LDH 898 U/L; BT:6,9; BI:6,3 Radiografia de tórax sem alterações. No

quinto dia de internação, paciente apresentou febre, dor torácica e dispnéia, sendo realizada nova radiografia de tórax que evidenciou hipotransparência em lobo inferior direito (figura 1). Foi iniciado levofloxacino 500 mg IV Bid. Evoluiu com piora da dispnéia, hipoxemia acentuada (SatO₂: 80% com O₂ sob máscara), piora do padrão radiográfico (figura 2) e tomográfico (figuras 3 e 4) com infiltrado alveolo-intersticial bilateral e difuso, sendo transferida para unidade de terapia intensiva, submetida a intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Os exames laboratoriais nesta ocasião mostravam: 33.325 leucócitos (3% de bastões e 96% de segmentados); 19,3% de hematócrito; Hemoglobina 7,2 g/dL. Devido à piora clínica e radiológica, optou-se pela substituição do levofloxacino pelo esquema antibiótico composto por imipenem, vancomicina e azitromicina. Paciente evoluiu com melhora clínica-radiológica (figura 5), sendo extubada no sétimo dia de CTI e alta hospitalar no vigésimo dia. Conclusão: Apesar de se tratar de uma condição potencialmente fatal, foi obtido sucesso terapêutico no caso apresentado de STA em paciente falciforme feminina.

P0354 ABSCESSO SUBFRÊNICO E INFECÇÃO NOSOCOMIAL POR GERME MULTI-DROGA RESISTENTE

FABIOLA SCHORR; FERNANDA WALTRICK MARTINS; LILIAN RECH PASIN; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; PAULO JOSE ZIMERMANN TEIXEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ABSCESSO SUBFRÊNICO ; ABSCESSO PULMONAR ; INFECÇÃO HOSPITALAR

Introdução: O abscesso subfrênico constitui uma entidade fortemente associada à intervenção cirúrgica abdominal prévia. Seu tratamento deve ser realizado em ambiente hospitalar, através da drenagem do abscesso, cirúrgica ou percutânea, associada à terapia antimicrobiana adequada. Infecções nosocomiais por espécies de *Acinetobacter* tornaram-se importantes patógenos hospitalares nas últimas duas décadas. **Objetivos:** Descrever um caso de abscesso subfrênico subsequente à manipulação cirúrgica abdominal, com posterior infecção nosocomial por germe multi-droga resistente (MDR). **Relato do Caso:** Masculino, 66 anos, pecuarista, natural e procedente de Lavras do Sul / RS, apresentando quadro de tosse, dor ventilatório-dependente à direita e febre há 15 dias, sem melhora após curso de 7 dias de cefalosporina de 3ª geração. Como antecedentes mórbidos, referia HAS e hidatidose hepática, com tentativa frustrada de remoção cirúrgica do cisto hidático há 4 meses devido a aderência deste ao diafragma. Na admissão, o paciente encontrava-se em regular estado geral, hipocorado, eupneico, febril, com murmúrio vesicular reduzido em 1/3 inferior direito à ausculta pulmonar e palpação abdominal dolorosa em hipocôndrio direito. Exames laboratoriais mostraram leucocitose com desvio à esquerda, com bacteriológico do escarro e hemoculturas negativas. Tomografia Computadorizada de tórax e abdome superior evidenciaram extenso abscesso tóraco-abdominal à direita. Instituído antibioticoterapia com Piperacilina-Tazobactam e realizado drenagem percutânea da coleção guiada por ultrassonografia abdominal (material purulento de coloração esverdeada e odor fétido, com análise laboratorial compatível com infecção por anaeróbico). Após 48h, o paciente evoluiu com insuficiência respiratória, com necessidade de suporte ventilatório e internação em UTI. Realizado passagem de dreno torácico para esvaziamento do abscesso (1400ml)

e substituído esquema antimicrobiano por Imipenem e Vancomicina. Hemoculturas coletadas na admissão à UTI foram negativas; aspirado traqueal compatível com infecção por anaeróbico. Quatro dias após, o paciente apresentava evolução favorável, em desmame da ventilação mecânica. No 5º dia de internação em UTI, apresentou sinais de choque séptico. Coletados novos culturais e instituído manejo pertinente; contudo, o paciente evoluiu para óbito no dia seguinte. Bacteriológico do aspirado traqueal e das hemoculturas (2 amostras) evidenciou crescimento de *Acinetobacter* sp MDR. **Conclusão:** Abscesso subfrênico e infecção nosocomial por *Acinetobacter* MDR representam duas condições médicas distintas, no entanto, ambas associadas a elevadas taxas de mortalidade. O diagnóstico precoce e instituição de medidas pertinentes para tais condições são essenciais para o sucesso terapêutico. O uso criterioso de antimicrobianos em ambiente hospitalar representa hoje uma importante tarefa de saúde pública, visando a redução de cepas de germes multi-droga resistentes.

P0355 PERFIL DE PATÓGENOS NAS EXACERBAÇÕES AGUDAS DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

GUSTAVO WINTER; MAÍRA LUCIANA MARCONCINI; DIOGO LUIZ SIQUEIRA; CLETA SELVA DE CORDOVA DE JESUS; ROSEMERI MAURICI DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; INFECÇÃO; ANTIMICROBIANO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é definida como um estado patológico crônico caracterizado por limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade precoce em todo o mundo. Os pacientes com DPOC frequentemente estão colonizados por patógenos respiratórios potenciais, o que dificulta identificar conclusivamente o microorganismo responsável por exacerbação clínica, dificultando o tratamento. A importância do presente estudo está no fato de que a contribuição de infecções bacterianas em exacerbações agudas de DPOC e o uso correto de antimicrobianos é difícil de estabelecer. **Objetivos:** Descrever os patógenos bacterianos isolados em cultura quantitativa de escarro nas exacerbações agudas de DPOC em pacientes internados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis – SC e no Hospital Nereu Ramos – Florianópolis – SC. **Métodos:** Foi realizado um estudo de delineamento transversal, utilizando escarro coletado em pacientes internados, o qual foi submetido à cultura quantitativa. Foi utilizado como ponto de corte a presença de 106 ufc/ml. O uso de antibioticoterapia foi confrontado com o isolamento em cultivo de agente etiológico bacteriano através do índice de concordância Kappa. **Resultados:** Foram avaliados consecutivamente 29 pacientes, sendo 55,2% pertencentes ao gênero masculino, com média de idade de 63,41 anos. A média de exacerbações e internações anuais foi de, respectivamente, 3,55 e 2,10. Dispneia, tosse e/ou expectoração, sintomas clínicos mais comuns na DPOC, foram manifestados por 100% dos pacientes, juntos ou isoladamente. Apenas 6 pacientes (20,7%) não apresentavam alguma comorbidade, sendo que dos que apresentavam a hipertensão arterial sistêmica foi a mais comum (65%), seguida por insuficiência cardíaca congestiva (34,2%) e diabetes mellitus (30,9%).

Medicamentos sintomáticos eram utilizados rotineiramente por 79,3% dos pacientes. 41,4% dos pacientes faziam uso de broncodilatador isoladamente e 37,9% utilizavam broncodilatador associado a corticosteroides. A cultura de escarro evidenciou o crescimento de patógenos em 62,1% dos pacientes internados. *S. viridans* foi encontrado em 24,1% das culturas. *H. influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *S. pneumoniae* e *Acinetobacter baumannii* tiveram todos prevalência de 3,4% nos pacientes. Em 38% das culturas não houve crescimento bacteriano. Quantificou-se 24,1% (n=7) das culturas com mais de 106 UFC. O índice de concordância Kappa entre o uso de antibioticoterapia e a presença de infecção foi de -0,307 (p = 0,018). **Conclusão:** Houve um predomínio dos pacientes do gênero masculino e o agente microbiano mais comumente isolado foi o *Streptococcus viridans*. Ocorreu discordância entre o uso de antimicrobianos e a presença ou ausência de infecção.

P0356 NOCARDIOSE PULMONAR

LILIANE BARBOSA PASSOS¹; JÚLIA TORELLA GUEDES²; DANIELLA DINIZ NASCIMENTO³; FERNANDO MACIEL BARBOSA⁴; ANA CAROLINA DUARTE⁵; MÁRCIA RACHEL FONSECA⁶; EDUARDO CROSARA GUSTIN⁷; THULIO MARQUEZ CUNHA⁸

1,2,3,4,5,6,7. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 8. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/UNIFESP, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NOCARDIOSE; INFECÇÃO PULMONAR; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

Introdução: Nocardiose é infecção rara causada por *Actinomicetos* aeróbios do gênero *Nocardia*. É uma infecção supurativa sistêmica ou localizada, acometendo pulmões, pele, SNC ou doença disseminada. Geralmente, atinge indivíduos imunocomprometidos, mas pode infectar imunocompetentes em 1/3 dos casos. **Relato de Caso:** Sexo masculino, 49 anos, com tosse, dispnéia, astenia e febre há 1 dia. Diabético, ex-tabagista e etilista, apresentava-se febril (38°C), taquipnéico (35irpm), exame segmentar normal, com leucocitose com desvio à esquerda e IRA pré-renal. Rx tórax com opacidade acinar com broncograma aéreo em lobo superior direito. Iniciado ceftriaxone e clindamicina para pneumonia adquirida na comunidade grave, além de Oseltamivir pela alta incidência de gripe A naquele momento. Evoluiu com piora progressiva, choque séptico e necessidade de suporte ventilatório invasivo no 9º dia, substituindo-se o ceftriaxone por cefepime. Encaminhado para UTI, com crepitações pulmonares difusas, FiO₂ de 1,0 e PaO₂/FiO₂: 149 e piora do leucograma. Solicitadas culturas e associado Moxifloxacino. Evoluiu para choque refratário e PCR em AESP revertida em 8 minutos, apresentando pneumotórax com drenagem de secreção piossanguinolenta. Modificados antibióticos para Meropenem e Teicoplanina. Evoluiu com FMO e óbito em 2 dias. O resultado posterior da cultura da secreção traqueal isolou *Nocardia brasiliensis* (>106 UFC/mm³), que foi confirmado pela necropsia: abscessos pulmonares bilaterais com cadeias filamentosas de bastonetes colorados pela prata e Ziehl-Neelsen com resistência parcial à solução álcool-ácido. **Discussão:** A nocardiose é causada por bacilos Gram-positivos que podem apenas colonizar o trato respiratório. A transmissão ocorre por via inalatória ou inoculação direta na pele e geralmente acomete indivíduos com deficiência na imunidade celular. O pulmão é o sítio primário mais acometido. Os principais sintomas são febre, fadiga, sudorese noturna, perda de peso, dispnéia, tosse, e

dor torácica pleurítica. Os achados radiográficos são variados: nódulos, massas, opacidades reticulonodulares e intersticiais, consolidação lobar e derrama pleural. O diagnóstico se dá pela identificação do germe no escarro, LBA, aspirado traqueal, secreção de abscessos cutâneos ou sangue. Seu crescimento é lento, sendo necessário prolongar o tempo de cultivo mais de 2 semanas. O bacilo cora-se pelo Ziehl-Neelsen com resistência parcial ao álcool-ácido. O tratamento é feito com sulfametoxazol-trimetopim (SMT). Porém, atualmente recomenda-se a terapia dupla (SMT+amicacina/SMT+imipenem) ou tripla (SMT+imipenem+amicacina), principalmente se envolvimento do SNC. Trata-se de caso com desfecho ruim por sua raridade com difícil isolamento do germe e, por isso, o diagnóstico feito apenas após o óbito. Além disso, a própria mortalidade da doença em casos graves chega a mais de 85% em imunocomprometidos com doença disseminada.

P0357 CO-INFECÇÃO PULMONAR EM PACIENTE COM SIDA

PEI YEU SO; SINVAL LEITE CARRIJO FILHO; DANIELA ROMERO GODOFREDO; FLÁVIO TRENTIN TRONCOSO; ALTINO LUIZ SILVA THEREZO

FAMEMA, MARÍLIA, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SIDA; ASPERGIOSE PULMONAR; CRIPTOCOCOSE

Introdução: O portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem as infecções pulmonares como as principais causas de morbidade, sendo que 65% dos portadores apresentam essas infecções como a primeira manifestação clínica da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). No entanto, são incomuns as infecções causadas por microorganismos concomitantes. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente imunodeprimido por SIDA com tripla infecção pulmonar. **Relato:** Sexo masculino, 56 anos, com quadro de astenia, hiporexia, tosse seca e febre há uma semana. Informava um episódio pregresso de tuberculose pleural tratada em 1979. Durante a internação, foi diagnosticado infecção pelo HIV. Foi iniciado tratamento para pneumonia bacteriana (cefepime e azitromicina) e para pneumocistose (sulfametoxazol/trimetoprim). Com o resultado positivo para leveduras em hemocultura, foi instituída anfotericina B. Paciente evoluiu com melhora clínica e foi substituído anfotericina B por itraconazol. Após cinco dias, apresentou febre, e retomado tratamento com anfotericina B e cefepime com vancomicina. Apesar das medidas intensivas, paciente evoluiu a óbito. Biópsia pulmonar post mortem encontrou *Aspergillus*, *Cryptococcus* e *Citomegalovirus*. **Discussão:** O caso descreve a infecção pulmonar como manifestação inicial da SIDA, que mesmo tratado com antimicrobianos para infecções oportunistas mais prevalentes, vai ao óbito. No estudo de Pereira et al, encontraram somente um caso com três infecções concomitantes (*Citomegalovirus*, *Cryptococcus* e *Pneumocystis jirovecii*). Já Soeiro et al, encontraram dois ou mais etiologias em 44% dos casos. **ASPERGIOSE:** Causada pelo fungo do gênero *Aspergillus*, o quadro clínico assemelha-se ao de uma broncopneumonia, com tosse, febre, dispnéia e produção de escarro. A presença de hifas em tecido pulmonar ou uma cultura de escarro positiva comprovam a doença. Tem como opções terapêuticas a Anfotericina B e outras combinações de antifúngicos. **CRÍPTOCOCOSE:** Causada pelo fungo *Cryptococcus* sp, com quadro clínico de febre, tosse com expectoração mucóide ou hemoptóica. É comum quando os linfócitos T CD4 são

inferior a 100 células/mm³, e o tratamento nas formas leves ou moderadas é o Fluconazol ou Itraconazol, já na forma grave é Anfotericina B. CITOMEGALOVIRESE: É um vírus do grupo herpes, muito prevalente na população, ocorrendo em indivíduos com linfócitos CD4 abaixo de 50 células/mm³. Os sintomas incluem febre, perda de peso e dispnéia de esforço. A sorologia não é útil, a antigenemia não permite afirmar a existência de lesão pulmonar e somente a biópsia com demonstração de inclusões intracelulares de CMV define o diagnóstico. O CMV raramente surge de forma isolada, e para seu tratamento foi aprovado ganciclovir e foscarnet. Conclusão: Diante de um paciente imunocomprometido pelo HIV com infecção pulmonar é importante considerar a possibilidade de infecção por múltiplos microorganismos e incluir sempre no diagnóstico diferencial.

PO358 HISTOPLASMOSE DISSEMINADA DIAGNOSTICADA POR BIÓPSIA DE LESÃO DE LÁBIO

JULIANO SOUSA DE CARVALHO; RAQUEL FELISARDO ROSA; CAROLINA LIMA DIAS CARVALHO; FELIPE DRUMMOND TANOS LOPES; FÁBIO JÚNIOR VIDEIRO BARBOZA PAULA; DANIEL LAGE DE ASSIS ROCHA; JULIO CÉSAR MARTINS COSTA; ALEXANDRE MARCOS BARBOSA DELGADO
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE E CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS MG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; LESÃO DE LÁBIO; MICOSE PULMONAR

Introdução: A infecção pelo *Histoplasma capsulatum* em área endêmica é bastante comum. A maioria dos pacientes é assintomática ou apresenta sintomas leves que não são diagnosticados. A gravidade da doença depende da intensidade da exposição, da quantidade de esporos inalados e da imunidade do hospedeiro. Em indivíduos saudáveis é comum infecção assintomática. Quando ocorre intensa exposição, os indivíduos podem apresentar doença pulmonar grave. Os achados radiológicos mais frequentes são as adenomegalias hilares bilaterais como infiltrado reticulonodular bilateral. **Objetivos:** descrever caso de histoplasmoze pulmonar e de orofaringe. **Descrição de caso clínico:** Paciente OPC, 47 anos, proveniente de zona rural da macroregião de Teófilo Otoni, MG com história de emagrecimento importante, febre esporádica, adinamia, perda de apetite, diarreia crônica e dispnéia aos esforços associado a lesões de orofaringe (língua e lábios com evolução de cerca de 01 ano. Feito vários atendimentos no centro de saúde de sua cidade sem melhora do quadro, quando foi encaminhado para realizar biópsia de lesão da ponta de língua e lábios em Teófilo Otoni- MG (Doença Conspuiva?). Deu entrada na Santa Casa de Belo Horizonte em novembro de 2008 em precário estado geral, apático, com ingestão somente de líquidos. Radiografia de Tórax: infiltrado Intersticial predominantemente micronodular acometendo todo o hemitórax direito e campos pulmonares médio e inferiores a esquerda. Biópsia (05/11/2008): após coloração de lamina confeccionadas com exsudato de raspado da ponta de língua e bordas de lesões dos lábios, o estudo microscópico revelou a presença de células leveduriformes no interior de macrófagos e células gigantes, características de *Histoplasma capsulatum*. Iniciado tratamento imediato com Itraconazol com melhora do estado geral do paciente associado a melhora radiológica e das lesões de orofaringe. **Conclusão:** O caso

evidencia a importância da equipe médica fazer diagnóstico diferencial com micoses pulmonares para todo paciente com acometimento pulmonar arrastado. Referência Bibliográfica:

1. Prática Pneumologia. Sérgio Saldanha Menna Barreto, Jussara Fiterman e Marina Andrade Lima.-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 2. Pneumologia - Diagnóstico e tratamento. Mauro Zamboni e Carlos Alberto Pereira. São Paulo: editora Atheneu, 2006 3. Doenças Pulmonares Affonso Berardinelli Tarantino. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Googan, 2008.

PO359 IMPACTO DA ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA INADEQUADA E DE SUA MODIFICAÇÃO ATRAVÉS DO ANTIBIOGRAMA NA PNEUMONIA NOSOCOMIAL

KAROLINE GABRIELA DALLA ROSA; JULIANA MASTELLA SARTORI; CARINA TORRES SANVICENTE; ELYARA FIORIN PACHECO; LUÍS FRANCISCO RAMOS LIMA; MAURO ANTÔNIO FERNANDES JR; VIVIAN DO AMARAL OLIVEIRA; RENATO SELIGMAN

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA NOSOCOMIAL; ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA; ANTIBIOGRAMA

Introdução: A Pneumonia adquirida no hospital (PAH) é a segunda maior causa de infecção nosocomial, sendo responsável por 15% dessas, e apresenta a maior taxa de mortalidade dentre as infecções hospitalares. A mortalidade total pode atingir de 30 a 70% e a mortalidade relacionada à PAH é estimada entre 33 e 50%. A PAH também está associada à maior tempo de internação, o que torna relevante o custo a ela atribuído. A frequência de PAH devido a germes multirresistentes (GMR) tem aumentado dramaticamente, podendo apresentar variações segundo a instituição, população, exposição a antibióticos e tipo de internação. **Objetivos:** Determinar o impacto da antibioticoterapia empírica inicial (AE) e da sua modificação após antibiograma em relação à mortalidade dos pacientes com PAH no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Métodos:** Foram revisados os prontuários de 140 pacientes hospitalizados no HCPA de 2007 a 2009, com diagnóstico de PAH e exame cultural microbiológico (de escarro ou sangue), configurando uma subanálise dentro de um estudo de coorte retrospectivo. A análise estatística foi realizada com o teste qui-quadrado. **Resultados:** Dos 140 pacientes com PAH incluídos no estudo, houve infecção por GMR em 59 (42,1%) e infecção por germe sensível em 81 (57,9%). A taxa de mortalidade total foi de 44,3% e a taxa de mortalidade atribuída a PAH foi de 22,1%. A inadequação da AE pode ser verificada em 83 pacientes (os demais não possuíam antibiograma ou o antibiótico utilizado empiricamente não foi testado no exame). A AE foi inadequada em 42 pacientes (50,6%). Este grupo apresentou 18 óbitos (42,9%), contra 14 óbitos (34,1%) no grupo com AE adequada ($p=0,200$). A modificação da AE após o antibiograma, tanto por desescalonamento quanto por inadequação do tratamento, ocorreu em 102 dos 140 pacientes incluídos no estudo (72,9%). Nesse grupo, houve 46 óbitos (45%), enquanto no grupo que manteve a AE houve 16 óbitos (42%) ($p=0,751$). **Conclusão:** Podemos observar uma alta prevalência de GMR causadores de PAH nessa coorte e uma taxa de mortalidade importante atribuída à doença. Metade dos pacientes recebeu AE inadequada, o que impactou em uma tendência a maior mortalidade neste grupo, em comparação com os que receberam AE adequada, dado em concordância com a literatura. Por outro lado, mais

de 70% dos pacientes com antibiograma sofreram alteração em seu tratamento, recebendo terapia específica, não sendo encontrada diferença nas taxas de mortalidade em relação aos pacientes tratados empiricamente durante todo o curso da infecção. Há que se ressaltar que se trata de uma subanálise do estudo, com menor poder para identificar diferenças estatisticamente significativas. A análise da adequação da AE é de extrema relevância no aumento da sobrevida dos pacientes com PAH. Protocolos institucionais devem ser criados com base na flora bacteriana local e no seu perfil de risco para multiresistência a fim de se estabelecer a melhor terapia antibiótica empírica possível.

P0360 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM PNEUMONIA ATENDIDOS EM PRONTO-SOCORRO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

THALITA DE OLIVEIRA MATOS; THIAGO FILTELMAN PADILHA; GUSTAVO PEIXOTO MARTINS; EDLON LUIZ LAMOUNIER JUNIOR; JOAO AUGUSTO ROCHA RIBEIRO AZEVEDO; PAULA DE ALENCAR VELOSO; GUSTAVO AMARAL MODESTO; MARCELO FOUAD RABAH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; EMERGENCIA; UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Introdução: A estratégia da OMS instituída PAL (Practical Approach to Lung Health) busca padronizar a conduta médica diante de pacientes com sintomas respiratórios (SR) que são recebidos no atendimento primário. Um dos focos da estratégia PAL, a Pneumonia Adquirida na Comunidade, continua sendo uma das principais causas de morte por doenças infecciosas no mundo. Atingir os Objetivos da PAL pode contribuir para um melhor atendimento dos pacientes com SR no serviço de assistência primária e, dessa forma, diminuir seus efeitos e custos. **Objetivos:** Estimar a proporção de pacientes com diagnóstico de pneumonia entre os indivíduos atendidos em um pronto-socorro de Unidade Básica de Saúde na cidade de Goiânia. **Métodos:** Foi realizada aplicação de questionários em quatro meses, um em cada estação do ano. Todos os pacientes que procuravam atendimento médico no pronto-socorro do CIAMS Novo Horizonte em Goiânia eram abordados (triagem), os pacientes que afirmavam estar com algum sintoma respiratório eram convidados a participar do estudo e responder o questionário do estudo. Os dados foram tabulados e analisados no programa "SPSS Version 11.0". **Resultados:** A Entrevista de triagem foi realizada em 3158 pacientes, 438 (13,9%) afirmaram sintomas respiratórios e 359 aceitaram participar do estudo. Houve maior proporção de atendimentos com sintoma respiratório no inverno: 21,7%, seguido do outono: 12,3%, verão, 11,9%; e Primavera, 8,5%. A maioria dos sintomáticos respiratórios eram mulheres e os pacientes com idade de 18 a 60 anos representaram 70,4% das consultas. O sintoma mais prevalente foi tosse (91%), seguido falta de ar (63,2%), febre (62,5%) e chiado no peito (47,1%). Dos pacientes que tiveram seus diagnósticos registrados 24 receberam diagnóstico de pneumonia (14,5%), sendo que 58,3% eram mulheres. O sintoma mais referido pelos pacientes com pneumonia foi tosse (91,7%), sendo que em 68,2% a tosse era produtiva. A maioria dos indivíduos (72,8%) buscou atendimento com até 10 dias de evolução do quadro. Entre os indivíduos com esse diagnóstico, 41,7% relataram possuir doença respiratória prévia. Desses 24 pacientes, apenas um necessitou ficar em observação na unidade devido à gravidade do caso. **Conclusão:** Sintoma respiratório é uma causa de grande número de atendimentos

em unidades de emergência e em nossa região, mesmo não tendo grandes diferenças entre as estações, no "inverno" foi observado um aumento de casos no atendimento por sintoma respiratório e também nos casos de pneumonia. Esses dados sinalizam para a implementação da estratégia PAL nas unidades de emergência, para maior controle e abordagem dessas enfermidades.

P0361 É SEMPRE BOM LEMBRAR A SÍNDROME DE GOOD NA SUSPEITA DE IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; THIAGO THOMAZ MAFORT; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; ROGÉRIO RUFINO; ROBERTA RIGUEIRA; BRUNO WAJSBROT; HAROLDO COELHO DA SILVA UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE GOOD; PNEUMOCISTOSE; IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

Introdução: A síndrome de Good é um tipo de imunodeficiência primária que gera alteração da imunidade tanto celular quanto humoral. Frequentemente se apresenta em adultos e está relacionada ao timoma. A susceptibilidade às infecções e as alterações auto-imunes são freqüentes. **Relato de Caso:** Homem 43 anos portador de Miastenia gravis e passado de timectomia por timoma benigno há 10 anos foi internado para investigação de tosse produtiva, febre diária e dispnéia progressiva. Relatava três internações prévias nos últimos oito anos por pneumonia. Ao exame notava-se discreta palidez e à ausculta pulmonar, sibilos associados a estertores crepitantes em hemitórax direito. Os exames de imagem do tórax evidenciaram infiltrado alveolar difuso, condensações em lobo superior direito, regiões peri-hilares e base esquerda. Após 14 dias de esquema para pneumonia comunitária o paciente mantinha febre e o mesmo padrão radiológico. Hemoculturas foram negativas, o PPD não reator e o anti-HIV negativo. Escarro induzido e o lavado broncoalveolar - BAAR negativo e pesquisa direta para fungo negativa. Biópsia transbrônquica revelou grande quantidade de fungos e as colorações realizadas positivas para *Pneumocystis jirovecii*. Neste contexto a hipótese de síndrome de Good foi aventada e confirmada a partir da dosagem de eletroforese de proteína e da relação CD4/CD8 séricos. O paciente recebeu tratamento para pneumocistose e permanece estável em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** A síndrome de Good é classificada pela OMS como uma imunodeficiência primária. Apresenta incidência equivalente entre homens e mulheres e geralmente aparece entre as 4ª e 5ª décadas de vida. A patogênese permanece desconhecida. Dentre as manifestações clínicas destacam-se timoma, infecções e alterações da autoimunidade. Timoma pode preceder o diagnóstico, ocorrer simultaneamente ou até se manifestar tempos depois. As manifestações clínicas que dominam o quadro são as infecciosas, observando-se uma susceptibilidade aumentada a bactérias, fungos, vírus e agentes oportunistas, relacionada tanto à imunodeficiência humoral quanto celular. O acometimento do trato respiratório alto ou baixo é o mais rotineiro. Dentre as alterações da auto-imunidade, a de maior destaque é a Aplasia eritróide pura, seguida pela Miastenia gravis. Laboratorialmente caracteriza-se por hipogamaglobulinemia, células B ausentes ou em quantidade reduzida, defeitos variáveis na imunidade celular, linfopenia de CD4, inversão da relação CD4/CD8 e redução da resposta proliferativa das células T. O manejo dos pacientes se faz através de timectomia, terapia de reposição com imunoglobulina venosa e atenção às profilaxias para

possíveis infecções. **Conclusão:** Diante de um paciente HIV negativo com passado de infecções de repetição e um diagnóstico atual de pneumocistose se deve sempre lembrar das imunodeficiências primárias como por exemplo a síndrome de Good.

P0362 TESTE CARDIOPULMONAR DE ESFORÇO EM PACIENTES TRATADOS DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE

ANDRÉ NATHAN COSTA1; JOAO MARCOS SALGE2; ANDRE LUIS ALBUQUERQUE3; ADRIANA SATIE KONO MAGRI4; VANESSA APARECIDA LEAO PAVEZI5; RONALDO ADIB KAIRALLA6; MARIA SHICANAI YASUDA7; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO8

1,2,3,5,6,8.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA DO INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR) DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4,7.DIVISÃO DE MOLÉSTIAS INFECIOSAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIDIOIDOMICOSE; MICOSES PULMONARES; SEQUELAS POS TRATAMENTO

Introdução: Micose sistêmica mais importante da América do Sul e do Brasil (este responsável por 80% dos casos mundiais), a Paracoccidiodomicose (PCM) acomete difusamente os pulmões no seu principal modo de apresentação, a forma crônica. Os pacientes, na maioria adultos na terceira a quinta décadas de vida, podem apresentar anormalidades respiratórias com repercussão clínica mesmo após tratamento antifúngico adequado. **Objetivos:** Avaliar o comportamento no teste ergoespirométrico dos pacientes tratados da forma crônica da PCM, com acometimento pulmonar. **Métodos:** Análise transversal de 44 pacientes de um hospital quaternário através de tomografia computadorizada de tórax (TCAR) e ergoespirometria. Todos pacientes tiveram diagnóstico da forma crônica da paracoccidiodomicose, previamente diagnosticados através de microbiologia e/ou patologia, e foram avaliados quando atingiram critérios de inatividade de doença. Excluíram-se co-infecções respiratórias e neoplasia de pulmão. **Resultados:** Idade média de 57 ± 9 anos. Tempo de tratamento de 6 ± 3 anos. Tabagistas ou ex- tabagistas somaram 43 pacientes, média de 39,2 anos-maço. Além de achados tomográficos compatíveis com exposição atual ou prévia ao tabaco como enfisema centrolobular e paraseptal e espessamento brônquico, foram encontradas neste grupo de pacientes alterações como retrações, nódulos, bandas parenquimatosas e represamento aéreo. O teste cardiopulmonar de esforço mostrou (tabela 1) consumo máximo de oxigênio de $21,0 \pm 1,2$ mL/kg/min ($66 \pm 17\%$ predito), limiar anaeróbio de $13,4 \pm 2,9$ mL/kg/min ($63,46 \pm 14\%$ VO2 max), carga máxima de $73,0 \pm 9,2\%$ predita, frequência cardíaca máxima de $73,5 \pm 9,1\%$ predita, pulso de oxigênio de $10,9 \pm 2,8$ mL/bat, volume minuto expiratório de $191,7 \pm 22,2$ L/min ($53,7 \pm 8,5\%$ predito) e reserva ventilatória $50 \pm 17\%$. Escala de BORG dispnéia inicial (média±DP) $0,25 \pm 0,18$ e final $5,6 \pm 3,6$, e BORG membros inferiores inicial (média±DP) $0,19 \pm 0,15$ e final $5,7 \pm 4,6$. SatpO2 inicial (média±DP) $96 \pm 0,9$ e SatpO2 final $93 \pm 1,5$. **Conclusão:** Da análise dessa coorte de pacientes, conclui-se que os pacientes tratados de PCM em sua forma crônica apresentam baixa capacidade de exercício no TECP, com possível contribuição de descondicionamento

físico. Associam-se nesse grupo de pacientes alterações tomográficas não atribuídas exclusivamente à exposição ao tabaco. Fontes de Auxílio Financeiro : LIM – HCFMUSP e PRODOC-CAPEs

P0363 PNEUMOCISTOSE

EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE; CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA; LUIZ FERNANDO AZAMBUJA; CÁSSIO RAFAEL DE MELO; FERNANDA DATRI BACCELLI; ROBERTA KAHWAGE SANTOS; ROSALI TEIXEIRA DA ROCHA

UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DISPNEIA; HIPOXEMIA; HIV

Introdução: A pneumonia por Pneumocistis jiroveci é uma causa comum de infecção que acomete essencialmente indivíduos imunossuprimidos. O provável mecanismo de transmissão é a via inalatória. **Patogenia:** apresenta tropismo pelo pulmão devido a presença de uma glicoproteína na superfície do microorganismo que se liga ao pneumócito e os trofozoítos aderidos na célula alveolar transformam-se em cistos de paredes espessas. **Quadro clínico** com início geralmente insidioso caracterizado por febre, tosse seca e dispnéia progressiva. **Relato:** DDF, 29 anos, sexo masculino, natural de Natal/RN, procedente de São Paulo há 5 anos, vendedor. Queixa-se de dispnéia progressiva agora ao repouso, associada a febre vespertina e perda de 6Kg em 30 dias. Nega sibilância, dor torácica e hemoptise. Negava antecedente de asma, etilismo, tabagismo ou drogadição. **Ao exame:** REG, taquipnéico, f 30 irpm, FC 100bpm, SpO2 94% ; AR: MV presentes sem RA; ACV: BRNF em 2t taquicárdicas; TGI: abdome livre, RHA presentes. **Teste do degraú** evidenciou dessaturação para 85% após 3 minutos. **Gasometria arterial:** ph: 7,45 pCO2: 32,3 pO2: 71 HCO3: 22,5 BE: -0,4 SO2: 94,6% Rx de tórax: opacidades em língula e LI esquerdo TC de tórax: opacidades peri hilares com broncograma aéreo, maior a esquerda. Submetido a broncoscopia com lavado broncoalveolar (negativo para BAAR e fungos) e biópsia (espessamento septal alveolar difuso por proliferação de tecido conjuntivo e infiltrado linfocitário associado à hiperplasia e hipertrofia epitelial de padrão reacional. Áreas de material espumoso, eosinofílico e amorfo no interior dos alvéolos, permeadas por estruturas redondas ou naviculares pequenas e positivas na prata). **Elisa HIV:** positivo. **Discussão:** A estratégia diagnóstica depende basicamente do estado clínico do paciente. Se condições clínicas favoráveis opta-se por broncoscopia com biópsia transbrônquica; casos graves deverão ser submetidos a biópsia a céu aberto. A presença de metanamina de prata no tecido confirma o diagnóstico, já técnicas sorológicas não apresentam boa sensibilidade. As alterações radiológicas são frequentes em 90% dos casos e são representadas por opacidades reticulonodulares bilaterais, simétricas e peri hilares. O prognóstico depende da reserva imunológica do paciente (CD4 e carga viral nos casos de SIDA) e cerca de 50% são suscetíveis a recaída. **Hipoxemia** com diferença alvéolo arterial maior que 35 é associada com maior gravidade. O tratamento de primeira escolha é a associação de sulfametoxazol – trimetoprim (15- 20 mg/

Kg de trimetoprim). Profilaxias primária e secundária estão indicadas quando CD4 menor de 200cels/ mm3.

P0364 HISTOPLASMOSE PULMONAR DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

CÂNDIDA MARIA MOREIRA HORTA¹; PATRICIA MOREIRA COSTA²; GISELE MORAES GENEROSO³; JORGE MONTESSI MONTESSI⁴; RICARDO VIANA LEITE⁵; EMÍLIO AUGUSTO CAMPOS PERREIRA DE ASSIS⁶
1,2,3,4,6.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 5.CEDIMAGEM, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HISTOPLASMOSE; TOSSE CRÔNICA; RADIOLOGIA

Introdução A histoplasmoose pulmonar é uma micose sistêmica granulomatosa que tem preferência pelos pulmões e órgãos do sistema reticuloendotelial. Clinicamente apresenta-se como forma aguda, disseminada ou pulmonar crônica. Descrevemos um caso de histoplasmoose pulmonar com imagens pouco específicas e sem comprometimento mediastinal tomográfico. Caso clínico Paciente masc, 55 a, pintor, com história de tosse seca, adinamia, dispnéia leve aos maiores esforços, emagrecimento de 6 Kg em 4 meses. Não tabagista. No exame físico hemodinamicamente estável, eupneico, acianótico, sem linfonodomegalia e visceromegalia palpáveis, ausculta cardiorespiratória normal. Trabalhou por 90 min em um sótão 4 meses antes da consulta. RX: consolidações parenquimatosas subpleurais, bilaterais e assimétricas. TCRA: consolidações parenquimatosas com broncograma aéreo, distribuição assimétrica, na periferia dos pulmões, predominando em lobos inferiores. Associam-se pequenas nodulações solidas algumas cavitadas sem linfonodomegalia mediastinal e sem derrame pleural. Broncoscopia: hiperemia difusa na árvore brônquica. Lavado brônquico: negativo para pesquisa direta BAAR, fungos e citologia oncológica. Biópsia pulmonar a céu aberto: processo inflamatório granulomatoso envolvendo estruturas fúngicas sugestivas de Histoplasma Capsulatum. Iniciou tratamento com cetoconazol via oral que foi mantido até completar 1 ano. Após 3 meses de tratamento evoluiu com melhora clínica, ganho de peso e após 1 ano a TCRA revelou apenas bandas parenquimatosas cicatríciais e nódulos centrolobulares. Espirometrias no início e no final do tratamento foram normais. **Discussão:** A Histoplasmoose é causada por um pequeno fungo dimórfico o Histoplasma Capsulatum. A forma mais freqüente da doença é a assintomática ou pouco sintomática, podendo regredir de forma espontânea. Há também a forma aguda ou epidêmica (em geral com comprometimento hilar, mediastinal e reticulonodular difuso bilateral), a forma disseminada em imunocomprometidos graves que compromete múltiplos órgãos e a forma crônica pulmonar. Nesta última a lesão pulmonar predomina em lobos superiores e em pacientes com doença pulmonar estrutural prévia. No caso apresentado o paciente era hígido, sem doença pulmonar prévia. Seus sintomas eram de doença crônica e não havia comprometimento hilar mediastinal nem extrapulmonar evidente. O padrão radiológico encontrado é considerado sugestivo de grande inoculo em zona não endêmica, causando grande reação inflamatória pulmonar. A utilização do antifúngico cetoconazol se mostrou eficaz e evitou o surgimento de seqüelas pulmonares estruturais e funcionais graves. **Conclusão:** A possibilidade de histoplasmoose pulmonar deve ser lembrada em pacientes com tosse crônica e com achados radiológicos pouco comuns, mesmo na ausência de microepidemias. A instituição precoce

do tratamento específico pode evitar a evolução com graves seqüelas estruturais e funcionais.

P0365 ABSCESSO PULMONAR EM PORTADORA DE SÍNDROME DO CRI-DU-CHAT- RELATO DE CASO

PAULO ROBERTO ROBERTO ALBUQUERQUE; RENATO ALBUQUERQUE MEDEIROS; SUZIANNE RUTH HOSANAH LIMA; FABIO AIRES ARAÚJO; VINICIUS MATIAS MONTEIRO CAVALCANTE; IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO

UFRN, NATAL, RN, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ABSCESSO PULMONAR; ASPIRAÇÃO; CRI-DU-CHAT

Introdução: A síndrome Cri-du-Chat (CDC) é uma anomalia cromossômica, causada pela deleção parcial do braço curto do cromossomo 5. Um aspecto de relevância clínica nos portadores dessa síndrome é a maior susceptibilidade às infecções do trato respiratório e intestinal. **Relato de Caso:** mulher, 24 anos, portadora de CDC, apresentou-se com febre alta, dispnéia e dor em hemitórax direito, há 20 dias. A dor não era ventilatório dependente, sendo associada à tosse produtiva, com dificuldade em expulsar expectoração. Houve dois episódios de hemoptóico. No início do quadro, procurou assistência médica, sendo solicitado raio X de tórax, o qual revelou imagem compatível com consolidação em lobo inferior direito. Iniciou-se tratamento com moxifloxacino por 10 dias, sem regressão do quadro clínico. Após o tratamento foi realizado novo rx de tórax com presença de imagem sugestiva de abscesso em base pulmonar direita. Foi encaminhada ao Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal- RN, para tratamento adequado. Genitora revelou constipação intestinal crônica e pneumonias de repetição (12 episódios em 23 anos). Negou internações anteriores. Ao exame: bom estado geral, dispnéica, consciente, agitada, pouco colaborativa. Presença de microcefalia, micrognatia e retardo mental. Presença de halitose. ACV: sem alterações. ABD: hipertimpânico. AP: mv + bilateralmente, com roncos difusos e creptos bolhosos em bases pulmonares; percussão sem alterações. TC de tórax na admissão revelou imagem compatível com abscesso pulmonar. Fez uso de Clindamicina 600 mg e Cefepime 2g por 14 dias, recebendo alta no 16º dia. A paciente evoluiu com melhora progressiva dos sintomas. RX de tórax na alta evidenciou infiltrado em base pulmonar direita. Paciente foi orientada a concluir esquema antibiótico ambulatorialmente com Clindamicina 600 mg e Ceftriaxona 1g, por 10 dias. **Discussão:** A cavitação pulmonar é decorrente de diversos processos que cursam com necrose. Entre os fatores de risco mais conhecidos para Abscesso de pulmão estão a má condição de saúde bucal e alterações neurológicas, com aspiração. A Pneumonia, aspirativa, defeitos cardíacos congênitos e síndrome da angústia respiratória são as causas mais comuns de morte na SCC. Não há na literatura descrição suficiente sobre as patologias que acometem os portadores dessa síndrome, provavelmente decorrente da sua raridade. Assim, a presença de febre, dor torácica, tosse com expectoração pútrida devem servir de alerta em pacientes com doença neurológica crônica, como a do caso em tela. **Conclusão:** É comum que os portadores de CDC desenvolvam problemas médicos crônicos ou de

repetição. Atenta-se para as patologias que acometem o trato respiratório, já que são uma das principais causas de mortalidade

PO366 DINÂMICA DA INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS RELACIONADA A FOCOS DE CALOR, MUNICÍPIO DE TANGARÁ DA SERRA– MT

DIONE VIERO VIANA¹; WAGNER LUIZ PERES²

1.UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO - UNEMAT, CÁCERES, MT, BRASIL; 2.SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO - SES, CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; PNEUMONIA; QUEIMADAS

Introdução: As emissões de Material Particulado (PM 2,5) e Monóxido de Carbono (CO) originadas pelos focos de calor e as relações climáticas podem contribuir para dinâmica da incidência de doenças respiratórias (DR). A problemática das (DR), particularmente a asma, se agrava na época do inverno/estiagem, quando as condições climáticas estão comprometidas pela baixa umidade relativa do ar e pela dispersão de Material Particulado e Monóxido de Carbono, gerando consequentemente prejuízos à saúde e ao ambiente. A região de Tangará da Serra é caracterizada pela crescente área de cultivo de cana-de-açúcar, que por consequência gera a queima de biomassa da cana no período da seca (entre safra), contribuindo tal prática para o aumento das concentrações de gases na atmosfera, principalmente Monóxido de Carbono e Material Particulado. **Objetivos:** Analisar a incidência de pneumonia devida a outros microorganismos infecciosos especificados (CID-10 CAP. J16.8) e asma não especificada (CID-10 CAP. J45.9), em todas as faixas etárias, município de Tangará da Serra/MT no período 2006 a 2008. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo, ecológico, de série histórica dos registros de pneumonia e asma, embasado em dados secundários do Sistema de Informações da Secretaria de Estado de Saúde – DATAWAREHOUSE/SES/MT, período de 2006 a 2008, compilando-se as variáveis: UF, município de ocorrência do agravo, faixa etária, sexo, diagnóstico principal, mês, ano e número de internações. O estudo dos focos de calor para o mesmo período, embasado em dados secundários disponibilizados pelo Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos – CPTEC/DAS/INPE, utilizando-se as variáveis: satélites, estado, município e período. Os dados foram tabulados em planilha Excel versão 2007. **Resultados:** Foram registrados 4.118 focos de calor em Tangará da Serra, período de 2006 a 2008. No mesmo período foram registrados respectivamente 1.069 casos de incidência dos agravos CID-10 CAP J, sendo 973 internações CAP J16.8 e 96 internações CAP J45.9. Pelos dados apontados, desperta especial atenção o número de internações por pneumonia em relação à asma. Os dados apontaram redução nas internações por doenças respiratórias nos meses de dezembro a fevereiro. Para os demais meses em que há acréscimos para as internações, observa-se aumento significativo no registro do número de focos de calor, podendo estes contribuir para a dinâmica das internações por agravos respiratórios, principalmente pneumonia e asma. **Conclusão:** Pelos resultados obtidos, a dinâmica da incidência dos agravos CID-10 CAP. J16.8 e CID-10 CAP. J45.9 registrados em Tangará da Serra/MT, no período

2006 a 2008, apontaram maior incidência na faixa etária menores de 15 anos, podendo estar relacionada ao número de focos de calor, entre outras possíveis variáveis. Não menos importante, há que ser considerado a baixa umidade relativa do ar, principalmente nos meses de estiagem e seca, que também são coincidentes com o período de queimadas.

PO367 ASPERGILOSE PULMONAR NECROTIZANTE

MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAIRA ELIZA PETRUCCI ZANOVELLO; ALIPIO BARBOSA BALTHAZAR; REYNALDO QUAGLIATO JUNIOR; MONICA CORSO PEREIRA; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; ILMA APARECIDA PASCHOAL

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILLUS; IMUNODEPRESSÃO NÃO HIV; DIABETES

A aspergilose é uma doença causada por fungos filamentosos do gênero *Aspergillus*. Estes organismos podem ser facilmente encontrados no solo, na água e em diversos materiais orgânicos em decomposição. Existem aproximadamente 200 espécies de *Aspergillus*, porém somente uma minoria é patogênica ao ser humano, sendo *A. fumigatus*, *A. flavus* e *A. niger* os mais comuns. A aspergilose pulmonar pode apresentar-se de várias formas de acordo com a arquitetura do pulmão adjacente, da resposta imune do hospedeiro e do grau de inóculo inalado, sendo classificada em saprófita ou aspergiloma, aspergilose broncopulmonar alérgica, aspergilose pulmonar necrotizante crônica (APNC) ou semi-invasiva e aspergilose invasiva. Descrevemos o caso de um paciente, sexo masculino, branco, 51 anos, natural de Jandaia do Sul, procedente de Campinas, encaminhado ao serviço de Pneumologia HC UNICAMP devido quadro de tosse há 11 meses, produtiva com expectoração amarelada sem odor pútrido, com episódios intermitentes de hemoptóicos. Referia perda ponderal de 20 Kg no último ano. Negava dispneia, dor torácica ou outras queixas associadas. Antecedente pessoal de tabagismo 25 anos/maço, etilismo (3 doses de aguardente dia há 10 anos). Negava comorbidades tal com hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus ou contato com tuberculose. Exame físico: Bom estado geral, corado, hidratado, emagrecido. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular positivo, diminuído em HTE sem ruídos adventícios. Radiograma de tórax evidenciava consolidação com cavitação em seu interior localizada no lobo inferior E. Tomografia de tórax mostra massa com cavitação central, de limites imprecisos localizado no segmento apical do lobo inferior E. Exames laboratoriais, hemoglobina de 13,4, hematócrito de 37,6, plaquetas de 229.000 leucócitos totais de 7.140 cm diferencial normal. VHS de 67mm (1 hora) e GLUCEMIA de 763mg/dL, hemoglobina glicada 17,8%, função renal normal. Sorologia para *criptococcus*, blastomicose, HIV 1 e 2, Hepatite B e C negativos. Exames de escarro 3 amostras matinais: pesquisas e culturas para fungos e micobactérias negativas. Realizado bronfibroscopia flexível nov 2009. Não evidenciados lesões endobrônquicas e pesquisa e cultura de lavado brônquico (LB) para fungos e micobactérias negativas. Citologia diagnóstica do LB presença de hialo-hifomicose sugestiva de aspergilose. Histopatológico da biópsia transbrônquica numerosas hifas fungicas sugestivas de *Aspergillus fumigatus*. Iniciado tratamento com itraconazol 200mg por dia com melhora da tosse. Após 6 meses devido a ausência de melhora

radiológica, suspeitado de neoplasia associada realizada nova broncoscopia com biópsia que revelou somente aspergillus.

P0368 PNEUMONIA POR TOXOPLASMA GONDII

ANA CAROLINA DUARTE; FLÁVIA BITTAR ARANTES; FREDERICO HOMEM SILVA; NATÁSSIA OLIVEIRA LAWAL; LILIANE BARBOSA PASSOS; EDUARDO CROSARA GUSTIN; LUIZ HENRIQUE VIDIGAL; THULIO MARQUEZ CUNHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TOXOPLASMOSE PULMONAR; IMUNOCOMPROMETIDOS; PNEUMONIA

Introdução: Toxoplasmose é uma doença causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, com prevalência no Brasil de 10%-80% dependendo do local. A transmissão se dá por ingestão de alimentos contaminados com cistos ou oocistos, transfusão sanguínea, transplante de órgãos e transmissão congênita. Imunossuprimidos tem maior risco de desenvolver doença aguda, geralmente por reativação de infecção latente. A forma pulmonar tem sido observada com maior frequência, principalmente em transplantados, pacientes em quimioterapia e em portadores de AIDS. Pode ser rapidamente fatal se não tratada adequadamente. **Relato de Caso:** Sexo feminino, 40 anos, com tosse seca há 5 meses, associado a febre vespertina, hiporexia e emagrecimento. Na última semana a tosse havia se tornado produtiva, com febre alta, anorexia e prostração intensa, associado a náuseas, vômitos e diminuição do débito urinário. Tabagista sem outras comorbidades. Ao exame, apresentava-se desidratada, hipocorada, febril e emagrecida, com placas esbranquiçadas em amígdalas, crepitações bibasais à ausculta pulmonar. Raio X de tórax mostrava opacidade intersticial micronodular difusa. Apresentava leucograma infeccioso e sorologia para HIV positiva. Iniciado esquema antibiótico empírico, com ceftriaxone e clindamicina, e esquema RIP. Mantinha tosse produtiva e febre, evoluindo com dispnéia importante, agitação psicomotora, rebaixamento do nível de consciência e óbito 72 horas após admissão. **Discussão:** A toxoplasmose em imunossuprimidos acomete principalmente SNC, pulmões, olhos e coração. A pneumonia por *Toxoplasma gondii* é uma condição rara, que deve sempre ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com AIDS e sintomas respiratórios, principalmente com contagem de CD4 < 100 céls/mm³. Pode se desenvolver mesmo de forma isolada, com taxa de letalidade de 35% mesmo com tratamento adequado. O início dos sintomas e evolução geralmente são mais rápidos quando comparado a PPJ. Geralmente apresentam febre, dispnéia e tosse seca, podendo se disseminar evoluindo com insuficiência respiratória aguda. Raio X de tórax mostra opacidade retículo-nodular difusa indistinguível da PPJ, ou com opacidade nodular grosseira semelhante à tuberculose ou pneumonia fúngica. Derrame pleural pode estar presente. É comum a presença de anti-toxoplasmose IgG, que se negativo torna o diagnóstico improvável. Lavado bronco-alveolar com isolamento do agente fecha o diagnóstico. Pela gravidade e altíssima mortalidade devemos sempre considerar este diagnóstico, principalmente em pacientes com AIDS, com CD4 baixo, sintomas respiratórios e opacidade intersticial bilateral. O

diagnóstico precoce, com instituição de terapia direcionada é essencial para a sobrevivência desses pacientes.

P0369 RELATO DE CASO: PNEUMONIA POR CITOMEGALOVÍRUS EM TRANSPLANTADO RENAL

CAROLINA MONTEMÓR SOARES MESSINA¹; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA²; PAOLA OLIVEIRA CAVALCANTE³; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA⁴; CÁSSIO RAFAEL DE MELOS⁵; ROBERTA KAHWAGE SANTOS⁶

1,2,4,5,6.UNIFESP - EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.UNIFESP-EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CITOMEGALOVÍRUS; TRANSPLANTE RENAL; PNEUMONIA

Introdução: O sucesso do transplante está condicionado à administração de imunossuppressores para prevenir e tratar rejeição do hospedeiro e doença enxerto versus hospedeiro, além do uso de antimicrobianos para tratar infecção. O citomegalovírus (CMV) é da família dos herpes vírus, único reservatório é o homem e a transmissão é respiratória e oral. A infecção divide-se em primária (imunoglobulina (Ig) M positiva); secundária (reativação - cepa latente e reinfeção - nova cepa) e latente (IgG positiva). **Relato de Caso:** JAS, 37 anos, masculino, casado, desempregado, natural e procedente de São Paulo. Procurou hospital por dispnéia, febre e tosse seca há 6 dias com piora há 1 dia. Negava dor torácica, hemoptise, perda ponderal ou sibilância. Antecedentes pessoais: HAS e DM há 12 anos, transplante renal há 7 anos por nefrosclerose hipertensiva e diabética, insuficiência coronariana, tuberculose pulmonar tratada, ex tabagista 14 anos/maço. Em uso de prednisona, micofenolato mofetil e ciclosporina. Ao exame apresentava-se em regular estado geral, dispneico, afebril, FC 110 bpm, PA 110X70 mmHg, f 26 irpm, SpO₂ 89%; ACV: BRNF 2T sem sopros; AR: MV presentes com estertores em velcro bibasais; abdome e extremidades sem alterações. Frente a suspeita clínica de pneumonia bacteriana ou infecção pelo vírus Influenza H1N1, iniciado tratamento com antimicrobianos e oseltamivir. Submetido à broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica de lobo inferior direito. O anatomopatológico revelou inclusões virais citomegálicas em endotélio capilar da parede brônquica e edema dos septos alveolares. Tratado com Ganciclovir por 14 dias com melhora clínica, manteve hipoxemia com necessidade de oxigênio domiciliar. Segue em acompanhamento no ambulatório de Interstício. **Discussão:** O CMV é o agente infeccioso mais importante em pacientes pós transplante de células tronco hematopoiéticas e órgãos sólidos, com incidência de 15-60% de reativação e 20-35% de doença. Entende-se por infecção evidência de replicação viral; síndrome por replicação associada à febre, fraqueza, leucopenia e trombocitopenia e doença por replicação e evidência histopatológica de invasão em outros órgãos. Pacientes soropositivos têm alto risco de desenvolver reativação (70%) e doença (35-40%) quando comparados a soronegativos. O comprometimento pulmonar é o mais agressivo e geralmente associado ao desenvolvimento de rejeição aguda e crônica, além de predispor a superinfecção por bactérias e fungos. Pode ocorrer o desenvolvimento de bronquiolite obliterante exclusivamente em pacientes submetidos a transplante alogênico de células tronco hematopoiéticas com doença do enxerto versus hospedeiro. Pacientes soronegativos receptores de doadores soropositivos têm risco aumentado de desenvolver doença grave. É importante o diagnóstico de infecção por CMV tanto nos receptores quanto nos doadores

de órgãos para manejo adequado dos quadros de síndrome e doença visando à preservação do enxerto.

P0370 ASPERGIOSE BRONCOPULMONAR ALÉRGICA (ABPA)

ANGELO FERREIRA SILVA JUNIOR¹; ANA CAROLINA BARRETO DA SILVA²; AMANDA BARRETO SILVA³; ANDRE BARRETO SILVA⁴; RODRIGO VIANA CABRAL⁵; ANGELO FERREIRA SILVA⁶

1,2,5.UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL, TUBARÃO, SC, BRASIL; 3.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CURITIBA, CURITIBA, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE-UNIPAC, LAGES, SC, BRASIL; 6.HOSPITAL LARA RIBAS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGIOSE; MICOSE PULMONAR; ASMA

Introdução: A Aspergilose Broncopulmonar Alérgica (ABPA) é uma patologia do pulmão, comum em pacientes asmáticos ou aqueles com fibrose cística. Está associada a reações de hipersensibilidade Tipos I, III e IV desencadeadas por colonização superficial da mucosa brônquica. Essa resposta alérgica deve-se a multiplicação de antígenos expressados pelo *Aspergillus fumigatus* que coloniza o muco brônquico. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é relatar, um caso de Aspergilose Broncopulmonar Alérgica característico na história clínica, achados radiográficos e exames laboratoriais, os quais evidenciam a doença e favorecem o precoce diagnóstico e o tratamento. Sendo, portanto, de extrema importância a confirmação da ABPA, principalmente no paciente asmático, o que acarreta melhor prognóstico da doença. **Métodos:** Trata-se de um estudo baseado em um relato de caso feito com um paciente portador de Aspergilose Broncopulmonar Alérgica, proveniente do Hospital Universitário Emani Polydoro São Thiago - HU de Santa Catarina - situado em Florianópolis. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 39 anos, branco, natural de Florianópolis, e procedente de Itapoá, com história de relata rinite alérgica na adolescência. Procurou auxílio médico por queixar-se de crises de tosse, inicialmente seca e depois com expectoração purulenta. Apresentava episódios recorrentes a mais de 6 anos. Relata esporadicamente apresentar dispnéia sem fator desencadeante, respiração sibilante e episódios febris. **Resultados:** A espirometria é normal, Prick teste -hipersensibilidade cutânea imediata-positivo para *A. fumigatus*, hemograma com eosinofilia (em 15%), IgE sérica total aumentada (maior que 1.000 ng/ml), RAST -teste sérico para determinação de IgE específica, avalia presença de precipitinas- sugere *A. fumigatus* classe 3. Os exames clínicos da paciente revelaram sibilos difusos bilaterais. Na radiografia simples de tórax observaram-se imagens de opacidade no terço superior do pulmão esquerdo e na tomografia computadorizada de alta resolução, bronquiectasias centrais. A pesquisa de fungos no lavado broncoalveolar (LBA) revelou numerosas hifas com raros septos bifurcados sugestivos de *Aspergillus fumigatus*. Como tratamento, fez-se uso de prednisona (corticóide oral), associado a antifúngico. **Conclusão:** A Aspergilose broncopulmonar alérgica atinge geralmente aqueles pacientes imunodeprimidos, principalmente os asmáticos. O que faz com que o diagnóstico seja tardio,

já que os primeiros sintomas se confundem com aqueles característicos de um quadro leve de asma. Além desse fato, a ABPA agrava ainda mais o quadro de asma do paciente, o que justifica o estudo cruzando essas duas patologias. A evolução da ABPA é preocupante, oscilando entre estágios de agudização, remissão e podendo ser potencialmente fatal se não for diagnosticada e tratada corretamente.

P0371 RELATO DE CASO – PNEUMOCISTOSE COM PADRÃO RADIOLÓGICO DE ACOMETIMENTO UNILATERAL

DANIEL YARED FORTE; RODRIGO DE OLIVEIRA SCHMITZ; GUILHERME MAIA MONTEIRO; RODRIGO CÉSAR SCHIOCCHE DA COSTA; TATIANA DIAS MARCONI

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOCISTOSE; TRANSPLANTE RENAL; IMUNOSSUPRESSÃO

Introdução: As pneumonias causadas pelo *Pneumocystis jiroveci* chegaram a representar 10% das pneumonias em pacientes imunodeprimidos HIV negativos. Essa incidência caiu vertiginosamente após o uso profilático da associação sulfametoxazol/trimetoprima. O risco de infecção por *P. jiroveci* é superior nos primeiros seis meses pós-transplante e durante os períodos de maior imunossupressão. **Relato de Caso:** Paciente masculino, 33 anos, procedente de Florianópolis, em acompanhamento no ambulatório de nefrologia por transplante renal há 8 anos (causa da insuficiência renal crônica não estabelecida), em uso de Sirolimus 2mg/dia, Micofenolato de mofetila 3g/dia e Prednisona 5mg/dia. Vem em consulta ambulatorial referindo tosse seca e febre há 02 dias. Radiografia de Tórax evidenciando opacidade homogênea em Lobo Superior Direito (LSD), sorologia para HIV negativa e demais exames laboratoriais sem alterações. Saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax mostrando consolidação parenquimatosa no lobo superior e inferior à direita com broncograma aéreo e “vidro fosco” de permeio. Devido às hipóteses de Pneumonia Adquirida na Comunidade ou lesão pulmonar induzida por drogas, foi iniciada levofloxacina 750mg/dia e substituído Sirolimus por Ciclosporina 150mg/dia. Paciente retorna seis dias após uso do antibiótico, mantendo febre e tosse, agora produtiva com expectoração amarelada. Nova Radiografia e TC de tórax evidenciando piora das lesões em pulmão direito. Foi internado para realização de broncoscopia com lavado broncoalveolar e biópsia transbrônquica (BTB). Iniciado empiricamente Piperacilina + Tazobactam 4,5g EV 6/6h, Claritromicina 500mg EV 12/12h, Sulfametoxazol + Trimetoprim 20mg/kg /dia EV. O lavado bronco-alveolar mostrou positividade para *Pneumocystis jiroveci*. O resultado da BTB foi: bronquiolite linfocítica e pneumonia lipóide endógena focal e também foi identificada a presença do *P. jiroveci*. **Conclusão:** Confirmado o diagnóstico de pneumocistose unilateral, foi mantido o tratamento com Sulfametoxazol + Trimetoprim por 21 dias e reintroduzido Sirolimus. O paciente evoluiu com melhora clínico-radiológica completa.

P0372 RELATO DE CASO: INFECÇÃO CONCOMITANTE POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE E STENOTROPHOMONAS

FÁBIO JOSÉ FABRICIO DE BARROS SOUZA; GERALDINE MACIEL GUIMARÃES; KAREN SCHERER BASTOS; JOISE GIOVANA GIAROLO; GIORDANA ZEGERINO MARIANO; VITOR HUGO PARPINELLI RICCI; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO

HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIDIOIDOMICOSE; MICOSE PULMONAR; STENOTROPHOMONAS

Introdução: Paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica, endêmica nos países da América Latina, causada pelo fungo termo-dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*. A forma crônica predomina no adulto, podendo disseminar-se para formas graves e letais, com rápido e progressivo acometimento pulmonar, ganglionar, tegumentar e de órgãos linfóides. **Objetivos:** Descrever um caso de paracoccidioidomicose associado com *Stenotrophomonas maltophilia*. **Material e Métodos:** relato de caso. **Resultados:** Paciente masculino, 42 anos, caucasiano, motorista de caminhão, natural de Cachoeirinha (RS) e procedente de Içara (SC), internado no Hospital São José (Criciúma -SC) por quadro de emagrecimento de 16 kg em 3 meses associado a sudorese noturna, tosse produtiva com escarro hemoptoico e epigastria. Apresentava histórico de tabagismo (50 anos/maço) e etilismo. Realizou tratamento prévio com Ceftriaxone e iniciou tratamento empírico para tuberculose com Coccip 4, sem melhora clínica, laboratorial ou radiológica. Ao exame físico apresentava-se taquipneico, febril com roncospasmos difusos, sibilos em ápices e estertores em bases à ausculta pulmonar. A radiografia de tórax apresentava consolidações nos terços médios dos pulmões, não sendo descartado escavações nos lobos superiores direito e esquerdo. Extensas consolidações pulmonares com áreas de vidro fosco e espessamento de septos interlobulares; broncogramas e bronquioloectasias associadas foram visualizadas na tomografia de tórax. Os resultados dos exames laboratoriais não evidenciaram infecção por HIV ou outra imunossupressão. Realizado lavado brônquico através de broncoscopia que apresentou pesquisa para fungos positiva e cultural com crescimento de *Paracoccidioides brasiliensis*. Em exame de escarro houve isolamento da bactéria *Stenotrophomonas maltophilia*, sensível a Levofloxacino. Foi realizado tratamento com Levofloxacino 500 mg e Anfotericina 50 mg. Durante tratamento com Anfotericina, apresentou crises graves de dispnéia, sendo o medicamento substituído por Itraconazol 400 mg, com melhora dos sintomas. Segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Paciente apresentando evolução clínica arrastada, mimetizando quadro de tuberculose, com investigação diagnóstica prévia sem definição, somente sendo diagnosticado por intermédio de broncoscopia.

P0373 FREQUÊNCIA DOS PATÓGENOS RELACIONADOS À PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL GERAL DE ALTA COMPLEXIDADE DE REFERÊNCIA NA REGIÃO SUL CATARINENSE

TAMISE DA SILVA BAPTISTA1; SAMUEL DIOMÁRIO DA ROSA2; ROBERTO TEIXEIRA OENNING3

1,2.UNESC, CRICIÚMA, SC, BRASIL; 3.HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; VENTILAÇÃO MECÂNICA; PATÓGENOS

Introdução: Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a pneumonia que ocorre após 48 horas do início do suporte ventilatório, no paciente intubado ou traqueostomizado. PAV é a infecção mais frequente dentro os pacientes com suporte ventilatório em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), sendo associada também aos maiores índices de mortalidade quando comparada com infecções de outros focos. Sendo assim é reconhecida a importância do conhecimento e correto manejo desta doença, tanto a partir de critérios clínicos quanto bacteriológicos, como a identificação dos patógenos causadores. **Objetivos:** Verificar a frequência e patógenos causadores de PAV em UTI geral no período de 2006 a 2009 caracterizando o perfil de sensibilidade antimicrobiana dos agentes etiológicos isolados. **Métodos:** Foram revisados prontuários dos pacientes internados na UTI que tiveram o diagnóstico clínico e bacteriológico de PAV nos anos citados, totalizando 156 pacientes, e destes, avaliado o patógeno causador da PAV e o teste de sensibilidade antimicrobiana. **Resultados:** Dos 156 pacientes avaliados devido aquisição de PAV em UTI conforme análise feita de 2006 a 2009, os anos contaram com: 65, 80, 77 e 39 PAVs, respectivamente. Em 2006 foram isoladas 20 PAVs, em 2007, 65 e assim sucessivamente, com números de 48 e 23. Observou-se uma maior frequência de *Acinetobacter baumannii* nos anos de 2006 à 2008 enquanto que no ano de 2009 houve uma maior prevalência de *Pseudomonas aeruginosa* assim como de *Staphylococcus aureus*, sendo que em segunda posição observou-se também *Pseudomonas aeruginosa* nos anos anteriores a 2009. O teste de sensibilidade antimicrobiana avaliou o perfil de sensibilidade ao longo dos anos, onde se evidenciou um aumento de sensibilidade tanto para bactérias gram negativas, gram negativas não fermentadoras e *Staphylococcus aureus* conforme análise para antibióticos com espectro de ação para estes. A análise para as bactérias *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* e *Staphylococcus coagulase negativo* ficou prejudicada devido os poucos números de PAVs por esses patógenos. **Conclusão:** Os resultados indicam uma tendência a diminuição do perfil de sensibilidade conforme os grupos de bactérias analisadas porém o estudo requer um maior tempo de evolução para melhores afirmações.

P0374 RELATO DE CASO DE PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

ELAINE CRISTINA CAON DE SOUZA; CHRISTIE MARIE SCHWEITZER; DANIEL YARED FORTE

HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOTÓRAX; INFECÇÕES BACTERIANAS; PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO

Introdução: O pneumotórax hipertensivo é uma complicação rara de infecções respiratórias bacterianas e constitui uma emergência médica. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 27 anos, tabagista e usuário de crack deu entrada no serviço de emergência de um hospital público com história de dor torácica ventilatório-dependente à direita e febre havia duas semanas. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, emagrecido. Pressão arterial de 120x60mmHg, temperatura axilar de 37,5°C, frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto e frequência respiratória de 48 incursões respiratórias por minuto. Saturação de oxigênio medida pelo oxímetro de pulso era 90% em ar ambiente. À inspeção do tórax, evidenciava-se assimetria entre ambos

os hemitórax, com expansão reduzida do hemitórax direito em relação ao esquerdo. O exame do precórdio evidenciava ictus hiperdinâmico, pulsos amplos e regulares. Ausculta cardíaca normal. À ausculta pulmonar, percebia-se abolição do murmúrio vesicular em todo o hemitórax direito. Os exames laboratoriais à admissão mostraram: leucócitos de 30.260 por mm³ com 74% de segmentados e 11% de bastonetes. Hemoculturas e sorologia para HIV, assim como a pesquisa de fungos e de bacilos álcool-ácido resistentes no escarro apresentaram resultados negativos. A radiografia de tórax mostrou pneumotórax no terço superior do hemitórax direito e parênquima pulmonar repleto de bolhas com nível ar-líquido à direita. TC tórax mostrou atelectasia quase completa do pulmão direito, persistindo pequena aeração do segmento basal do LID e presença de pneumotórax à direita associado a múltiplas coleções, coalescentes, com presença de nível líquido-ar. Foi iniciado oxigenioterapia por máscara facial simples e também antibioticoterapia com Ceftriaxona e Clindamicina. No terceiro dia de internação hospitalar, o paciente apresentou piora importante da dispnéia e piora da expansão torácica, mais evidente à direita. Foi repetida a radiografia de tórax imediatamente, em que se evidenciou volumoso derrame pleural com aumento do pneumotórax à direita com desvio do mediastino à esquerda. Foi submetido a drenagem fechada de tórax de urgência, com colocação de dreno número 32 no quinto espaço intercostal e linha axilar média à direita, evoluindo com melhora importante do desconforto respiratório. Análise do líquido pleural mostrou pesquisa para BAAR negativa, dosagem de adenosina deaminase de 28U/L, glicose de 2mg/dL, LDH 2072 U/L, proteínas totais 0,6g/dL, pH 6,718 e bacterioscopia com presença de muitos bacilos gram negativos pleomórficos (sugestivos de anaeróbios) e muitos cocos gram positivos. Substituída a Ceftriaxona por Levofloxacino. A cultura do líquido pleural foi positiva para *Enterococcus faecalis* e *Klebsiella pneumoniae* ambas com 105 UFC/mL, multisensíveis. Conclusão: O paciente seguiu com antibioticoterapia e dreno de tórax com saída de conteúdo progressivamente menor de secreção purulenta e melhora clínica importante.

P0375 ESTUDO COMPARATIVO DOS FATORES HEMATOLOGICOS PROGNÓSTICOS DA PNEUMONIA NECROSANTE NA CIDADE DE MANAUS

FERNANDO LUIZ WESTPHAL; LUÍS CARLOS DE LIMA; JOSÉ CORRÊA LIMA NETO; MARIA DO SOCORRO LUCENA CARDOSO; MÁRCIA DOS SANTOS DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; NECROSE; ABSCESSO PULMONAR

Introdução: A pneumonia é um processo infeccioso agudo do parênquima pulmonar, geralmente de causa bacteriana. Uma complicação rara da pneumonia é a forma necrosante, caracterizada por focos necróticos em áreas consolidadas. Estão implicados na sua patogênese a extensão da necrose associada a trombose dos vasos pulmonares proximais. **Métodos:** estudo observacional, prospectivo, descritivo, com componente analítico. O trabalho foi desenvolvido em dois hospitais infantis da cidade de Manaus. Os pacientes foram selecionados a partir de dados clínicos e radiológicos, e divididos em três grupos, um com pneumonia necrosante (grupo 1), um com pneumonia associada a derrame pleural (grupo 2) e outro com pneumonia grave (grupo 3). Foram analisados parâmetros inflamatórios (PCR e contagem de leucócitos) e de hipercoagulabilidade sanguínea (contagem

de plaquetas, TAP e TTPA). Os exames laboratoriais foram realizados no 1º, 7º e 14º dias de internação hospitalar. Foi calculada a mediana da diferença entre o 7º dia em relação ao 1º, 14º em relação ao 1º e 14º em relação ao 7º e os valores encontrados em cada grupo foram comparados por meio do teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** foram incluídos 24 pacientes, com média de idade de 21,9 ($\pm 10,1$) meses, sendo 17 (70,8%) do sexo masculino. No grupo 1 foram alocados seis pacientes, no grupo 2, oito pacientes, e no grupo 3, dez pacientes. A análise do PCR mostrou níveis persistentemente elevados no grupo 1, e redução progressiva nos grupos 2 e 3 ($p = 0,056$). A análise dos fatores de coagulação não identificou diferenças significativas na evolução dos três grupos, bem como a contagem de leucócitos. **Conclusão:** neste grupo de pacientes não encontramos alterações significativas nos parâmetros analisados, com exceção do valor da PCR, que encontrava-se maior no grupo 1.

P0376 CRIPTOCOCOSE PULMONAR E DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME; MAIRA ELIZA PETRUCCI ZANOVELLO; GISELE NUNES YONESAWA; MONICA CORSO PEREIRA; ILMAR APARECIDA PASCHOAL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; REYNALDO QUAGLIATO JUNIOR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: CRIPTOCOCOSE; PNEUMOPATIAS FÚNGICAS; IMUNOCOMPETÊNCIA

Criptococose é uma micose de natureza sistêmica causada pela infecção do complexo *Cryptococcus neoformans* encontrado em excretas de pombos e restos vegetais de eucaliptos. Ocorre por via inalatória e pode se disseminar por via hematogênica para o sistema nervoso central (sítio mais comum), pele, ossos entre outros. Vista como doença oportunista em pacientes em fases avançadas da síndrome da imunodeficiência adquirida é pouco comum em imunocompetentes. Tal condição influencia na morbi-mortalidade, assim como nas manifestações clínico-laboratoriais. Nódulos de localização subpleural uni ou bilaterais são o achado radiológico mais comum nos imunocompetentes. Homem de 74 anos, branco, iniciou há três meses quadro clínico de tosse produtiva e dispnéia aos médios esforços associado à perda de peso de 11 kg. Negava febre. Fez uso de azitromicina sem melhora do quadro. Ex-tabagista de 30 a/m, e ex-etilista por 10 anos, abstêmio há 10 anos. Portador de HAS. Mãe falecida devido câncer de pulmão. Trabalhador rural por 35 anos. Apresentava-se eunêmico, sem linfonodomegalias palpáveis e exame neurológico sem alterações. Exame respiratório com murmúrio vesicular diminuído em ápice de direito. SpO₂ de 94% (aa) e FR de 15 irpm. Dentes em péssimo estado. RX e TC de tórax apresentavam consolidação heterogênea, tipo massa, em lobo superior direito (LSD). Escarro negativo para BAAR. Broncoscopia evidenciou diminuição discreta da luz do brônquio do LSD e o lavado brônquico e a biópsia transbrônquica (LSD) revelaram *Cryptococcus* sp. Pesquisas para BAAR e malignidades foram negativas. TC de crânio sem lesões expansivas. A punção líquórica lombar evidenciou hipertensão, linfocitose, hiperproteinemia e hipoglicorraquia. Pesquisa de antígeno criptocócico no líquido e sangue foram respectivamente 1:32 e 1:2048. ADA normal. Anti-HIV negativo e sem outras causas para imunossupressão. Devido sinais de acometimento do SNC foi introduzido

terapêutica de indução com anfotericina B endovenosa por 14 dias e punções líquóricas diárias até normalização da hipertensão seguidos de manutenção com fluconazol por via oral. Evoluiu com melhora clínica satisfatória e regressão importante da imagem radiológica. Relatamos o caso de um paciente adulto, tabagista importante, com antecedente familiar de neoplasia pulmonar, portador de sintomas respiratórios e síndrome consumptiva sem imunossupressão, com massa pulmonar ao radiograma de tórax. Devido à hipótese diagnóstica de neoplasia pulmonar, a broncoscopia foi realizada e o obteve-se o diagnóstico de Criptococose. O líquido evidenciou acometimento do SNC. Iniciado tratamento, evoluiu com melhora clínica, regressão importante da imagem radiológica e dos níveis sorológicos. O presente caso ilustra uma apresentação infrequente da criptococose pulmonar, sua importância no diagnóstico diferencial de massas pulmonares e a alteração prognóstica e resposta terapêutica satisfatória após a realização do diagnóstico e tratamento adequados.

PO377 RHODOCOCOCCUS EQUI: RELATO DE CASO

MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME; MOARA ALVES SANTA BÁRBARA BORGES; RODRIGO ANGERAMI; ANGELA VON NOWAKONSKI; KARINA CUZIO; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; REYNALDO QUAGLIATO JUNIOR

HC- UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIV; RHODOCOCOCCUS EQUI; CONSOLIDAÇÃO COM CAVITAÇÃO

Rhodococcus equi (previamente *Corynebacterium equi*), principal agente da rodococose, é um cocobacilo pleomórfico, gram-positivo, aeróbio, parcialmente acidorresistente, não formador de esporos, imóvel, amplamente distribuído na natureza. Pode ser adquirida por via inalatória ou transcutânea. A rodococose, inicialmente descrita em veterinária, teve o primeiro relato em humanos, em 1967, em um paciente com abscesso pulmonar. Contudo, nos últimos anos, tem sido descrito com frequência crescente como pneumonia necrosante e abscesso pulmonar, em pacientes com alteração na imunidade celular, especialmente infectados pelo HIV. Cerca de 80% dos casos ocorrem em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida, notadamente os que apresentam contagens de linfócitos CD4 menores que 200 células/mm³. Em humanos, o principal sítio de infecção é o pulmão. A forma de apresentação clínica mais frequente é a de um quadro pneumônico de evolução arrastada, com tosse, febre e sintomas constitucionais. O agente etiológico é facilmente isolado a partir dos sítios de infecção. A apresentação radiológica mais comum nos quadros de infecção pulmonar é uma consolidação com escavação, com ou sem níveis líquidos, acometendo mais comumente os lobos superiores. Relatamos o caso de uma paciente, 17 anos, procedente de Cosmópolis-SP, SIDA C3, transmissão vertical, sem tratamento desde 2008 que entrada no PS UNICAMP dia 11 de agosto de 2010 com quadro de tosse produtiva, febre aferida (38-39°C), emagrecimento e diarreia crônica, sintomas esses há 2 meses aproximadamente. Exame físico de entrada: REG, agitada, descorada ++, desidratada ++, emagrecida (IMC=15), PA: 100 x 60mmHg; FC: 134bpm; FR: 26irmp; SpO₂: 98% ar ambiente, ausência de linfonodomegalias, AR: MV+ diminuído à E globalmente,

com roncocal de transmissão, ACV: RCR2T sem sopro, Abd: RHA+, escavado, flácido, sem visceromegalias. MMII: ausência de edema, pulsos simétricos, panturrilhas livres, TEC 3 s, Rx tórax: consolidação com cavitação e nível hidroaéreo em região de campo médio E. TC de tórax: consolidação com cavitação e áreas de necrose em região lingular, Hmg: Hb: 8g/dL; Ht: 24,3%; plaq: 164.000/mm³; leuco: 5.300/mm³ (mielo: 1%/bast 4%/seg 78%/linf 3%/mono 14%) ALT: 80U/L; AST: 231 U/L; FALC: 385 U/L; GGT: 364 U/L; LD: 369 U/L; Creat: 0,25mg/dL; U: 24mg/dL; K: 3,5mEq/L; Na: 137mEq/L, carga viral: 39.528 (Log 4,6); CD4: 7; CD8: 190 Broncoscopia. Macroscopia visualizada grande quantidade de secreção purulenta, cujo lavado brônquico identificou cocos bacilos Gram positivos, parcialmente álcool-ácido resistentes, confirmado pela cultura como *Rhodococcus equi*. Iniciado tratamento com: Imipenem 2g/dia, Amicacina 500mg/dia, Sulfametoxazol-Trimetoprim 960mg/dia. Evoluiu com insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal no dia 13/08/10. Extubada dia 24/08/10. No momento melhor em uso de cateter de O₂ mantendo boa saturação.

PO378 PNEUMOTÓRAX RECIDIVANTE COMO PRIMEIRO SINAL DE INFECÇÃO PULMONAR POR PARACOCIDIOIDOMICOSE

SERGIO GRAVA1; FRANCISCO ANTONIO DIAS LOPES2; LILIAN CRISTIANE BAEZZA3; MAYSA CLÁUDIA ZOLIN PERENHA VIANA4; TEREZINHA INÊS ESTIVALET SVIDIZINSKI5

1,3,4,5.UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL;

2.HOSPITAL PARANÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCIDIOIDOMICOSE; PNEUMOTÓRAX; MICOSES PULMONARES

Objetivos: relatar um caso atípico de infecção pulmonar por Paracoccidiodomicose, tendo como primeiro sinal pneumotórax recidivante. **Relato do Caso:** ARF, 57, masculino, branco, residente em Primavera, São Paulo, dono de restaurante e churrasqueiro, tabagista 50 anos/maço, procurou atendimento médico queixando-se de dispnéia, tosse seca e dor torácica súbita. Diagnosticado pneumotórax esquerdo e realizada drenagem torácica em selo d'água, com expansão pulmonar total no radiograma de tórax. Após retirada do dreno torácico houve recidiva do pneumotórax com necessidade de nova drenagem. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou infiltrado intersticial difuso micronodular associado a pequenas opacidades esparsas; enfisema centrolobular e subpleural difuso, além de bolhas bilateralmente. Realizada biópsia pulmonar com diagnóstico de paracoccidiodomicose no anátomo patológico. Sorologia por imunodifusão e Western blot realizadas no laboratório de Micologia Médica foram positivas corroborando o diagnóstico. Escarro não foi investigado por escassez deste material. O paciente cessou o tabagismo e foi iniciado Itraconazol. Houve importante melhora clínica e radiológica com remissão das lesões intersticiais na tomografia de tórax após 3 meses de tratamento. Atualmente encontra-se em uso da medicação e realizando titulação sorológica periódica. Trata-se de uma apresentação não habitual de paracoccidiodomicose, pois não houve o quadro clínico clássico da doença e nem a apresentação radiológica mais comum, o infiltrado peri-hilar bilateral em "asa de borboleta".

P0379 COCCIDIOIDOMICOSE NA CLÍNICA DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS/UFPI

ANTÔNIO DE DEUS FILHO¹; ANTÔNIO CASTELO BRANCO DE DEUS²; MIGUEL PIRES DE MOURA³; OSANAN AMORIM LEITE⁴; LILINE MARIA SOARES MARTINS

1,2,5.UFPI, TERESINA, PI, BRASIL; 3,4.HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, TERESINA, PI, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: COCCIDIOIDOMICOSE; MICOSE SISTÊMICA; NÓDULOS PULMONARES

Introdução: A coccidioidomicose é uma micose sistêmica causada pelo fungo dimórfico, geofílico - *Coccidioides posadassi* (espécie isolada no Brasil). A doença é adquirida pela inalação de artroconídios infectantes presentes no solo. Usualmente apresenta-se como uma infecção benigna de resolução espontânea, porém uma pequena proporção dos indivíduos infectados desenvolve quadros progressivos. O primeiro caso de coccidioidomicose foi identificado em 1891, na Argentina. No Brasil, os primeiros casos foram relatados em 1978 e 1979. Somente em 1998 o Brasil foi incluído no mapa da distribuição geográfica. **Objetivos:** Demonstrar a incidência de coccidioidomicose na Clínica de Pneumologia do Hospital Getúlio Vargas (UFPI), determinando a sensibilidade e as principais características dos exames realizados. **CASUÍSTICA E Métodos:** Todos os pacientes foram notificados entre 08/04 e 08/10, com diagnóstico confirmado através da pesquisa direta e/ou cultivo do escarro em Sabouraud, além da sorologia de imunodifusão. Todos fizeram RX e TCAR do tórax. **Resultados:** Dos 44 pacientes identificados, 40 eram caçadores de tatu, 2 plantadores de mandioca e 2 cavadores de poços; 42 homens oriundos do Piauí e 2 indígenas (uma mulher) da tribo Guajajara do Maranhão. Foram descritas 6 microepidemias no semi-árido do estado do Piauí, envolvendo 18 pacientes, os demais 26 eram casos isolados. A coccidioidomicose manifestou-se principalmente na forma pulmonar aguda com sintomas de infecção respiratória (tosse, febre, dor torácica, emagrecimento), após 13 dias (média) de caçada a tatu. As manifestações extra-pulmonares mais frequentes foram o eritema nodoso, eritema polimorfo e lesões eritemato-escamosas. O Método laboratorial mais sensível de diagnóstico foi o cultivo do escarro (90%), secundado pela pesquisa direta (86,6%) e imunodifusão positiva em 31,1%. Atribuímos a elevada sensibilidade do exame direto a alta carga infectante que determinou a identificação de quadros agudos da doença. No seguimento dos casos ocorreram 2 óbitos por SDRA e 1 por septicemia. Os demais casos responderam satisfatoriamente ao tratamento com itraconazol. **Discussão:** Os achados radiográficos e tomográficos mais frequentes foram nódulos pulmonares predominando nas bases pulmonares. A TCAR mostrou-se mais sensível para evidenciar escavações nos nódulos pulmonares, linfonodomegalia mediastínica e derrame pleural. O diagnóstico precoce de coccidioidomicose pulmonar deve ser considerado em áreas endêmicas do semi-árido do Nordeste do Brasil, especialmente em pacientes expostos a atividade de caçar tatu e que apresentem ao RX nódulos pulmonares múltiplos predominado nas bases pulmonares. **Conclusão:** As micoses sistêmicas devem ser incluídas no diagnóstico diferencial das pneumopatias de etiologia incerta, na região Nordeste do Brasil, mormente a

coccidioidomicose, em pacientes que trabalhem expostos a remoção do solo, como os caçadores de tatu, plantadores de mandioca e cavadores de poços.

P0380 ACTINOMICOSE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

CAROLINE NAPPI CHAVES; ALEXANDRE DE MELO KAWASSAKI; LETICIA BARBOSA KAWANO-DOURADO; MARISA DOLHNKOFF; ANGELO FERNANDEZ; CARLOS ROBERTO RIBEIRO DE CARVALHO; RONALDO ADIB KAIRALLA

FACULDADE DE MEDICINA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ACTINOMICOSE; HEMOPTISE; TOMOGRAFIA

Introdução: Actinomicose pulmonar é uma doença rara, que acomete imunocompetentes, causada por bactérias da família Actinomyceataceae, componentes habituais da flora humana. Infecção pulmonar decorre provavelmente da microaspiração de secreção oral, principalmente após formação de abscessos orais, disseminando-se por via broncogênica. Na tomografia computadorizada de tórax (TC) observam-se consolidações com halo em vidro despolido, consolidações peribroncovasculares, nódulos ou massas, derrame pleural e, nos casos avançados, invasão da parede torácica com destruição óssea. Paciente feminina, 30 anos, história de 6 anos de episódios de tosse, febre, expectoração purulenta e escarros hemoptóicos sem resposta a antibioticoterapia, iniciados após tratamento de abscesso gengival. Laboratório evidenciava aumento da velocidade de hemossedimentação (25mm) e proteína C reativa (12,6mg/dl). Radiografia de tórax apresentava opacidades nodulares em campo médio e superior direito. TC mostrava cavitações peribroncovasculares de paredes espessadas. Biópsia transbrônquica evidenciou processo inflamatório crônico inespecífico e focos de necrose com hifas pequenas e esporos. Culturas foram negativas. Foi realizada biópsia transtorácica guiada por tomografia, que mostrou presença de bactérias compatíveis com *Actinomyces* sp. Realizado tratamento com penicilina venosa seguida de clindamicina oral por um ano, sem resposta. Resolvido por pneumectomia direita devido à localização peri-hilar da lesão. Apesar de complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico, apresentou boa evolução. **Conclusão:** A actinomicose é uma doença infecciosa crônica, de tratamento prolongado, dividido em ataque de penicilina venosa por 2 a 6 semanas, seguida por tratamento oral durante 6 a 12 meses com amoxicilina, clindamicina ou cloranfenicol. Cura ocorre em 90% dos casos, embora a recidiva seja frequente. A ressecção cirúrgica se faz necessária na refratariedade ao tratamento farmacológico.

P0381 RELATO DE CASO: PNEUMONIA LIPÍDICA

RODRIGO MIQUELANTI MELO; THULIO MARQUEZ CUNHA; EMILIO CARLOS OLIVEIRA; FERNANDA ZANATTA FREITAS SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA LIPÍDICA; BRONCOSCÓPIA; NEOPLASIA PULMONAR

Introdução: A pneumonia lipídica é uma enfermidade rara, decorrente de acúmulo alveolar de lipídios endógenos e exógenos. Comumente associada a aspiração de óleo mineral ou inalação de materiais como combustíveis. Causas endógenas incluem obstrução brônquica por neoplasia ou bronquiólite obliterante, assim como causa idiopática. **Relato do Caso:** Paciente JRS, 80 anos, sexo masculino, foi encaminhado ao serviço com história hiporexia,

astenia, tosse produtiva, escarro brancacento, dispnéia aos moderados esforços e perda ponderal de 5Kg em 2 meses. Não apresentava febre ou adenomegalia cervical. Negava tabagismo. Trabalhava com manipulação e envasamento de óleo de oliva, sem história de ingestão de óleo mineral nem uso de compostos à base de óleo. Antecedentes de hipertensão arterial e revascularização miocárdica. Realizados tratamentos prévios com antibióticos sem melhora. Radiografia de tórax mostrava consolidação extensa em lobo superior direito (LSD). Tomografia computadorizada de tórax mostrava consolidação em LSD com atenuação em vidro fosco em segmento 6 à direita. O paciente foi submetido broncoscopia flexível sob sedação e realizada biópsia transbrônquica sem intercorrências. Anatomopatológico evidenciou fibrose e infiltrado mononuclear nos septos interalveolares, hiperplasia de pneumócitos, alguns dos quais mostravam vacuolização do citoplasma, material amorfo e grande quantidade de macrófagos espumosos na luz alveolar, compatíveis com Pneumonia Lipídica. Discussão: Descrevemos um caso incomum na prática clínica, por isso subdiagnosticada e comumente tratada como pneumonia comunitária. A pneumonia lipídica associa-se a depósitos alveolares de lipídios exógenos ou endógenos, sendo a regra a remissão espontânea após descontinuação do contato. Os pacientes apresentam sintomas de afecção pulmonar como tosse, dispnéia e expectoração assim como sintomas inespecíficos como queda do estado geral, hiporexia ou febre. Até metade dos casos são assintomáticos, tendo o diagnóstico em exames de rotina. O diagnóstico é baseado na radiologia e achado de macrófagos espumosos no lavado broncoalveolar ou biópsia pulmonar, associados a quadro clínico e exposição compatíveis. No presente caso houve melhora do quadro com descontinuação do manuseio e produção de óleo de oliva, estando ainda em acompanhamento clínico e radiológico. O tratamento geralmente baseia-se em evitar exposição a lipídeos exógenos. Uso de corticóide foi descrito com sucesso e cirurgia raramente é necessária. O prognóstico é bom mas, em casos de neoplasia, dependerá do estadiamento da mesma.

P0382 PERFIL DA INFECÇÃO POR H1N1 EM HOSPITAL SECUNDÁRIO DA GRANDE SÃO PAULO

HELEN MOREIRA COUTINHO; PATRICIA KITTLER VITORIO; ORLANDO LUIS SANTAREM; ROBERTO DE CLEVA; LORENA LABORDA
HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL; INFECÇÃO; H1N1

Introdução: No final de março de 2009, foi descoberta uma nova doença respiratória causada pelo vírus OIV influenza A H1N1, com características moleculares do vírus influenza de porcos, aves e humanos da América do Norte e Europa. Em abril, a Organização Mundial de Saúde (WHO) documentou a doença como pandemia, após a transmissão em pelo menos 3 países. Em agosto de 2009, o Brasil já apresentava 2.959 casos confirmados da nova gripe, com 96 mortes, sendo que 1.036 dos confirmados estavam no Estado de São Paulo.

Objetivos: Avaliar o comportamento da infecção por H1N1 durante período epidêmico. **Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo, realizado no Hospital Geral de Pedreira entre 17 de junho a 07 de outubro de 2009. Pacientes com febre, mialgia, coriza, dor de garganta, tosse, dispnéia, ou pelo menos dois dos sintomas referidos eram considerados suspeitos para H1N1. Todos realizaram PCR para confirmação diagnóstica. Foram incluídos indivíduos entre 12 e 80 anos

de idade. Positividade em hemocultura e secreção traqueal eram necessárias para confirmação de infecção bacteriana associada. **Resultados:** Foram notificados 22 casos suspeitos, com idade variando entre 14 a 75 anos, sendo 9 homens e 13 mulheres. O resultado da PCR extraviou em 2 casos, 12 foram negativos e 8 confirmados com PCR positiva. Todos os casos receberam dose padrão de oseltamivir. Dos 8 confirmados, metade evoluiu com insuficiência respiratória aguda. O estudo radiológico evidenciou infiltrados pulmonares extensos. Houve necessidade de ventilação mecânica invasiva, com FiO2 de 100%, pouco responsivo à PEEP, corticoterapia precoce e traqueostomia. Um caso foi submetido à ventilação dependente por lesão predominante à direita. Dois casos foram submetidos à biópsia pulmonar, que revelou processo inflamatório em fase proliferativa. Pneumonia estafilocócica foi confirmada em 2 casos. Todos tiveram alta hospitalar, sendo 2 com oxigenioterapia domiciliar. **Conclusão:** A infecção pelo H1N1 pode causar doença grave, SARA e morte em pacientes jovens até a meia idade, previamente hígidos. Infecções secundárias também estiveram presentes.

P0383 CRIPTOCOCOSE PULMONAR EM IMUNOCOMPETENTES

DÉBORAH MADEU PEREIRA; LUIZ RENATO BREVIGLIERI; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; DANIELA TAÍSA FUDO; VANESSA ALVES DE LIMA; TATIANA SARUHASHI; ROBERTO STIRBULOV

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CRIPTOCOCOSE; IMUNOCOMPETENTES; NÓDULOS PULMONARES

Introdução: Criptococose é infecção causada pela forma encapsulada do fungo *Cryptococcus neoformans*. Esse fungo tem distribuição mundial e é encontrado abundantemente no solo contaminado por fezes de pombos. A infecção pulmonar resulta da inalação do microorganismo diretamente do meio ambiente porém, devido ao seu tropismo pelo sistema nervoso central, meningite ou meningoencefalite são as manifestações mais comuns da doença. **Relato do Caso:** MCS, 36 anos, sexo feminino, parda, vendedora, sem antecedentes mórbidos, iniciou há 4 meses quadro de tosse seca, astenia, febre intermitente e perda ponderal (3 Kg), associado há 1 mês, cefaléia holocraniana de moderada intensidade refratária a analgésicos simples, procurando por isso nosso serviço. Ao exame físico da entrada, apresentava-se em bom estado geral, consciente, contactuante, corada, hidratada, acianótica, afebril, eupneica, PA: 120 X 80 mmHg, Pulso: 80 bpm, FR: 16 ipm, Sat O2 98% ; ausculta pulmonar e cardíaca sem anormalidades; exame neurológico com pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores, sem sinais de irritação meníngea. Optado então pela internação hospitalar para investigação. Na radiografia de tórax, apresentava massas pulmonares em lobo superior e inferior a esquerda e na tomografia computadorizada de tórax, massas de contornos lobulados medindo ambas 3,5 X 3,0 cm, localizadas no lobo superior e inferior esquerdo, sem mais anormalidades. Indicada realização de broncoscopia com biópsia transbrônquica e lavado bronco-alveolar. O exame resultou normal, e pesquisa direta e culturas negativas. Na biópsia transbrônquica, observado espessamento fibroso septal, discreto infiltrado linfocitário e em alguns espaços alveolares, a presença de estruturas ovais coradas pelo

PAS, com características de *Cryptococcus neoformans*. Pelo quadro neurológico associado, foi realizada ressonância magnética de crânio, dentro da normalidade e colhido o líquor. Após a exclusão de doença no sistema nervoso central, iniciado o tratamento com fluconazol 200 mg de 12 em 12 horas, evoluindo com regressão dos sintomas pulmonares, atualmente no terceiro mês de tratamento porém ainda persistindo as imagens na radiografia de tórax. **Conclusão:** O envolvimento pulmonar pelo *criptococo* varia desde a colonização assintomática até quadros de pneumonia grave com insuficiência respiratória, dependendo do estado imune do paciente. Os achados radiográficos também são variados e correlacionados com a imunidade do paciente (nódulos, massas, consolidações, infiltrado retículo-nodular, adenopatia hilar ou mediastinal e derrame pleural). Nos pacientes imunocompetentes, nódulos ou massas, múltiplas ou solitárias constituem a apresentação mais freqüente (60 a 80% dos casos) logo, a *criptococose* pulmonar deve estar incluída entre os diagnósticos diferenciais de massas e nódulos pulmonares em imunocompetentes.

P0384 RELATO DE CASO: PARACOCCIDIOMICOSE PULMONAR EM MULHER

PAULO JOSÉ MASCARENHAS MAZARO; IGOR BASTOS POLONIO; JORGE ETHEL FILHO; ROBERTO STIRBULOV
SANTA CASA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PARACOCCIDIOMICOSE; FORMA PULMONAR; MULHER

Introdução: A paracoccidioidomicose ou blastomicose sul-americana é causada pelo *Paracoccidioides brasiliensis* sendo uma micose que não se limita às superfícies epiteliais do organismo, invadindo-o profundamente. Apesar de ser uma doença sistêmica, predominam as formas pulmonares e cutâneo-mucosas. Em aproximadamente 75% dos casos os pulmões são comprometidos. Neste relato apresentamos uma paciente do sexo feminino, sendo um caso de rara incidência. **Objetivos:** descrever um caso de doente do sexo feminino procedente de região urbana, diagnosticada através de biópsia guiada por broncoscopia. **Relato do caso:** I.P.M.V, Sexo feminino, 59 anos, natural e procedente de Cambuá (MG), dona de casa. **HPMA:** Paciente encaminhada para investigação clínica no ambulatório de pneumologia da Santa Casa de São Paulo, com história de dispnéia progressiva que evoluiu para médios esforços há dois meses, emagrecimento seis quilos, negava febre, negava secreção, negava tosse, apresentando nódulos pulmonares em imagens radiológicas. Em uso de enalapril, hidroclorotiazida, metotrexate, omeprazol, cálcio, vitamina D, prednisona. Antecedente de polimiosite, diagnóstico em 2005 com biópsia muscular em deltóide esquerdo, hipertensão arterial sistêmica, e pneumonia tratada há três meses por dez dias em Cambuá e por seis dias em Itajubá (MG). Sem antecedentes familiares, ex-tabagista 18 anos/maço. **EXAME FÍSICO:** EFG: Bom estado geral, eupneica, afebril, hidratada. C: BRNF 2t s/s, P: MV+ S/ R.A, A: Flácido indolor RHA+, M: Sem edema, pulsos presentes, dor a palpação e movimentação/músculos MMSS. PA: 120 X 80, FC: 80, FR: 16, SAT: 98%. Tomografia de Tórax: múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, com infiltrados em vidro fosco na região basal posterior a esquerda. **Exame anatomopatológico:** Realizada broncoscopia normal. Ao exame anatomopatológico de biópsia transbrônquica lobo inferior esquerdo observou-se processo inflamatório caracterizado por formação de granulomas com células gigantes multinucleadas, proliferação histiocitária e presença

de fungos com caracteres de *paracoccidioides brasiliensis*. A pesquisa pelo Método de Grocott confirmou o diagnóstico. **Evolução:** tratamento com itraconazol, com boa evolução clínica. **Discussão:** O acometimento é mais freqüente em indivíduos adultos jovens, do sexo masculino, de classe social baixa, trabalhadores de áreas rurais endêmicas. A tomografia computadorizada do tórax vem sendo utilizada no diagnóstico das formas pulmonares em virtude de apresentar maior acuidade diagnóstica que a radiografia simples. Vários autores ressaltam elevada freqüência no sexo masculino. A doença incide mais em homens do que em mulheres, pois o fungo sofrendo ação do hormônio feminino 17-B- estradiol, torna-se incapaz de se transformar em levedura, essencial para induzir a doença. **Conclusão:** No caso relatado, nota-se o diagnóstico da doença em mulher com cinquenta e nove anos, sendo de rara incidência quanto ao sexo e idade em nosso meio.

P0385 O MUNICÍPIO DE CURITIBA FRENTE À PANDEMIA PELO VIRUS INFLUENZA A/H1N1 2009

MARION BURGER; CLEA ELISA LOPES RIBEIRO; LILIAN YURIKO URATANI; JULIANE CRISTINA COSTA OLIVEIRA; LEONARDO CAVADAS SOARES; MOACIR GEROLAMO

CE-SMS, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: INFLUENZA; PANDEMIA 2009; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Curitiba (capital do Estado do Paraná – sul do Brasil) vivenciou intensamente a pandemia influenza durante os meses de julho e agosto de 2009, sob um inverno frio e chuvoso. **Objetivos:** Descrever e analisar o impacto das diferentes ações tomadas em Curitiba para enfrentamento da Influenza pandêmica A/H1N1 2009. **Métodos:** Através das ferramentas de vigilância em saúde, analisou-se as diferentes ações para o enfrentamento da pandemia influenza em 2009 no município de Curitiba. **Resultados:** Previamente à pandemia, já existiam na rede municipal de saúde de Curitiba 103 Unidades de Saúde de Atenção Primária e 8 Centros Municipais de Urgências Médicas 24h, plantão da epidemiologia/URR, monitoramento semanal dos atendimentos médicos por doenças respiratórias e sistema de vigilância laboratorial da influenza (SIVEP-Gripe) implantado em 2002. Com a evolução da epidemia, foram desencadeadas ações previstas no plano de contingência como o uso exclusivo do pronto-atendimento HC-UFPR para casos graves, implantação de mais 10 leitos de UTI no Hospital do Trabalhador, 22 leitos no CMUM Boa Vista, aquisição emergencial de insumos, EPIs, respiradores e oxímetros. Outras medidas incluíram orientações para população, profissionais de saúde e empresas (icone gripe A/H1N1 no site da Prefeitura de Curitiba), criação do “call center” para reavaliação clínica dos pacientes atendidos por síndrome gripal, sistema de informação denominado BI (Business Intelligence) para acompanhamento diário do número de casos de síndrome gripal atendidos e internados, além da criação do Comitê de Prevenção e Controle da Gripe A/H1N1 com reuniões semanais envolvendo 26 instituições e recomendações como adiamento do retorno das férias em escolas/creches e afastamento temporário das gestantes de atividades laborais. **Conclusão:** Apesar da intensidade com a qual a epidemia da nova gripe instalou-se na cidade de Curitiba, as ações desencadeadas no âmbito municipal repercutiram muito favoravelmente no sentido de normatizar as ações para minimizar os danos da epidemia.

P0386 ABSCESSO SUBFRÊNICO COM FÍSTULA BRÔNQUICA.

ROGÉRIO VILELA RODRIGUES; LUANA DE SOUZA ANDRADE; ROBERTA FITTIPALDI PALAZZO; LUIZ PAULO PINHEIRO LOIVOS; VALMIR SANGALLI LUCAS

UFRJ / IDT, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ABSCESSO SUBFRÊNICO; FÍSTULA BRÔNQUICA; VÔMICA

Introdução: O relato de fistulas interligando coleções subfrênicas e o espaço pleural é incomum. Fistulas conectando estas coleções diretamente à árvore respiratória são muito mais raras. **Relato de Caso:** Masculino, 38 anos. Há 10 dias febre (39°C) com calafrios, dispnéia e dor em hipocôndrio direito. Em uso de Amoxicilina com clavulanato há 06 dias sem melhora. Há 01 dia apresentou episódio de vômito fétido seguido de melhora da dor abdominal. Fato semelhante repetiu-se no hospital, após sua internação. Radiografia de tórax evidenciava coleção infradiafragmática à direita e consolidação pulmonar no lobo inferior direito. Tomografia de tórax: Abscesso subfrênico volumoso com pequeno foco de gás, parênquima hepático normal e condensações pneumônicas bilaterais, maior à direita, sem derrame pleural ou pneumotórax. Realizada punção guiada por TC e instalado dreno Pig Tail - saída de 1500ml de secreção purulenta, fétida. O Gram do material mostrou Cocos Gram positivos e Bastonetes Gram negativos. Acrescentou-se Oxacilina ao esquema antibiótico, porém foi logo suspensa após o resultado da cultura, em que houve crescimento de *Streptococcus viridans*. Fez cintilografia para estudo do trajeto de fistula que mostrou comunicação entre a loja subfrênica direita e a árvore brônquica direita sem acometer o espaço pleural. Realizou ainda radiografias de tórax com contraste baritado injetado pelo dreno que também mostrou o trajeto até árvore brônquica. O esquema de antibiótico foi mantido por 21 dias, quando foi trocado para Amoxicilina com Sulbactam, VO, já que o paciente apresentava melhora importante. **Discussão:** Fistulas conectando abscessos subdiafragmáticos à árvore respiratória são muito raras. Em levantamento da literatura, encontramos maior número de casos relatados em revisões do início do século passado, sendo, na ocasião, atribuídos a uma complicação pelo atraso do diagnóstico e, consequentemente, atraso no tratamento do abscesso. Neste caso, a história, bastante clara, da associação dos episódios de vômito seguidos de melhora da dor abdominal, logo levantou a hipótese da existência de uma fistula comunicando a loja subdiafragmática à árvore respiratória. Tal presunção foi comprovada posteriormente pela cintilografia e radiografia com contraste injetado pelo dreno. A terapêutica optada foi manter o dreno (até zerar sua drenagem), bem como esquema antibiótico - os quais totalizaram 45 e 60 dias, respectivamente. Estas medidas levaram a uma boa evolução clínica, laboratorial e radiológica. A causa do abscesso não ficou totalmente clara. Não havia comprometimento hepático ou de outros órgãos. O paciente não apresentava histórico de procedimentos endoscópicos ou cirúrgicos abdominais. A investigação endoscópica seguinte não encontrou anormalidades para justificá-lo. O único fato relevante foi o relato de trauma em hipocôndrio direito, por queda (altura de 3m), alguns meses antes do início dos sintomas.

P0387 PAC GRAVE COM RÁPIDA EVOLUÇÃO RADIOLÓGICA EM 6H

JULIANE DE MELO SILVA¹; LILIANE BARBOSA PASSOS²; SAMANTHA MARTINS COMÁCIO³; MÁRCIA RACHEL FONSECA⁴; MARCIA GONÇALVES DE OLIVEIRA⁵; THULIO MARQUEZ CUNHA⁶; JOSE ALBERTO NEDER⁷; MAURO GOMES⁸

1,2,3,4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 5.SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DA UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA E UNIFESP, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 7.PROFESSOR TITULAR DE PNEUMOLOGIA DA UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 8.UNIFESP/HOSPITAL SAMARITANO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA COMUNITÁRIA GRAVE; ESTAFILOCOCCIA; INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA

Introdução: A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é uma doença inflamatória aguda de causa infecciosa que acomete o parênquima pulmonar, que pode ser causada por vírus, bactérias ou fungos. A PAC estafilocócica constitui 1-10% dos casos e apresenta uma alta taxa de mortalidade. **Relato de Caso:** Sexo feminino, 72 anos, deu entrada às 9h da manhã no PS com quadro gripal inespecífico, apresentando tosse produtiva, broncoespasmo e febre, com crepitações em base de hemitórax direito e radiografia de tórax (RX) inicialmente normal. Antecedente de hérnia hiatal e DRGE. Após 6 horas, evoluiu com insuficiência respiratória aguda, sendo necessário intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Novo RX mostrou opacidade acinar com broncograma aéreo em lobo inferior direito. O lavado broncoalveolar (LBA) isolou *Staphylococcus aureus* com 109 UFCs. **Discussão:** O *S. aureus* é infrequente na etiologia das PAC comunitárias, sendo mais comum em pacientes internados. Geralmente acomete idosos com patologias crônicas preexistentes como DPOC, doenças cardiovasculares, etilismo e diabetes, bem como portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. Jovens ou previamente hígidos também podem ser acometidos, principalmente se apresentam fatores predisponentes como infecções cutâneas ou infecções do trato genital associadas a aborto séptico, que leva a disseminação hematogênica da infecção. Pode resultar, em até 55% dos casos, de aspiração de secreção da nasofaringe colonizada por *Staphylococcus aureus*, o que geralmente ocorre depois da infecção por influenza. Sua apresentação normalmente é grave, com dispnéia, febre, tosse, dor torácica pleurítica, leucocitose e bacteremia. O curso clínico varia de subagudo a fulminante, independente do estado de saúde prévio do paciente. A apresentação radiológica é variada e pode ocorrer rápida progressão radiológica das lesões após a admissão hospitalar: opacidades acinares, cavidade isolada, múltiplas opacidades, nódulos cavitados, ou padrão miliar. Pode-se observar ainda pneumatoceles (41%), pneumotórax (20%) e derrame pleural (33%). Apesar de a síndrome clínica ser compatível com pneumonia, o RX de tórax inicial pode ser falsamente normal e isso é explicado pela depleção de volume. Após a expansão volêmica, o acometimento pulmonar pode ser evidenciado, o que pode ser observado em 7% dos casos. Nestes, a TC de tórax pode ajudar no diagnóstico da PAC. De acordo com o consenso da IDSA/ATS (2007), em pacientes com suspeita de pneumonia e RX de tórax normal, deve-se iniciar antibiótico empiricamente e repetir o exame de imagem em 24-48h. Em casos selecionados, poderia ser realizada TC de tórax em pacientes com alta suspeita clínica. No caso em questão documentamos a rápida evolução radiológica ocorrida em 6

horas, acompanhada pela deterioração clínica concomitante. O isolamento do agente etiológico ocorreu apenas 72 horas após, com o resultado da cultura quantitativa.

PO388 MORTALIDADE DURANTE A PANDEMIA INFLUENZA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA EM 2009.

MARION BURGER; CLEA ELISA LOPES RIBEIRO; JULIANE CRISTINA COSTA OLIVEIRA; LILIAN YURIKO URATANI; LEONARDO CAVADAS SOARES; MOACIR GEROLAMO

CE-SMS, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INFLUENZA A/H1N1 2009; PANDEMIA; ÓBITOS

Introdução: Em 24 de abril de 2009 a Organização Mundial da Saúde (OMS) notificou a ocorrência de casos humanos de uma nova variante do vírus Influenza A/H1N1 ocorridos na América do Norte. Em 11 de junho de 2009 foi declarada pandemia por esta nova variante viral.

Objetivos: Discutir a mortalidade por Influenza A/H1N1 2009 em Curitiba, capital do Estado Paraná – Brasil.

Material e Métodos: Estudo descritivo da pandemia influenza no município de Curitiba em 2009, analisando a mortalidade com base em dados de vigilância do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Resultados: De 27/4 a 31/12/2009 foram notificados em Curitiba cerca de 16 mil casos suspeitos de gripe pandêmica, sendo confirmados 49 óbitos decorrentes da Influenza A/H1N1 2009, com coeficiente de mortalidade de 2,6 por 100.000 habitantes, o mais alto entre as capitais brasileiras. Esta gravidade pode ser justificada pelo grande número de casos e pelas condições climáticas de muito frio e chuvas ininterruptas no inverno de 2009. Entre 12 e 25/7/2009 ocorreram 28 óbitos, e de 26/7-8/8/2009 “apenas” 12 óbitos, apesar do recorde em número de atendimentos por síndrome gripal neste período. Se a taxa de letalidade pudesse usar como denominador o número estimado de casos de síndrome gripal atendidos ambulatorialmente no município, o risco de morrer para quem adoeceu de 12 a 25/7/2009 foi três vezes maior do que para aqueles que adoeceram de 26/7 a 1/8/2009. A justificativa mais consistente é de que houve maior disponibilização do antiviral oseltamivir, permitindo a dispensação precoce do medicamento para os pacientes com síndrome gripal, de acordo com prescrição médica. **Conclusão:** A análise corrobora estudos que comprovam o benefício do tratamento precoce com oseltamivir para pacientes com infecção pelo vírus influenza pandêmico no sentido de reduzir o agravamento e óbito decorrentes da doença.

PO389 SEQUESTRO PULMONAR E INFECÇÃO POR MICOBACTERIUM ABSCESSUS

MAIRA ELIZA PETRUCCI ZANOVELLO; PAULO ROBERTO TONIDANDEL; MAURICIO SOUZA TOLEDO LEME; BIANCA STEFANELLO; LAIR ZAMBOM; REYNALDO QUAGLIATO JUNIOR; EDUARDO MELLO DE CAPITANI; ALIPIO BARBOSA BALTHAZAR

UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SEQUESTRO PULMONAR; MICOBACTERIUM ABSCESSUS; ANOMALIA PULMONAR

Introdução: Sequestro pulmonar é uma malformação congênita de uma parte de tecido não funcionante e sem relação com a árvore brônquica. Este tecido é nutrido por circulação arterial sistêmica anômala. Pode ser extra-lobar, quando uma porção de tecido pulmonar é entreposta entre em sua própria membrana pleural e intra-lobar, a qual é contínua com o parênquima normal e o mesmo saco

pleural. Achados de imagem podem ser de opacidades, bronquiectasias e cavitações. Micobacterium abscessus é encontrada em água, poeira, animais e comida, sem transmissão entre humanos. **Objetivos:** Relatar um caso de sequestro pulmonar associado a infecção por M. abscessus. **Relata de caso:** Mulher, 61 anos, com antecedente de asma brônquica e pneumonia de repetição (cinco vezes nos últimos seis anos), relatando febre baixa, tosse seca, astenia e anorexia. Ela foi tratada com antibióticos com melhora clínica parcial. Tomografia de Tórax de Alta Resolução mostrou bronquiectasias no lobo inferior com imagens de árvore em brotamento. O escarro foi positivo para bacilo álcool-ácido resistente. Broncoscopia normal com M. abscessus isolada no BAL. Tratamento iniciado com Imipenem+Cilastina+Clarithromicina e após trinta dias foi submetida a lobectomia de lobo inferior direito e o sequestro pulmonar foi confirmado na análise do anatomo-patológico. **Conclusão:** Sequestro pulmonar deve ser pensada em todos os pacientes com história de pneumonias de repetição, principalmente no lobo inferior esquerdo. O diagnóstico deve ser confirmado com TCAR e angiotomografia antes da cirurgia. Pacientes com infecção por M. abscessus devem ter um tratamento prolongado com antibiótico antes de serem submetidos a cirurgia.

PO390 ASPERGIOSE SEMI – INVASIVA EM PACIENTE COM CAVIDADE PULMONAR RESIDUAL

LUCIANA DOS S. ANDREATA; JONATHAN J. FERNANDEZ; MARIA DO CARMO CRUVINEL; MARIA INÊS BUENO DE ANDRÉ VALERY; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASPERGILLUS; ASPERGIOSE PULMONAR CRÔNICA NECROTIZANTE; CAVIDADE PULMONAR

HMA: Fem, 39 anos, não fumante, referia tosse de 2 meses de duração, inicialmente seca, depois produtiva associada a rouquidão e picos febris isolados (37,7-38,10C). Tratada com antibióticos sem melhora. Relatava internação prolongada na infância por pneumonia complicada com necessidade de drenagem pleural à D. Exame físico: PA 130 x 70 mmHg FC 76 bpm FR 20 irpm Sat O2 97% Apresentava-se em REG, emagrecida, corada, hidratada, anictérica, acianótica. Sons respiratórios reduzidos em ápice à D com sibilos raros. Ausculta cardíaca e exame abdominal sem alterações. Exames complementares: Radiografia de tórax e TC evidenciaram espessamento pleural à D e cavidade em lobo superior do pulmão D, com parede espessa. A biópsia transbrônquica revelou denso infiltrado inflamatório crônico agudizado, edema, congestão e focos de necrose e fibrose parietal. Pesquisa e cultura para BAAR no escarro e LBA negativos. Sorologia para Aspergillus positiva 1:1 e Cultura no escarro positiva para Aspergillus Fumigatus. **Evolução:** Após **Resultados** de exames, iniciado tratamento para Aspergilose pulmonar com Itraconazol. A paciente evoluiu com remissão completa dos sintomas e ganho de peso. Nova TC realizada ao fim do tratamento revelou melhora radiológica importante, com redução considerável da espessura da parede da cavidade. **Discussão:** O termo aspergilose refere-se a todas as doenças causadas por várias espécies do fungo Aspergillus. Tais doenças são associadas principalmente ao trato respiratório e fatores como a virulência do fungo, o tipo e quantidade de exposição e status imunológico do paciente são determinantes para o desenvolvimento da doença, com suas formas de manifestação que vão desde reações

alérgicas até a colonização de uma cavidade pulmonar preexistente e invasão e destruição do tecido pulmonar, além da forma disseminada, grave. No caso em questão, trata-se de Aspergilose Pulmonar Crônica Necrotizante, também denominada Aspergilose Semi-Invasiva, com invasão do pulmão anormal e da pleura adjacente. Essa manifestação situa-se na interface entre uma doença saprofítica como o aspergiloma e a invasão tecidual incipiente. Não ocorre invasão vascular, nem disseminação para outros órgãos. Sinais radiológicos incluem infiltrados, principalmente em lobos superiores e espessamento pleural como resposta à progressão da doença. Além disso, cavidades contendo bolas fúngicas podem aparecer como consequência da necrose pulmonar que acompanha a invasão. O diagnóstico deve ser baseado em sinais clínicos e radiológicos sugestivos, associado ao isolamento do *Aspergillus* e excluídas outras patologias com sintomatologia parecida, uma vez que o diagnóstico definitivo com demonstração histológica da invasão tecidual pulmonar em biópsia transbrônquica e punção biópsia por agulha fina raramente é possível.

P0391 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): ANGIOTOMOGRAFIA DINÂMICA DE TÓRAX- DADOS IMAGÉTICOS DE 40 CASOS ESTUDADOS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM DOENÇAS PULMONARES

LILIAN RECH PASIN; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA; RODRIGO BELLO; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; FERNANDA WALTRICK MARTINS
ISCMPA/PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR; EMBOLIA PULMONAR; ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX

Introdução: A angiotomografia surgiu na década de 1990, com o surgimento de equipamentos de tomografia helicoidais, com velocidade de aquisição muito mais rápida e com melhores computadores, permitindo a aquisição de imagens com cortes muito mais finos (até cortes de 1 ou 2 mm de espessura). Essa evolução possibilitou a avaliação dinâmica de estruturas vasculares maiores, como aorta, coração, artérias pulmonares centrais, durante a infusão de contraste endovenoso. Atualmente, com a introdução no mercado dos tomógrafos multidetectores, ou de múltiplos detectores (ou ainda "multislice"), nos quais as imagens são adquiridas de forma bem mais rápida, possibilitando a aquisição de imagens com espessura de 0,6 mm, torna-se possível a avaliação acurada de estruturas vasculares muito pequenas, como artérias coronárias e seus ramos, artérias brônquicas, artérias pulmonares segmentares e subsegmentares. Atualmente, é o exame atualmente indicado na investigação inicial de tromboembolismo pulmonar (TEP). **Objetivos:** Apresentar, de forma detalhada, os dados referentes aos exames tomográficos (CT dinâmica de tórax), todos diagnósticos de embolia pulmonar. **Métodos:** Foram incluídos 40 pacientes com diagnóstico de TEP confirmado por CT dinâmica de tórax, provenientes dos serviços de Emergência e do Pavilhão Pereira Filho (Santa Casa de Porto Alegre), e que internaram neste hospital no período de janeiro/2007 a março/2010 por este motivo. **Resultados:** Foram estudados 40 pacientes (65% mulheres, 35% homens) com idades entre 21 e 93 anos. Achados tomográficos: trombo em ramos segmentares (85%), em ramos sub-segmentares (40%), em tronco de artéria pulmonar e ramos principais (22%), trombo em sela (5%). Até cinco segmentos comprometidos (60%), de 5 a 9 segmentos comprometidos (12%). **Consolidações:** ausente (55%), comprometimento de até 33% do parênquima

(25%), com base pleural (22,5%), focal (22,5%), até 66% comprometido (2,5%). Atelectasia lobar (10%), segmentar (12,5%), sub-segmentar (5%), ausente (70%); Derrame pleural: ausente (80%), pequeno (15%), moderado (5%). Padrão de vidro fosco: ausente (85%), focal (12,5%), até 1/3 do parênquima comprometido (10%), multifocal (2,5%). Perfusão em mosaico: ausente (80%), até 1/3 do parênquima comprometido (10%), focal e multifocal (5%). **Conclusão:** Atualmente a qualidade técnica da AngioTC possibilita imagens tão acuradas e detalhas das estruturas vasculares, que os estudos com angiografia convencional estão praticamente em desuso. A AngioTC multidetectores é um dos exames mais acurados para avaliação da circulação arterial pulmonar, inclusive de ramos segmentares e subsegmentares, permitindo também, no mesmo estudo, a avaliação do parênquima pulmonar, das vias aéreas e do mediastino, substituindo a arteriografia como principal estudo na avaliação do tromboembolismo pulmonar.

P0392 EMBOLIA PULMONAR MACIÇA ASSOCIADA A FILTRO DE VEIA CAVA INFERIOR

LUCIANO BAUER GROHS; FABIANI PALAGI MACHADO; SABRINA FRIGHETTO HENRICH

HOSPITAL POMPÉIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FILTRO DE CAVA; EMBOLIA MACIÇA; TROMBÓLISE

Introdução: Os filtros de veia cava inferior (FVCI) têm sido indicados para pacientes com embolia pulmonar aguda na presença de contra-indicação ou de complicação relacionada ao uso de anticoagulantes. A maioria das embolias pulmonares clinicamente relevantes origina-se de vasos da pelve e da região proximal dos membros inferiores. Desse modo, a embolia em pacientes com FVCI é geralmente de pequena gravidade ou assintomática. **Objetivos:** relatar caso clínico de paciente com embolia pulmonar maciça em vigência de filtro de veia cava inferior, com documentação da trombose acima do FVCI. **Materiais e Métodos:** relato de caso e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente masculino, 71 anos, tabagista, consulta na emergência por dispnéia, hipotensão e dor torácica. Ao exame físico apresentava dispnéia ao repouso, com uso de musculatura acessória e saturação em ar ambiente de 85%. Edema de membros inferiores e sinais de síndrome pós-flebitica. Refere história prévia de trombose venosa profunda (TVP) em gastrocnêmio há 3 meses e uso de anticoagulante, o qual foi suspenso devido à episódio de hematoquesia, sendo implantado filtro de veia cava inferior, por outro serviço. Radiograma de tórax com sinais de DPOC e atelectasias laminares, bem como derrame pleural esquerdo. Ecocardiograma transtorácico evidenciou abaulamento de septo para ventrículo esquerdo (VE), aumento das dimensões do ventrículo direito (VD) e trombo em cava inferior. Angiotomografia de tórax mostrava extensa tromboembolia pulmonar (TEP) bilateral. TC de abdômen mostrava FVCI tóxico e imagem em cólon esquerdo sugestiva de neoplasia. Paciente foi anticoagulado, internado em unidade de terapia intensiva, evoluindo com disfunção hemodinâmica (pressão sistólica de 70 mmHg) após 36 horas, tendo sido realizada trombólise com alteplase, com sinais de reperfusão imediata e pequeno sangramento intestinal. Mantido anticoagulado e repetidos ecocardiograma transtorácico com normalização do septo e ausência de trombo na cava. No 16º dia após a alta hospitalar o paciente apresentou episódio de dor em membro inferior e hemorragia digestiva baixa. Ecodoppler venoso evidenciou a presença de TVP extensa. Após 60

dias, realizou colonoscopia compatível com neoplasia de cólon, a qual foi ressecada com margens livres e ausência de metástases em 31 linfonodos examinados (estádio clínico IIA). Paciente segue em acompanhamento anticoagulado. **Conclusão:** Após a implantação do FVCI a probabilidade de recorrência de TEP é em torno de 4,9% dos casos, porém não encontramos relatos na literatura de paciente com FVCI que tenha evoluído para embolia pulmonar maciça. Apesar da história de hematoquezia, a trombólise foi bem sucedida e a evolução favorável.

P0393 IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE TEV

LUCIANO BAUER GROHS; TIAGO DALTOÊ; SABRINA FRIGHETTO HENRICH; MONIKA DAUDT; FABIANI PALAGI MACHADO; FERNANDA DAL CUL FRAGOMENI; EDUARDO DAL MAGRO MARCON
HOSPITAL POMPÉIA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOSE VENOSA; PROTOCOLO; PREVENÇÃO

Introdução: O tromboembolismo venoso (TEV) abrange a trombose venosa profunda (TVP) e a tromboembolia pulmonar (TEP). A morbidade e a mortalidade atribuídas a essa doença são elevadas, pois os pacientes apresentam doenças complexas, sendo submetidos a um maior número de procedimentos invasivos os quais os levam a uma maior taxa de sobrevivência. A profilaxia é eficaz e está hierarquizada em níveis de risco. Muitos pacientes com comorbidades que são fatores de risco de TEV não morreriam pela doença de base não fosse sua ocorrência. O Hospital Pompéia, em Caxias do Sul é referência para atendimento de ortopedia e traumatologia no SUS na região da Serra Gaúcha abrangendo uma população de aproximadamente 1.180.000 pessoas. O serviço de Ortopedia, que inclui médicos residentes, dá suporte 24hs por dia à Emergência do Hospital. O objetivo deste trabalho é relatar a formulação e implantação de um protocolo institucional multiprofissional para a profilaxia de TEV. Atribui tarefas para vários profissionais envolvidos na assistência aos pacientes. **Métodos:** A partir de um projeto piloto avaliou-se o número de prescrições em relação às medidas de prevenção e evidenciou-se baixa prevalência de prescrição de medicação profilática, criando assim um protocolo multiprofissional de prevenção de TEV nos pacientes cirúrgicos ortopédicos no Hospital Pompéia. **Protocolo:** Os pacientes que são submetidos a cirurgias de médio e grande portes e que não tenham contraindicação formal ao uso de heparina profilática o protocolo prevê o uso de enoxaparina 40mg SC 1 x dia. O protocolo é multiprofissional pois todas as prescrições de pacientes do setor da ortopedia são revisadas pelo farmacêutico para avaliar a presença ou não de profilaxia. Quando não prescrita a enoxaparina e o paciente será submetido a cirurgias de médio ou grande porte o médico responsável é avisado através de comunicado no prontuário do paciente. Este processo se dá através do cruzamento das prescrições e motivo da internação, por sistema informatizado. A enfermagem realiza o monitoramento das doses e acompanhamento da administração da medicação e dos efeitos adversos. Pacientes submetidos a cirurgias de pequeno porte têm indicação de deambulação precoce e acompanhamento da fisioterapia que também revisa as prescrições do setor rastreando pacientes com o perfil para

essa intervenção. O protocolo foi apresentado à equipe de ortopedia para discussão de treinamento assim como para as equipes da farmácia, enfermagem e fisioterapia. Há registro gráfico disponível e de fácil acesso aos profissionais. **resultados esperados:** Aumentar a prescrição de profilaxia de TEV e reduzir sua prevalência. A inclusão de profissionais da saúde não médicos no protocolo visa maximizar os Resultados esperados, definindo a profilaxia de TEV como política institucional.

P0394 TROMBÓLISE EM EMBOLIA PULMONAR AGUDA SEM HIPOTENSÃO

RUDOLF K. F. DE OLIVEIRA; JONATHAN J. FERNANDEZ; MAURI M. RODRIGUES; MARIA RAQUEL SOARES; CARLOS ALBERTO DE CASTRO PEREIRA

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EMBOLIA PULMONAR AGUDA; TROMBÓLISE; HIPOTENSÃO
HMA: Masculino, 74 anos. Há 1 dia referia dispnéia de início súbito, ao repouso e incapacitante, sem outros sintomas associados. Ex-tabagista há 3 anos, 60 maços/ano, referia viagem recente de carro com tempo superior a 5 horas, com pouca movimentação durante trajeto. Antecedente de fratura de fêmur direito em 2008 (correção cirúrgica) evoluindo com déficit funcional importante, permanecendo acamado a maior parte do tempo, quando apresentou embolia pulmonar aguda tratada (anticoagulação oral por sete meses). EF: MEG, dispnéico, cianótico. PA 140 x 90 mmHg, FC 108 bpm, saturação 78% em ar ambiente. Sons respiratórios normais, sem ruídos adventícios. Extremidades sem edema, com varizes de MMII. Probabilidade clínica alta para TEP pelo escore de Wells. Exames complementares: PaO₂ 46,7 mmHg / PaCO₂ 24,2 mmHg / Sat 82,1% / P(A-a)O₂ = 60 mmHg . D-dímero 20,7 mcg/ml, troponina 0,14 ng/ml, BNP 142,3 pg/ml e taquicardia sinusal ao eletrocardiograma. Angiotomografia de tórax evidenciou falha de enchimento bilateral, central e periférica. Ecocardiograma com aumento importante de câmaras direitas, disfunção importante e difusa de VD, PSAP 47 mmHg, alteração de relaxamento de VE e forame oval patente com mínimo shunt D/E. **Evolução:** Ainda na sala de emergência, sob suporte clínico intensivo, foi realizado trombólise química com alteplase 100mg IV em duas horas. O paciente evolui com melhora clínica significativa, normalização dos valores de troponina e BNP, além de normalização dos parâmetros ecocardiográficos (reversão da disfunção ventricular direita). Angiotomografia de controle pós-trombólise não evidenciou falhas de enchimento. **Discussão:** O tratamento da embolia pulmonar aguda baseia-se no suporte respiratório e hemodinâmico, anticoagulação e trombólise. A terapia fibrinolítica não tem sua indicação muito bem estabelecida, sendo a hipotensão persistente a única indicação amplamente aceita. Porém outras situações são passíveis de trombólise devendo-se analisar caso a caso, pesando-se o risco-benefício. São elas: hipoxemia grave, grande defeito de perfusão na cintilografia V/Q, TEP extenso à TC de tórax, disfunção de VD, trombo livre em átrio ou ventrículo direito, e forame oval patente. No caso apresentado temos um paciente com embolia pulmonar aguda extensa à TC de tórax, sem hipotensão, porém com hipoxemia, disfunção ventricular direita, e forame oval patente, que se beneficiou de maneira significativa com a terapia fibrinolítica.

P0395 PARALESIA DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL NO PÓS-OPERATÓRIO: UMA RARA MANIFESTAÇÃO DA TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA

MARCELO BASSO GAZZANA; RAFAEL CORREA COELHO; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO; CAROLINA HEIDTMAN

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLIA PULMONAR; PARALESIA DIAFRAGMÁTICA; CIRURGIA

Introdução: A tromboembolia pulmonar aguda (TEP) é uma condição prevalente e potencialmente letal. O espectro clínico é amplo, bem como as apresentações na radiografia convencional do tórax, geralmente inespecíficas. A paralesia diafragmática uni ou bilateral é uma manifestação radiológica rara da TEP, havendo poucos relatos de caso. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com TEP que apresentou paralesia diafragmática unilateral no período pós-operatório. **Métodos:** Revisão do prontuário e documentação fotográfica dos exames de imagem. **Resultados:** Homem, 71 anos, branco, ex-tabagista, foi submetido a prostatectomia radical por adenocarcinoma de próstata, não havendo intercorrências no transoperatório. No terceiro dia pós-operatório o paciente iniciou com queixas de dispnéia em repouso e episódios de dessaturação (81% em ar ambiente), sem instabilidade hemodinâmica. Radiografia de tórax evidenciou elevação significativa da cúpula diafragmática esquerda (nítida assimetria em relação ao lado direito), sem aparentes lesões mediastinais e parenquimatosas, alteração que não havia em radiografia pré-operatória. Equipe cirúrgica aventou as hipóteses de atelectasia ou lesão nervosa após bloqueio subaracnoide. Consultoria da Pneumologia sugeriu a hipótese de TEP para o quadro clínico e radiológico. Foi realizada angiotomografia de tórax que mostrou trombo no interior do ramo principal da artéria pulmonar esquerda, estendendo para o ramo do segmento anterior do lobo superior, para o ramo lingular e para os segmentos ântero-lateral do lobo inferior, assim como áreas de atelectasia subsegmentar na lingula e em segmentos basais à esquerda. Havia também trombos no interior do ramo direito da artéria pulmonar que se estendiam para o interior dos ramos do segmento apical e do segmento anterior do lobo superior, para o interior do segmento medial do lobo médio e para segmentos basais posteriores e laterais. Foi iniciado anticoagulação inicialmente com enoxaparina. Paciente apresentou melhora da dispnéia e foi possível a suspensão da oxigenoterapia. Teve alta hospitalar em uso de antagonista da vitamina K. Houve melhora progressiva do quadro radiológico. **Conclusão:** A paralesia diafragmática unilateral pode ser uma manifestação radiológica da tromboembolia pulmonar aguda, devendo, apesar de incomum, ser considerada no diagnóstico diferencial.

P0396 TROMBOLISE FARMACOLÓGICA NO TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO GRAVE: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

MARCELO BASSO GAZZANA; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO; MARIA ANGÉLICA PIRES FERREIRA; FÁBIO MUNHOZ SVARTMAN; ÂNGELA BEATRIZ JOHN; LEANDRO ARMANI SCAFFARO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TROMBOEMBOLIA PULMONAR; TROMBOLÍTICO; MORTALIDADE

Introdução: A tromboembolia pulmonar (TEP) aguda grave é uma condição de alta mortalidade. O uso da trombólise

farmacológica (TF), apesar do risco de sangramento, pode ser salvador neste grupo de pacientes. Os ensaios clínicos tem apresentado resultados conflitantes. Nos registros internacionais, o uso de TF tem sido empregada no subgrupo de pacientes instáveis. **Objetivos:** Relatar a experiência do Serviço de Pneumologia e Radiologia Intervencionista no tratamento da TEP com TF. **Métodos:** Estudo de casos retrospectivo, de janeiro de 2006 a junho de 2009 de todos os pacientes que realizaram TF para tratamento da TEP. Foi realizada revisão do prontuário através de formulário específico. Análise estatística foi descritiva. **Resultados:** Trombólise farmacológica foi realizada em 27 pacientes no período do estudo. Os pacientes tinham média de idade de 48 anos ($7,4 \pm$ anos), sendo 14 do sexo masculino (51%). O uso da TF foi sistêmico em 25 pacientes (92%) e intrapulmonar em 3 casos (11%), sendo que um paciente usou concomitantemente as duas formas. Estreptoquinase foi utilizada em 23 pacientes (85%) e alteplase em 4 casos (15%). O diagnóstico de TEP nestes pacientes foi realizado por angio-TC em 23 casos (85,1%) e cintilografia pulmonar em 4 pacientes (14,8%). A indicação da TF foi TEP extenso em 6 (22,2%) e instabilidade hemodinâmica em 21 (77,7%). Resposta favorável ocorreu em 22 pacientes (81,4%). Tratamento adicional foi realizado em pacientes 9, sendo filtro de veia cava em 6 pacientes, embolectomia por cateter em 3 e embolectomia cirúrgica em 2. Complicações ocorreram em pacientes 7, sendo as mais comuns sangramento significativo em 4 (14,8%) e hipotensão com necessidade de vasopressor em 2 (7,4%). A mortalidade intra-hospitalar de toda série foi de 22,2% (n=6). **Conclusão:** A trombólise farmacológica é uma alternativa efetiva e segura no tratamento da TEP aguda grave.

P0397 EDEMA PULMONAR DE REEXPANSÃO APÓS TORACOCENTESE DIAGNÓSTICA: RELATO DE CASO

OLÍVIA MEIRA DIAS; FRANCISCO SUSO VARGAS; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EDEMA PULMONAR POR REEXPANSÃO; TORACOCENTESE; DERRAME PLEURAL

Introdução: Edema pulmonar por reexpansão (EPR) é uma complicação rara secundária ao rápido esvaziamento de ar ou líquido da cavidade pleural através de toracocentese ou drenagem torácica. A mortalidade em até 20% é atribuída à rápida redução da pressão pleural. Relatamos o caso de uma paciente que na toracocentese apresentou dispnéia e dor apesar da retirada de volume considerado seguro. **Relato do caso:** Paciente de 40 anos, internada para investigação de dispnéia, febre vespertina, perda ponderal e artralgia há 1 mês. Negava outros sintomas ou comorbidades. O exame físico compatível com derrame pleural em 2/3 do hemitórax. A saturação de oxigênio (SpO₂) em ar ambiente era 88%; avaliação radiológica: volumoso derrame pleural à esquerda. Submetida a toracocentese e à biópsia da pleura com retirada de 1000 ml de líquido amarelo citrino; toracocentese interrompida por dor torácica. Devido à persistência da dor realizou-se tomografia de tórax (TC), que mostrou no pulmão previamente colapsado micronódulos centrolobulares mal-definidos, espessamento de septos inter e intralobulares e opacidades em vidro fosco na lingula e lobo inferior esquerdo. A paciente foi mantida em respiração espontânea com uso de oxigênio nasal e a partir do segundo dia pós-punção apresentou melhora do

desconforto respiratório e da SpO₂. A análise do líquido pleural evidenciou exsudato linfocítico com glicose > 60, adenosina deaminase < 40, culturas e citologia oncológica negativas e biópsia com pleurite inespecífica. Exames laboratoriais e a biópsia pleural estabeleceram o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico: artrite de mãos, fator antinúcleo 1:1280, anti-Smith positivo e pleurite. Nova TC após quatro dias mostrou diminuição do pneumotórax e das opacidades em vidro fosco. A involução das alterações parenquimatosas permitiu considerar o quadro compatível com EPR. Discussão: EPR pode ser considerado uma complicação iatrogênica. Os mecanismos fisiopatológicos incluem o aparecimento de uma resposta inflamatória após a reexpansão pulmonar gerando aumento da permeabilidade protética. O quadro clínico é variável, mas sintomas sugestivos incluem tosse persistente, taquicardia, taquipnéia, hipoxemia e instabilidade hemodinâmica. O diagnóstico radiológico inclui a presença de opacidades no pulmão previamente colapsado, que progridem nos dois primeiros dias após a punção e que rapidamente regredem. Observa-se padrão tomográfico de vidro fosco na totalidade dos pacientes. O tratamento é de suporte; em casos graves, pressão positiva através de ventilação mecânica. A quantidade de líquido esvaziado, a pressão e a elastância pleurais não são preditores para o aparecimento do edema. No caso clínico, mesmo a retirada de moderado volume provocou o aparecimento de edema. A estratégia sugerida é a retirada de até 1800 mL, sem medidas de pressão pleural, interrompendo-se quando houver a cessação espontânea da drenagem ou se o paciente apresentar desconforto respiratório ou tosse persistente.

PO398 FÍSTULA GASTROPLEURAL APÓS QUIMIOTERAPIA COM BEVACIZUMAB: RELATO DE CASO

OLIVIA MEIRA DIAS¹; FRANCISCO SUSO VARGAS²; CAROLINE CHAUL DE LIMA BARBOSA³; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA⁴

1,2,4. INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), SÃO PAULO, SP, BRASIL;
3. INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO (ICESP), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FÍSTULA GASTROPLEURAL; BEVACIZUMABE; HIDROPNEUMOTÓRAX

Introdução: Fístulas gastropleurais são eventos incomuns na prática clínica. Relato do caso: Paciente feminina, 39 anos, admitida por sepse de foco indeterminado. Nos cinco meses anteriores, foi submetida a nefrectomia parcial esquerda para ressecção de carcinoma renal. Após dois meses, por metástases hepáticas e pancreáticas, foi incluída em protocolo de estudo: tratamento com bevacizumab e interferon. Um mês antes da admissão, a tomografia computadorizada (TC) de tórax era normal. Na internação apresentou desconforto respiratório súbito e mesmo com oxigênio por máscara, a saturação de oxigênio era de 91%. Exame físico: percussão timpânica e diminuição do murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo, desvio da traquéia para direita e estase jugular bilateral. Com diagnóstico presuntivo de pneumotórax hipertensivo foram realizadas radiografia de tórax e punção no 2º espaço intercostal, com imediata saída de ar. Foi transferida para a unidade de terapia intensiva com drenagem torácica com pequeno débito de líquido amarronzado. Após alta da UTI, notou-se aumento na quantidade do líquido pleural, que aparecia após as refeições, com um débito > 2300 ml/dia. A bioquímica mostrou um exsudato neutrofilico com pH 6,3, proteína de 1,5g/dl, glicose normal e elevadas lactato desidrogenase (16864 U/L) e amilase (873 U/L). A citologia

oncológica foi inconclusiva e a amilase sérica de 23 U/L. Aventou-se hipótese de perfuração esofágica e um teste com ingestão de azul de metileno permitiu a mudança da coloração do líquido pleural, confirmando fístula entre a cavidade pleural e o tubo digestivo. TC com contraste administrado pela sonda nasogástrica confirmou uma fístula na grande curvatura gástrica até o espaço subfrenico esquerdo. Após 2 dias, a paciente apresentou sangramento pelo dreno torácico e choque hipovolêmico revertido com suporte intensivo. Endoscopia digestiva: grande coágulo na região da grande curvatura e fundo gástrico impedindo exploração adicional. Foi submetida a embolização das artérias esplênicas, com controle do sangramento. Devido ao risco cirúrgico e baixo performance clínico optou-se por cuidados paliativos exclusivos; evoluiu a óbito após 10 dias por choque e insuficiência respiratória. Discussão: Fístulas gastropleurais são descritas como complicação de cirurgias de ressecção pulmonar, trauma, úlcera péptica e neoplasias, especialmente linfomas MALT. É o primeiro caso descrito de fístula gastropleural por invasão gástrica de carcinoma de células renais após uso de bevacizumab. Este anticorpo monoclonal se liga ao VEGF inibindo a angiogênese. Efeitos adversos pelo seu uso incluem deiscência de suturas, fístulas, perfuração gastrointestinal e sangramentos. Embora recomende-se o manejo conservador de fístulas enterais pós uso de bevacizumab, fístulas gastropleurais devem ser tratadas de forma cirúrgica pelo mau prognóstico. Concluindo, fístulas gastropleurais devem ser incluídas como complicações de terapias anti-VEGF.

PO399 ASPECTOS BIOQUÍMICOS DA FÍSTULA PANCREATICOPELURAL. RELATO DE CASO

THIAGO THOMAZ MAFORT; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; ROGÉRIO RUFINO

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FÍSTULA PANCREATICOPELURAL; AMILASE PLEURAL ELEVADA; ADA PLEURAL FALSO POSITIVO

Introdução: A fístula pancreatopleural (FPP) é uma complicação da pancreatite aguda e crônica causada por traumatismo ou inflamação dos ductos pancreáticos. A pleura é o segundo sítio mais comum de acometimento da tuberculose em pacientes imunocompetentes e os casos costumam evoluir com derrame pleural exsudativo com predomínio de linfócitos. Relatamos o caso de um paciente com FPP e Pseudocisto de pâncreas. Relato de Caso: Paciente de 54 anos, etilista, que abandonara o tratamento de tuberculose pulmonar (com confirmação por pesquisa de BAAR) no quarto mês de tratamento. Seis meses após o abandono, passou a apresentar dispnéia, tosse seca e dor torácica ventilatória dependente à esquerda, associada a dor abdominal leve, principalmente em região epigástrica. Foi realizada radiografia de tórax que mostrou volumoso derrame pleural ipsilateral a dor. A medicação tuberculostática foi reintroduzida e o paciente foi encaminhado ao ambulatório de pleura do Hospital Universitário Pedro Ernesto para realização de toracocentese. Ao ser realizado o procedimento houve saída de líquido escurecido (cor de "mate") que foi enviado para análise. Evidenciou-se um exsudato com amilase e LDH bastante elevados, respectivamente 11.133 U/L e 29.874 U/L, além de ADA de 109 U/L. Tais Resultados tornaram a possibilidade de derrame pleural devido a FPP bastante provável o que

foi confirmado por tomografia computadorizada de tórax e abdome. O paciente foi então encaminhado para o serviço de cirurgia geral para abordagem da fistula. O tratamento para tuberculose foi mantido uma vez que foi caracterizado abandono do primeiro ciclo de tratamento. **Discussão:** No contexto epidemiológico da tuberculose no Brasil e principalmente no Rio de Janeiro devemos pensar sempre em tuberculose como causa de derrame pleural, principalmente quando a história epidemiológica é positiva como no caso apresentado. No entanto, diagnósticos diferenciais devem ser buscados e a realização de toracocentese é de fundamental importância para o direcionamento de outros exames complementares e para a elucidação diagnóstica. A FPP é causa rara de derrame pleural, porém deve sempre ser lembrada, principalmente quando dados da história clínica e do exame físico indicam possibilidade de doença pancreática crônica. O seu diagnóstico é importante para que a terapêutica seja prontamente instalada, através de abordagem clínica, endoscópica ou cirúrgica. **Conclusão:** Há raros casos descritos na literatura de pseudocisto de pâncreas com fistula pancreática pleural. No Pubmed, somente um trabalho brasileiro é encontrado. Outro aspecto de relevância é o valor elevado da adenosina deaminase que indica falsa positividade para tuberculose. O paciente foi encaminhado para derivação cirúrgica do pseudocisto gigante.

P0400 CORDOMA CONDRÓIDE DO CLIVUS COM INFILTRAÇÃO PLEURAL EM UMA CRIANÇA DE 11 ANOS – UM RELATO DE CASO

ANA PAULA KREZINSKI PEDRO1; DENISE SBRISIA E SILVA2; PRISCILA REGINA ORSO REBELATO3; MARCOS HENRIQUE SANTANA DO NASCIMENTO4

1,2,4.HOSPITAL CAJURU, CURITIBA, PR, BRASIL; 3.BR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CORDOMA; CLIVUS; NÓDULOS PLEURAIS

Introdução: Cordomas são tumores originários de restos embrionários da notocorda primitiva. A localização é geralmente extradural e há destruição óssea. São tumores raros, com incidência estimada de 0,51 casos/milhão. O Cordoma clival representa menos de 0,2% de todos os tumores intracranianos. A relação masculino-feminino é de 2:1. A faixa etária predominante é a adulta, raramente ocorre em pacientes com menos de 30 anos. Não há predileção racial. Cordomas são encontrados em qualquer parte do esqueleto axial, com predominância nas áreas sacrococcígea (50%) ou clival (35%), além de poder acometer vértebras cervicais, torácicas e lombares (15%). Metástases à distância são raras (variando de 5 a 40%) e ocorrem geralmente em doença avançada. **Objetivos:** Descrever o caso por sua raridade na faixa etária precoce em que se apresentou e pela presença de metástase pleural. O caso: GRS, masculino, 11 anos, há 5 anos apresenta episódios de dispnéia, cefaléia e vômitos e há 1 ano cefaléia diária, intensa, associada a vômitos e dor cervical. Avaliado por otorrinolaringologista, que solicitou radiografia de seios da face e tomografia de crânio, a qual mostrou tumor na região do clivus. A ressonância magnética mostrou imagem compatível com cordoma do clivus. Realizada ressecção subtotal da massa e análise anátomo-patológica da peça, que mostrou cordoma. Foi encaminhado para a oncologia na ocasião. Há 3 meses iniciou dispnéia importante. Nega sintomas em membros inferiores e pélvicos. Radiografia mostrou espessamento pleural e tomografia do tórax mostrou derrame pleural bilateral, espessamento

pleural nodulariforme, múltiplos nódulos subpleurais e pleurais dispersos pelos hemitóraces. A radiografia de pelve é normal. O exame anátomo-patológico, junto com a imunohistoquímica, evidenciou infiltração pleural por cordoma condróide. **Discussão:** Os cordomas clivais são tumores benignos, mas devido a sua posição crítica, à invasão local, à recorrência e às metástases ocasionais, seu prognóstico é semelhante ao dos tumores malignos. Nos cordomas sacrococcígeos, as metástases são um pouco mais frequentes, principalmente em gânglios linfáticos, pulmões e fígado. A recorrência após ressecção curativa é frequente. Em relação à apresentação clínica, o cordoma clival causa cefaléia e déficits de nervos cranianos, além de disfagia, dor/paralisia facial, perda visual e auditiva, ataxia. O cordoma sacrococcígeo se apresenta com dor lombar ou sacrococcígea, além de constipação. Entre os diagnósticos diferenciais, estão tumor de células gigantes, metástases ósseas, condrossarcoma, meningioma, craniofaringioma, entre outros. A ressonância magnética é o melhor exame para a medida precisa do tumor e o grau de envolvimento dos tecidos adjacentes. No cordoma do clivus, a cirurgia é difícil pela proximidade de estruturas neurovasculares. O prognóstico é melhor quando a remoção do tumor é completa. No cordoma sacrococcígeo, é necessária a ressecção em bloco com margem de tecido saudável. Existem estudos em cordoma com mesilato de Imatinibe, ainda em andamento.

P0401 MASSA NO MEDIASTINO POSTERIOR: PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO

FLÁVIA BITTAR ARANTES; SAMANTHA MARTINS COMÁCIO; VINÍCIUS SILVÉRIO MACHADO; RAIF ANTOUN JUNIOR; EDUARDO CROSARA GUSTIN; LUIZ HENRIQUE VIDIGAL; RODRIGO MIQUELANTI MELO; THULIO MARQUEZ CUNHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO; MEDIASTINO POSTERIOR; GRANULOMA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS

Introdução: O Pseudotumor inflamatório, Granuloma de Células Plasmáticas, Tumor Inflamatório Miofibroblástico, Histiocitoma Fibroso ou Sarcoma de Células fusiformes é uma doença rara que acomete pulmão (0,7% dos tumores torácicos), fígado ou baço, e raramente apenas mediastino. Possui grande variabilidade histológica e nas apresentações clínicas e radiológicas. **RELATO DO CASO:** Homem, 36 anos, branco, tabagista 30 maços-ano, previamente hígido, procurou o PS com dor torácica ventilatório-dependente, febre contínua, tosse seca, perda de 16kg em 3 meses e astenia. Nega dispnéia, sudorese noturna ou hemoptise. Apresentava-se emagrecido, febril, sem outras alterações no exame físico. O RX de tórax em PA mostrava realce em terço inferior da área cardíaca e, em perfil, opacidade em cunha em região retrocardíaca em mediastino posterior. TC de tórax mostrou massa com epicentro em mediastino posterior inferior, adjacente aos pilares diafragmáticos, simétrica, com invasão de parênquima pulmonar bilateralmente. Broncoscopia normal com ausência de células malignas em LBA. Após 2 dias de uso de Cefepime, ficou afebril, quando foi submetido a biópsia aberta, que revelou o diagnóstico de pseudotumor inflamatório mediastinal. Evoluiu com melhora do estado geral, recebendo alta no 5º dia PO. Após 3 meses de acompanhamento ambulatorial encontra-se em BEG, com recuperação do peso, assintomático com redução radiológica progressiva da lesão. **Discussão:** O pseudotumor inflamatório ocorre 70% em adultos com menos de 40 anos,

sem predileção por sexo. A maioria são assintomáticos, sendo febre, tosse, dispnéia e infecção pulmonar os sintomas mais comuns. A histopatogenia é controversa pelos vários graus de infiltrado inflamatórios descritos, sendo o mais comum, áreas de necrose circundadas por células inflamatórias crônicas com proliferação fibrovascular do estroma e infiltrados de linfócitos, histiócitos, células fusiformes e gigantes mononucleares. O paciente em questão apresentava tal aspecto em análise histopatológica. Apesar da apresentação reacional, a etiologia da doença é desconhecida, sendo sugerida como progressão de quadros infecciosos ou irritativos. O diagnóstico se dá após biópsia de lesões suspeitas vistas na TC de tórax. A biópsia aberta é sugerida pela dificuldade imposta pela inflamação ou fibrose circundante à lesão inicial e à possível infecção associada, que pode falsear Resultados obtidos por biópsia transbrônquica ou transtorácica. A ressecção completa é o tratamento de escolha, possibilitando diagnóstico definitivo e cura completa. Há relatos anedóticos de sucesso com uso de glicocorticóides, radio ou quimioterapia e até regressão espontânea da lesão. O acometimento mediastinal, primário ou por invasão de lesão pulmonar, é extremamente raro, com apenas 13 casos descritos no MEDLINE (1950-2010). O prognóstico, em ambas as formas, é favorável, sendo orientado apenas acompanhamento a longo prazo.

PO402 GRANDE TUMOR EM HEMITÓRAX DIREITO

TALITA CHELALA TOLEDO¹; RENATA POLI LEITÃO²; NELSON DE ARAÚJO VEGA³

1,2.CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 3.CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR FIBROSO; PLEURA; MESOTELIOMA

Introdução: O tumor fibroso solitário de pleura é o tumor benigno mesenquimatoso mais incidente da pleura. Foi descrito pela primeira vez, por Klempener e Ravin em 1931, caracterizando-o como uma forma de mesotelioma localizado. Corresponde cerca de 5% dos tumores da pleura e é mais freqüente na sua vertente maligna. Incide mais frequentemente na sexta ou sétima décadas de vida e aproximadamente 60% são assintomáticos. Este tumor apresenta diversidade tanto na forma, quanto no volume, e independente da sua malignidade, a ressecção cirúrgica é a melhor opção de tratamento. **Objetivos:** Relatar um caso de tumor fibroso de pleura tratado com remoção cirúrgica **Métodos:** Apresenta-se o caso de um homem de 63 anos, com história de dispnéia progressiva há 6 meses, associado a tosse seca e dor torácica em hemitórax direito. A radiografia e a tomografia computadorizada de tórax demonstraram a presença de um tumor sólido, extrapulmonar, de grande volume em hemitórax direito. Foi realizado toracotomia exploradora com ressecção total do tumor. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de tumor fibroso de pleura. Está em seguimento clínico há 2 anos e sem evidência de recidiva tumoral. **Conclusão:** O tumor fibroso de pleura é um tumor benigno que em algumas instâncias pode recidivar em variante maligna. O

tratamento destes tumores é eminentemente cirúrgico e a ressecção completa deve ser sempre o **Objetivos.**

PO403 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO PRIMÁRIO: RESULTADOS DO TRATAMENTO CLÍNICO X CIRÚRGICO.

EVALDO MARCHI; DANIELLE P MORGADO; LUCAS L B PEDRO; EDUARDO B REBEIS; MARCUS V H CARVALHO

FAC MED JUNDIAI, JUNDIAI, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOTORAX; TRATAMENTO; PLEURA

Introdução e Objetivos: O pneumotórax espontâneo primário (PTX) admite tratamento clínico ou cirúrgico, de acordo com parâmetros clínicos, radiológicos e de história prévia. Este trabalho visa descrever os Resultados do tratamento clínico e cirúrgico (drenagem e VATS) do pneumotórax espontâneo primário. **Métodos:** Pacientes com pneumotórax espontâneo primário (n= 72) foram referenciados para tratamento clínico (Clin= 24) ou cirúrgico (Dreno= 23 ou VATS= 48) de acordo com parâmetros pré-estabelecidos, como tamanho do pneumotórax, grau de dispnéia (I a IV), episódios prévios e a presença ou ausência de fistula após drenagem pleural. O tratamento preferencial foi clínico em pacientes com PTX de pequeno volume, a drenagem pleural em PTX de grande volume ou PTX recidivado, e a VATS quando foi notada a presença de fistula após drenagem pleural. **Estatística:** ANOVA (p< 0.05). **Resultados:** Comparação de tratamento clínico x dreno x VATS (valores em % ou média $\pm$ DP; NS= não significante). **Conclusão:** Não houve diferença entre os grupos quanto à idade, sexo, lado do PTX e grau de dispnéia. O tempo necessário para o sucesso do tratamento foi menor com dreno e VATS em relação ao tratamento clínico. Nos pacientes submetidos à VATS, foram encontradas blebs ou bolhas em 64% dos procedimentos. Cerca de 52% dos pacientes submetidos à VATS já apresentaram episódios prévios de PTX. **Apoio:** CNPq, Pibic.

Parâmetros	Clin (24)	Dreno (23)	VATS (48)	p
Idade	27 $\pm$ 14	29 $\pm$ 11	29 $\pm$ 11	NS
Sexo (Masc, %)	67 %	57 %	75 %	NS
Dispnéia (0-4)	1.5 $\pm$ 0.9	2.0 $\pm$ 1.0	1.9 $\pm$ 0.7	NS
Tabagismo (Sim, %)	4 %	39 % $\&$	16 % $\&$	< 0.05
Episódios prévios (Sim, %)	12.5%	9 %	56 % *	< 0.05
Lado (Direito, %)	75 %	83 %	60 %	NS
Volume (Grande, %)	33 %	96 % $\&$	84 % $\&$	< 0.05
Fistula (Sim, %)	0 %	30 %	48 % *	< 0.05
Tempo cura (d)	13 $\pm$ 1.9 #	5.6 $\pm$ 4.3	4.1 $\pm$ 3.0	< 0.05

VATS > Clin e Dreno; $\&$ VATS e Dreno > Clin; #Clin > Dreno e VATS

PO404 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE TIMOMA

RODRIGO JOSÉ CASTIONI SANTIAGO; JOÃO DANIEL CARNEIRO FRANÇA; VANESSA ALVES DE LIMA; DANIELA TAÍSA FUDO; DÉBORAH MADEU PEREIRA; CAMILA MATSUURA ENDO; JORGE ETHEL FILHO; ROBERTO STIRBULOV

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO PAULO-SP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TIMOMA; BILATERAL; MEDIASTINAL

Introdução: Apesar de raro, o timoma é o tumor mais freqüente do mediastino anterior, apresentando-se em homens e mulheres com a mesma proporção, geralmente a partir da 5ª década de vida. Na maioria das vezes assintomático, pode apresentar tosse, dor torácica, dispnéia ou outros acometimentos de compressão/invasão de estrutura adjacente em até 1/3 dos pacientes. Nestes, pode estar presente a Sd. Veia Cava Superior, paralisia do recorrente ou do n. frênico, além de outras síndromes paratímicas

(miastenia gravis, aplasia de hemácias, tireoideite...). Quando presentes, apesar de aumentar morbimortalidade, tais síndromes podem adiantar o diagnóstico de timoma. A maioria das lesões é sólida, com cápsula fibrosa, e em 34% das lesões há invasão extra-capsular, da gordura mediastinal, pleura, pericárdio, grandes vasos, átrio direito e pulmão. O melhor exame para avaliação é a TC tórax, onde se observa lesão bem definida, arredondada, lobulada, emergindo a partir de um dos lobos tímicos, menos freqüente bilateral. O tratamento preconizado é a excisão completa da lesão. **Relato de Caso:** Pcte R.J.S., 29 anos, masculino, negro, c/ história de dor torácica há 6 meses, de caráter opressivo, c/ piora ao deitar, e relato de febre não-aferida vespertina. Sem quaisquer comorbidades ou alterações no exame físico, verificou-se Rx tórax c/ alargamento mediastinal e imagens de calcificação ovaladas Peri-hilares, bilateralmente. À TC tórax imagens de massas mediastinais, bilaterais, c/ indicação de tratamento cirúrgico. Optado inicialmente pela excisão da massa esquerda, que, ao exame anatomopatológico, confirmou perfil imunohistoquímico compatível com Timoma. **Conclusão:** Este caso destaca-se pela apresentação bilateral do Timoma, bem como suas características visualizadas às imagens radiológicas.

PO405 PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO ASSOCIADO À INFECÇÃO DE VIA AÉREA SUPERIOR – RELATO DE CASO

ARIOVALDO LEAL FAGUNDES; JOSÉ WELLINGTON ALVES DOS SANTOS; GUSTAVO TRINDADE MICHEL; JANAÍNA TEIXEIRA GOMES MARTIGNONI; ABDIAS BAPTISTA DE MELLO NETO; MARCOS OTACÍLIO CARGNELUTTI BONIATTI; JULIANA KACZMARECK FIGARO; RAFAEL ARCENO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.
PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOMEDIASTINO; ENFISEMA SUBCUTÂNEO; SÍNDROME DE BOERHAAVE

Introdução: Pneumomediastino é um achado radiológico associado a sintomas como dor torácica ou dispnéia de caráter súbito e pode ser espontâneo ou traumático.

Caso clínico: Paciente masculino, 20 anos, previamente hígido, não-tabagista e não usuário de substâncias ilícitas apresenta-se com odinofagia e desconforto retrosternal de surgimento súbito e sem fator desencadeante. Ao exame físico estava em bom estado geral e com hiperemia e aumento de tonsilas. Crepitação subcutânea em região cervical. Ausculta cardíaca revelou estalido mitral e ruído sistólico rude (sinal de hamman), Ausculta pulmonar sem alterações. Neste caso, o pneumomediastino ocorreu de forma espontânea sucedendo um episódio de infecção de vias aéreas superiores sem ser precedido por tosse. **Discussão:** Pneumomediastino é uma patologia determinada pela presença de gás no mediastino. É rara em adultos e ocorre predominantemente em pacientes masculinos, na segunda e terceira décadas de vida. O pneumomediastino traumático é consequência de traumatismos, principalmente torácicos, cirurgias e outros procedimentos médicos. O pneumomediastino espontâneo, de curso benigno, é causado principalmente por doenças pulmonares, por doenças infecciosas das vias aéreas superiores e inferiores, pelo abuso de drogas inalatórias e por manobras que aumentem a pressão intratorácica. Poucos casos envolvendo pneumomediastino espontâneo associado à infecção de vias aéreas superiores são encontrados na literatura, nestes casos, a ocorrência de tosse é muito freqüente. Entretanto, no presente caso, não houve a ocorrência de tosse significativa,

tornando a causa do escape aéreo para o mediastino mais complexa. O paciente apresenta-se tipicamente com dor torácica aguda e dispnéia. O exame físico pode revelar a presença de enfiseма subcutâneo na região cervical e na parede torácica. O denominado “Sinal de Hamman” pode ser auscultado em 50% dos pacientes. Pacientes com suspeita clínica de pneumomediastino devem ser avaliados com radiogramas das regiões torácica e cervical. No entanto a TC de tórax é método mais sensível e constitui-se o método padrão-ouro para diagnóstico. O diagnóstico diferencial se faz com pericardite, pneumotórax, que pode se apresentar concomitantemente ao pneumomediastino em até 32% dos casos⁹, pneumopericárdio e Síndrome de Boerhaave (perfuração esofágica espontânea). O pneumomediastino sem complicações deve ser tratado de maneira conservadora, através do uso de analgésicos, repouso e do tratamento de fatores precipitantes. O curso é geralmente benigno e o quadro geralmente tem resolução completa após 2 a 15 dias, com recorrência em menos de 5% dos casos. **Conclusão:** O pneumomediastino espontâneo é uma patologia rara, com poucas publicações na literatura. Este caso acentua a importância de considerar o pneumomediastino como diagnóstico diferencial em pacientes jovens, com dor torácica e dispnéia.

PO406 RELATO DE CASO: DERRAME PLEURAL EOSINOFÍLICO ASSOCIADO AO USO DE VARFARINA

FABIO MARCELO COSTA; LUCAS MOREIRA; RICARDO PORTOLLI FRANCO; FREDERICO RUPPEL; AMALIA IZAURA NAIR MEDEIROS KLAES; LIVIA RODRIGUES FIGUEIREDO; FERNANDA MATTIAS SARTORI; CAMILA FERNANDA NOVAK PINHEIRO DE FREITAS
HC/UFRP, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DERRAMA PLEURAL; EOSINOFILIA; VARFARINA

Introdução: Os derrames pleurais eosinofílicos são definidos com presença de mais de 10% de eosinófilos no líquido pleural e apresentam diversas causas, entre elas: Churg-Strauss, síndromes hipereosinofílicas, lúpus eritematoso sistêmico, linfomas, neoplasia pulmonar, estrogênio, fungos e medicamentos (ácido valproico, divalproato de sódio e dantrolene). **Objetivos:** Apresentar um relato de caso de derrame pleural eosinofílico relacionado ao uso de varfarina. **Métodos:** Revisão de literatura e relato de caso. **Resultados:** Paciente masculino, 65 anos, hipertenso, em uso de enalapril e propanolol. Antecedentes de AVC isquêmico e AVC hemorrágico com sequela de hemiplegia. Admitido com sintomas sugestivos de TVP, confirmada com ecodoppler de MMII. A radiografia de tórax apresentava-se normal. Iniciou-se enoxaparina 80 mg/dia e após 2 dias varfarina sódica 5 e 2,5 mg, em dias alternados. No sexto dia do uso de varfarina o RNI era 2,7. O paciente apresentou quadro subfebril (T=37,8° C) por 2 dias, com diminuição de M.V. à direita e dispnéia. Foi iniciado com piperacilina/tazobactam empírico para pneumonia nosocomial. O raio-x de tórax evidenciou derrame pleural extenso à direita, no hemograma havia 19% de eosinófilos sem leucocitose ou bastonetose. Realizada toracocentese que evidenciou aspecto serossanguinolento, exsudativo, 468 leucócitos, 14% de linfócitos, 28% de macrófagos e 58% de eosinófilos. Bacterioscopia com GRAM e BAAR negativas. Suspendeu-se a antibióticoterapia, pela hipótese de eosinofilia pulmonar por varfarina, conforme revisão de literatura. TAC de tórax mostrou derrame pleural à direita com atelectasia compressiva das porções posteriores do pulmão direito.

Após retirada da varfarina e uso de prednisona 1mg/kg por 5 dias houve melhora gradual e resolução do quadro. O paciente permanece em acompanhamento ambulatorial e em uso de femprocumona. O diagnóstico de derrame pleural eosinofílico por varfarina foi estabelecido. Após revisão de literatura encontramos dois casos semelhantes, um paciente de 51 anos com eosinofilia e derrame pleural serossanguinolento em uso de varfarina, com boa resposta após retirada da droga e recorrência precoce após reintrodução. O segundo em paciente de 76 anos, RNI de 15,5 em uso de varfarina com hemotórax com alta contagem de eosinófilos. A varfarina pode causar efusões pleurais por dois mecanismos: anticoagulação excessiva cursando com hemotórax, ou reação alérgica/tóxica causando eosinofilia periférica e pleurite. **Conclusão:** Os derrames pleurais eosinofílicos possuem diversas causas, dentre elas o uso de varfarina. A varfarina pode cursar com hemotórax em pacientes com RNI alto, porém pode causar pleurite com efusão pleural eosinofílica e eosinofilia periférica mesmo com RNI controlado.

PO407 SÍNDROME DE GORHAM - RELATO DE CASO

NELSON PERELMAN ROSENBERG; MARINA MARIA KRUM; EDUARDO SPERB PILLA; LEONARDO CARVALHO; CARLOS EDUARDO OLIVEIRA
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINO; LINFANGIOMA CAVERNOSO; SÍNDROME DE GORHAM

Introdução: Linfangiomatose é uma doença caracterizada pelo aumento do calibre dos vasos linfáticos de forma localizada (higroma cístico) ou sistêmica. Esses vasos calibrosos não possuem comunicação com o sistema linfático normal. É uma malformação congênita que pode acometer qualquer topografia corporal sendo mais comum na cabeça, região cervical, axilas e abdômen, não sendo encontrada no sistema nervoso central pois não há sistema linfático neste local. Para ser considerada linfangiomatose é necessário acometimento mínimo de dois órgãos. Compreendem cerca de 0,7 à 4,5% dos tumores de mediastino localizando-se normalmente na porção superior e anterior. Quando associada a lesões osteolíticas é chamada de Síndrome de Gorham, a qual corresponde a uma osteólise associada à mal formações vasculares. **Objetivos:** Apresentar Relato de Caso de doença rara sem incidência e prevalência conhecidas. **Métodos:** Relato de Caso. **Relato de Caso:** Paciente de 31 anos, branco, procurou atendimento por tosse seca com evolução de 1 ano, sudorese noturna e febre. Apresentava história de contato com doença granulomatosa. O exame físico e exames laboratoriais eram normais. O RX de tórax demonstrou alargamento do mediastino médio e indefinição das estruturas do hilo pulmonar esquerdo, além de redução da altura de corpos vertebrais na coluna torácica. A tomografia demonstrou linfonodomegalias mediastinais paratraqueais, janela aorto-pulmonar, hilar esquerdo, subcarinal, para-aórtica esquerda e na transição tóraco-abdominal. Foi submetido a fibrobroncoscopia que evidenciou alargamento da carena segmentar do lobo superior esquerdo com edema da mucosa – realizadas biópsias e drenagem de secreção serosa proveniente da lingula. O estudo desse material demonstrou negatividade para células malignas e predomínio de linfócitos. A biópsia brônquica foi inespecífica. Após realização de ecografia de bolsa escrotal e dosagem de marcadores tumorais negativos,

optou-se pela videotoroscopia que permitiu visualização de grandes lesões císticas nas topografias descritas na tomografia. Procedeu-se então a toracotomia exploradora com ressecção das lesões. O laudo da patologia revelou linfangioma cavernoso. **Conclusão:** A síndrome de Gorham não tem padrão hereditário e está associada a anomalias vasculares, angiomatose ou hamangiomatose. Pode comprometer qualquer osso e apresenta evolução benigna com tendência a remissão. Já o linfangioma apresenta diagnóstico diferencial com outras lesões mediastinais como timoma, cisto broncogênico, cisto de duplicação entérica, neurofibroma ou bócio. Devido à raridade, a incidência não é estimada e não há predileção por sexo conhecida. O tratamento é a ressecção cirúrgica quando possível e o destelhamento das lesões é uma segunda opção. Em ressecções completas o prognóstico é bom. A radioterapia tem indicação nas recidivas e ressecções incompletas. O uso de interferon alfa, um antagonista de angiogênese, pode ser considerado em casos selecionados.

PO408 ANÁLISE DE 241 BIÓPSIAS PLEURAIS POR AGULHA. O MÉTODOS PODE SER MELHORADO?

RICARDO MORENO; BRUNO RODRIGUES TONETO; GUILHERME ANDRADE PEIXOTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; WILLIAM SALIBE FILHO
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PLEURA; BIÓPSIA DE PLEURA; AGULHA DE COPE

Introdução: Desde a criação das agulhas de Cope, em 1958, a biópsia pleural (BP) se tornou essencial para o diagnóstico diferencial de derrames pleurais, sendo comumente realizada em casos de etiologia desconhecida. Mesmo com ênfase em um diagnóstico específico, os laudos histopatológicos de Tuberculose e Neoplasias são frequentes mas a pleurite inespecífica continua em grande quantidade. Diversos fatores podem explicar a ausência de um consenso sobre o melhor eficácia da biópsia. Trata-se de um Método examinador-dependente, tanto de quem a realiza, quanto de quem avalia laboratorialmente o material coletado; o procedimento é feito às cegas; a etiologia em questão envolve doenças de acometimento difuso, com conseqüente risco da biópsia atingir áreas não acometidas; **Objetivos:** O presente estudo tem por finalidade descrever o perfil etiológico dos derrames pleurais obtidos por biópsia de pleura em uma unidade de referência. **Métodos:** Estudo retrospectivo de biópsias de pleura feitas com agulha de Cope no Hospital Estadual Mário Covas de Santo André, no período de janeiro de 2002 a abril de 2010. A análise foi feita apenas com os Resultados da primeira biópsia de pleura. Os Resultados são expressos de forma descritiva e comparados quanto ao diagnóstico etiológico obtido apenas com base no resultado anatomopatológico. Critérios de inclusão: todos os pacientes com derrame pleural submetidos à biópsia de pleura por agulha de Cope. Critérios de exclusão: ausência de dados demográficos ou histológicos. Critérios para o diagnóstico etiológico: exame anatomopatológico. **Resultados:** Neste período foi realizado um total de 243 biópsias de pleura, sendo incluídas neste trabalho 241. Os dois casos não incluídos se devem a falta de dados demográficos. A idade variou entre 12 e 89 anos, com média de 53,15 anos. Considerando a distribuição de acordo com o sexo, os casos femininos predominaram, com 124 mulheres (51,5%) e 117 homens (49,5%). A tabela abaixo mostra os resultados:

Conclusão: desta forma, concluímos que a primeira punção biópsia de pleura permitiu o diagnóstico específico na metade dos pacientes. A pleurite crônica inespecífica continua ser o diagnóstico histopatológico mais freqüente. Estudos futuros são necessários para aumentar a acurácia da biópsia pleural, ou mesmo modificar a indicação do procedimento.

Biópsias	Tuberculose	Neoplasia	Pleurite	Fibrose	Outros	Total
Total	50(20.7%)	60(24.9%)	118(49%)	7(2.9%)	6(2.5%)	241

P0409 TROMBOSE PROFUNDA DE MEMBRO SUPERIOR CAUSADA POR TERATOMA MADURO DE MEDIASTINO

ROBERTO GUIDOTTI TONETTO; RAFAEL CABRERA CORRÊA; JULIANA TONETTO ZAMPIERI; CLAUDIA LOSS RECK; ALINE ROSES SGARABOTTO; VINICIUS DUVAL DA SILVA; TIAGO KRIEGER BENTO MARTINS; GUSTAVO CHATKIN

PUCRS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TERATOMA DE MEDIASTINO; TROMBOSE VENOSA PROFUNDA; MASSA MEDIASTINAL

Introdução: A trombose venosa profunda do membro superior é rara, porém causa importante morbidade. O diagnóstico diferencial deve abranger ampla gama de possibilidades, além das causas mais prevalentes. As lesões mediastinais, incluindo teratomas, devem ser consideradas. **Objetivos:** Reconhecimento dos diagnósticos diferenciais para trombose venosa profunda do membro superior, incluindo as neoplasias mediastinais. **Métodos:** Paciente feminina, previamente hígida, 45 anos de idade, chega à emergência queixando-se de dor e aumento do volume do membro superior esquerdo (MSE). Ao exame: dor, edema, hiperemia e cianose do MSE. Ecografia duplex scan compatível com trombose de todo o sistema venoso profundo do MSE, inclusive da veia axilar. Radiografia de tórax evidencia opacidade tumescente no mediastino anterior à esquerda. CT de tórax mostra massa mediastinal sólida/cística de 6,9cm X 4,2cm, causando compressão e deslocamento da veia subclávia esquerda, trombosada, sem sinais de tromboembolismo pulmonar ou outras alterações no exame. Procedeu-se esternotomia mediana e excisão da lesão. **Resultados:** Boa evolução pós-operatória. Anátomo-patológico diagnostica teratoma maduro de mediastino. Anti-coagulação por 6 meses com varfarina e alta ambulatorial. **Conclusão:** A investigação de causas de trombose venosa profunda de membro superior, além de etiologias mais comuns, tais como cateter venoso central, marcapasso, trauma, câncer, alterações anatômicas, esforço físico extenuante, alterações hematológicas pró-trombóticas, deve incluir avaliação por imagem do tórax. O teratoma maduro de mediastino, embora raro, é a principal causa de tumor germinativo do mediastino. Não há relato prévio dessa patologia como causa de trombose venosa profunda de membro superior, nesse caso, por mecanismo compressivo do sistema venoso profundo da extremidade.

P0410 EFEITOS DA POSIÇÃO DURANTE O SONO NA LOCALIZAÇÃO DO DERRAME PLEURAL EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

BIANCA FERNANDES MARCONDES¹; FRANCISCO SUSO VARGAS²; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA³; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE⁴; LARISSA MONTENEGRO KUMAMOTO⁵; MATEUS GUIMARÃES FAHEL⁶; RODRIGO CARUSO CHATE⁷; GERALDO LORENZI-FILHO⁸

1,3,4,8.DEPARTAMENTO DE CARDIOPNEUMOLOGIA - INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.DEPARTAMENTO DE CARDIOPNEUMOLOGIA-INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5,6,7.DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA - INCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA; DERRAME PLEURAL; SONO

Introdução: Pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) apresentam derrame pleural predominantemente à direita. Uma possível explicação é que os pacientes com ICC durante o sono, passam mais tempo no decúbito lateral direito, semelhante ao que ocorre com o edema que se acumula em regiões posição dependentes. **Objetivos:** Avaliar a correlação entre a predominância da posição adotada durante o sono e a localização do derrame pleural em pacientes com ICC. **Métodos:** Pacientes com ICC e derrame pleural foram submetidos a monitorização portátil que detecta a posição corporal. Tomografia computadorizada foi realizada em todos os pacientes para determinar o volume e a localização do derrame pleural antes do estudo do sono. **Resultados:** Foram avaliados 17 pacientes (11 homens), idade de 67 ± 12 anos, IMC 25 ± 4 kg/m², sendo 76% classificados como NYHA II - III. Quinze pacientes apresentaram derrame predominantemente à direita, sendo que 11 permaneceram mais tempo em decúbito lateral direito (11/15 - 73%); quatro adotaram decúbito lateral esquerdo (4/15 - 27%). Apenas 2 pacientes (2/17 - 12%) tinham derrame pleural à esquerda e ficaram a maior parte do tempo em decúbito esquerdo. **Conclusão:** Esses resultados preliminares sugerem que a maioria dos pacientes com ICC durante o sono, preferem o decúbito do mesmo lado do derrame pleural. Apoio: CNPq e FAPESP

P0411 AINDA EXISTE ESPAÇO PARA A AGULHA DE COPE?

RICARDO MORENO; BRUNO RODRIGUES TONETO; GUILHERME ANDRADE PEIXOTO; ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR; WILLIAM SALIBE FILHO
FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRÉ, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BIÓPSIA DE PLEURA; AGULHA DE COPE; NÚMERO DE FRAGMENTOS

Introdução: Desde a criação das agulhas de Cope, em 1958, a biópsia pleural (BP) se tornou essencial para o diagnóstico diferencial de derrames pleurais. A realização da biópsia por videotoroscopia pode ser considerado o padrão áureo, porém com uma morbidade maior, necessidade de internação e drenagem torácica. Para a biópsia por agulha apesar de mais prática e simples, o local escolhido para **Introdução** da agulha é determinado pela quantidade de derrame pleural e pode não corresponder ao melhor local a ser realizada a biópsia. Além disso, a quantidade mínima de fragmentos necessários ainda não foi estabelecida. **Objetivos:** O presente estudo tem por finalidade avaliar o impacto do número de fragmentos colhidos durante a biópsia em sua acurácia diagnóstica. **Métodos:** Estudo retrospectivo de biópsias de pleura por agulha no Hospital Estadual de Santo André, de 2002 a 2010. Os resultados foram separados em dois grupos (≤ 3 fragmentos e > 3 fragmentos) e comparados quanto ao diagnóstico obtido no anatomopatológico. **Resultados:** Um total de 241 biópsias de pleura por agulha e 6 por cirurgia, sendo incluídas neste trabalho 247. A idade variou entre 12 e 89 anos, com média de 53,75 anos. Considerando a distribuição de acordo com o sexo, os casos femininos predominaram, com 126 mulheres (51,01%) e 121 homens (48,99%). Neste período foram realizadas somente

6 biopsias por videotoroscopia(2,4%) – 3 paciente com tuberculose(TB),2 com neoplasia(NEO) e 1 com fibrose(FB).A tabela abaixo mostra os resultados das biopsia por agulha. **Conclusão:** A primeira punção biópsia de pleura permitiu o diagnóstico específico e foi suficiente em 95%,a videotoroscopia foi necessária em menos que 5%.A obtenção de mais de três fragmentos mostrou uma tendência a maior acurácia diagnóstica para neoplasia;curiosamente para a Tuberculose foi menor.Novos estudos são necessários para esta constatação.Nosso grupo preconiza a biopsia pleural por agulha como PRIMEIRA escolha na investigação da doença pleural.Na suspeita de neoplasia,recomendamos a retirada de no mínimo 4 fragmentos.

Biópsias Agulha	TB	NEO	Pleurite	FB	Outros	Total
≤ 3 fragm	32(26%)	24(19%)	60(48%)	4(3%)	3(2%)	123
> 3 fragm	18(15%)	36(30%)	58(49%)	3(2%)	3(2%)	118
Total	50(20%)	60(24%)	118(49%)	7(3%)	6(2.5%)	241

PO412 DERRAME PLEURAL: A TORACOCENTESE MELHORA A CAPACIDADE AO EXERCÍCIO?

FREDERICO LEON ARRABAL FERNANDES; JOAO MARCOS SALGE; FRANCISCO SUSO VARGAS; SERGIO HENRIQUE SARAIVA ALVES; BIANCA FERNANDES MARCONDES; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; EDUARDO HENRIQUE GENOFRE; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA
DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - LABORATÓRIO DE PLEURA - INCOR - HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL ; ERGOESPIROMETRIA; TORACOCENTESE

Introdução: Derrame pleural é uma condição patológica freqüente que diminui as reservas ventilatórias e a força muscular respiratória. Derrames volumosos geralmente causam dispnéia podendo ocasionar uma redução na capacidade ao exercício. A toracocentese é uma ferramenta terapêutica utilizada para aliviar os sintomas em derrames volumosos e o seu impacto no consumo de oxigênio durante o exercício não está descrito na literatura médica. **Objetivos:** Avaliar o efeito da toracocentese na função pulmonar em repouso e durante o exercício. **Métodos:** Pacientes com derrame pleural e indicação para toracocentese diagnóstica ou de alívio. Critérios de inclusão: freqüência cardíaca em repouso < 120 bpm, oximetria de pulso > 90%, ausência de co-morbidades neurológicas e ortopédicas. Foram avaliados (antes e após a toracocentese) os seguintes parâmetros: volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) através da espirometria e consumo de oxigênio (VO2), volume expirado máximo (VEmax), frequência cardíaca (FC) e frequência cardíaca máxima (FC max) através de teste ergoespirométrico com bicicleta à 15W/min. **Resultados:** Oito pacientes foram avaliados, seis do sexo masculino. Sete pacientes pararam o exercício devido à limitação ventilatória. O volume médio de líquido pleural retirado foi 341mL. Os dados obtidos, em média, na fase pré toracocentese foram 15,8mL/Kg VO2 max, da 41,2L/min VE max e 134bpm FC max. As médias após a toracocentese foram 17,7mL/kg, VO2 max; 50,0L/min VE max, 144bpm FC max . Após a toracocentese houve uma melhora de 520mL no VEF1 . O tempo de exercício melhorou em 45 segundos. Houve uma fraca correlação entre o volume de líquido retirado e a melhora ao exercício. **Conclusão:** Após a toracocentese os pacientes apresentaram discreta melhora no consumo de

oxigênio, na ventilação, na freqüência cardíaca e no tempo de exercício máximo. Estes discretos ganhos parecem estar relacionados ao melhor desempenho da função pulmonar após a retirada de líquido pleural. Apoio: CNPq, FAPESP

PO413 FISH: UMA ABORDAGEM MOLECULAR EFICAZ NO DIAGNÓSTICO DOS DERRAMES PLEURAIS MALIGNO

DEBORA CRISTINA BATISTA ROSOLEN1; LESLIE DOMENIC KULIKOWSKI2; GIORGIO BOTTURA3; AMON MENDES NASCIMENTO4; MILENA M P ACENCIO5; FRANCISCO SUSO VARGAS6; EVALDO MARCHI7; LEILA ANTONANGELO8

1,2,3,4.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA LIM 03 FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5,6,7.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 8.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR, DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA LIM 03 FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL MALIGNO; TÉCNICAS MOLECULARES; FISH

Introdução: Em aproximadamente 40% dos derrames pleurais malignos, o exame citológico do líquido pleural (LP) não é capaz de identificar os elementos tumorais. Estes resultados falsos negativos geralmente se relaciona com o tipo histológico e com a capacidade exfoliativa do tumor, associado à dificuldade de reconhecimento do elemento tumoral em meio à reação mesotelial concomitante. A técnica de FISH (hibridação in situ por fluorescência) pode ser uma estratégia adequada para a detecção dessas células no líquido pleural, uma vez que é capaz de identificar população celular aneuplóide, condição associada com malignidade. **Objetivos:** Avaliar a acurácia da técnica de FISH associada à citologia convencional no diagnóstico de derrame pleural (DP) maligno. **Métodos:** Foram analisadas vinte e nove (29) amostras de LP, que segundo o critério citológico correspondiam a: 11 casos com citologia positiva (verdadeiros positivos – VP ou falsos positivos – FP), nove (9) com citologia suspeita (falsos positivos – FP ou verdadeiros positivos- VP) e dez (10) com citologia negativa (verdadeiros negativos- VN ou falsos negativos- FN). Foram utilizadas sondas Alpha centroméricas para os cromossomos 11 (marcado em vermelho) e 17 (marcado em verde). A hibridação foi realizada de acordo com a técnica descrita por Pinkel (1986) com pequenas modificações. 200 células em interfase foram analisadas para cada caso com o software Cytovision. O diagnóstico histológico foi considerado o padrão ouro para o critério de malignidade e critérios clínicos, radiológicos e/ou histológicos para a exclusão de malignidade. **Resultados:** Segundo os critérios estabelecidos obtivemos: Citologia (+) e Histologia (+): 11 casos; Citologia (-) Histologia (+): 02 casos e Citologia negativa e/ou critérios que excluíram malignidade: 08 casos. Nos casos VN, a média de células exibindo padrão cromossômico normal (2n) foi de 78,6%. Nos casos VP, a média de células que apresentaram padrão cromossômico anormal (ganhos ou perdas de 1 ou 2 cromossomos) foi de 69,7%. Em dois casos de Citologia (-) e Histologia (+), a FISH demonstrou células aneuplóides em 49,7% e 64,6%, respectivamente. Ambos os casos correspondiam a neoplasias de mama. Dentre os casos com citologia suspeita, apenas um teve confirmação histológica de neoplasia. Neste caso, a FISH demonstrou 66 % de células com conteúdo anormal de DNA. Nos demais casos, a FISH demonstrou número inferior a 30% de células aneuplóides. **Conclusão:** A técnica de FISH demonstrou ser

uma boa ferramenta diagnóstica a ser associada ao exame citológico, especialmente nos casos de citologia suspeita. De maneira geral, não observamos em nenhum caso de etiologia benigna, número superior a 40% de células aneuplóides. A detecção de mais de 70% de células aneuplóides no LP foi observada em todos os casos de DP maligno. Nos com citologia inconclusiva, a FISH permitiu distinguir as células malignas das mesoteliais reativas, a partir do valor de corte estabelecido.

PO414 ALTERAÇÕES GENÔMICAS DETECTADAS POR OLIGO-ARRAY EM DERRAME PLEURAL MALIGNO

LESLIE DOMENIC KULIKOWSKI1; DEBORA CRISTINA BATISTA ROSOLEN2; GIORGIO BOTTURA3; ANNELESE CORREA WENGERKIEVICZ4; LAIS PINTO DE ALMEIDAS; EVALDO MARCHI6; FRANCISCO SUSO VARGAS7; LEILA ANTONANGELO8

1,2,3,4,5.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA LIM 03 FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 6,7.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 8.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR, DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA LIM 03 FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL MALIGNO; TÉCNICAS MOLECULARES; GENOMA

Introdução: A análise do genoma, utilizando a tecnologia de array baseada em oligonucleotídeos, é útil para detectar ganhos e perdas de segmentos de DNA e tem sido usada para caracterizar alterações genômicas em câncer e em outras doenças. Avanços nesta tecnologia, especificamente o método de array de alta resolução (2.7 Mb), permite a cobertura completa do genoma a partir da utilização de 2.7 milhões de marcadores, possibilitando o estudo de 400.000 polimorfismos (SNPs) e a detecção da perda de heterozigiosidade (LOH). **Objetivos:** Utilizar o método de array de alta resolução para caracterizar as alterações genômicas presentes em células do líquido pleural de paciente com adenocarcinoma de pulmão e correlacionar os achados com relatos prévios da literatura. **Métodos:** Para a hibridação, utilizou-se a plataforma Cytogenetics Whole-Genome 2.7 Mb e os dados obtidos foram analisados pelo sistema Chromosome Analysis Suite (ChAS), ambos de acordo com o protocolo do fabricante (Affymetrix). **Resultados:** Os resultados mostraram grande número de aberrações cromossômicas que incluíram a deleção parcial de 3p, 9pter e 15q, múltiplos ganhos nos cromossomos 5, 6 e 8, além da duplicação parcial do braço curto do cromossomo 1 e do cromossomo 20. Também foram observadas células apresentando trissomia do cromossomo 7 e 14 e um alto nível de LOH. No caso estudado, a técnica de array de alta resolução demonstrou que as células presentes no líquido pleural apresentam cariótipo instável e anormalidades cromossômicas complexas. Os achados são consistentes com relatos da literatura e sugerem que o array pode ser uma ferramenta útil na compreensão do perfil genômico das células metastáticas em derrames pleurais. **Apoio:** FAPESP

PO415 O ARMAZENAMENTO PROLONGADO DO LÍQUIDO PLEURAL INFLUENCIA O RESULTADO DO EXAME CITOLÓGICO?

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES1; FRANCISCO SUSO VARGAS2; LISETE RIBEIRO TEIXEIRA3; EVALDO MARCHI4; ANTONIETA LAMANNAS; TANIA FERREIRA CABRAL6; LUIZ CESAR MOREIRA7; LEILA ANTONANGELO8

1,2,3,4.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5,6,7.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA LIM 03 FMUSP,

SÃO PAULO, SP, BRASIL; 8.DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - INCOR, DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA LIM 03 FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DIAGNÓSTICO; EXAME CITOLÓGICO; DERRAME PLEURAL

Introdução: A análise bioquímica e o exame citológico constituem o primeiro passo para o diagnóstico de exsudatos pleurais. Para essas avaliações são necessárias amostras à fresco de líquido pleural, principalmente para a citologia total e diferencial de células e para o estudo da morfologia celular. O atraso no processamento das amostras pode ocasionar degeneração celular com possíveis equívocos no diagnóstico. **Objetivos:** Avaliar se o líquido pleural está adequado para o exame citológico após prolongados períodos de armazenamento (temperatura ambiente e em geladeira a 4°C). **Métodos:** Trinta amostras de líquido pleural (15 derrames benignos e 15 malignos) foram submetidas a contagem celular (câmara de Neubauer) e a estudo morfológico (lâminas com coloração de Leishman) nas primeiras duas horas após a coleta (padrão-ouro). As amostras foram alíquotadas e armazenadas em temperatura ambiente (TA) ou em geladeira a 4°C (TG) e analisadas após 1, 2, 3, 4, 7 e 14 dias. Alterações nucleares e citoplasmáticas foram pesquisadas em todas as lâminas (análise em 10 campos, 1000x). Teste t pareado e de Wilcoxon foram utilizados para comparar os valores obtidos. **Resultados:** A contagem de células foi estável até o segundo dia nas amostras mantidas em temperatura ambiente e até o terceiro dia nas mantidas em geladeira, independente da etiologia do derrame pleural. Alterações morfológicas nucleares e citoplasmáticas (picnose, presença de blebs e vacúolos) foram exuberantes nas amostras mantidas em temperatura ambiente a partir do terceiro dia (principalmente o número de picnoses). Nas alíquotas refrigeradas, essas alterações foram mais discretas e ocorreram posteriormente (a partir do sétimo dia). **Conclusão:** Amostras de líquido pleural foram viáveis para contagem celular até o terceiro dia após a toracocentese. A morfologia celular foi bem preservada e permitiu um diagnóstico seguro até 4º dia após a coleta. **Apoio:** FAPESP, CNPq

PO416 MASSA EM MADIATINO – ACHADO DE EXAME EM AVALIAÇÃO PARA ACADEMIA.

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR1; EDUARDO IWANAGA LEAO2; JOSÉ ERNESTO SUCCI3; ERIKA RYMKEWICZ4; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS5; MARCEL MARTINS SANDRINI6; FABIO NISHIDA HASIMOTO7; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA8

1,3,4,5,6,7,8.UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR DE MADIATINO; SCHIVANOMA; CIRURGIA TORACICA

Tumores neurogênicos são os mais comuns do mediastino, correspondendo a 20 a 40% de todas as neoplasias mediastinais no adulto. Constituem, aproximadamente, 75% das lesões do mediastino posterior e, em sua maioria, são benignos e assintomáticos. Dos tumores neurogênicos do mediastino, 40-65% têm sua origem na bainha dos nervos periféricos. Neurilemoma e neurofibroma, ambas lesões benignas, compõem mais de 95% dos tumores neste grupo. Os schwannomas malignos são extremamente agressivos e correspondem aos 2 a 4% restantes. O neurilemoma ou schwannoma é uma neoplasia neural benigna, associada a um tronco nervoso, apresentando-se, geralmente, como uma lesão encapsulada, de superfície lisa, de crescimento

lento e indolor. Pode variar em tamanho de milímetros a alguns centímetros, é originada da proliferação das células de Schwann, oriundas da crista neural do neurilema que envolve os nervos periféricos. Relatamos uma paciente de 32 anos, assintomática, com uma massa em ápice torácico direito com 12 cm de diâmetro, descoberta por uma radiografia de tórax para avaliação médica de uma academia de esporte. Foi submetida a ressecção completa da lesão por toracotomia direita, com boa evolução. Apesar do tamanho da lesão, a paciente não apresentava sintomas, como a maioria dos tumores benignos de mediastino. Grandes lesões podem permanecer assintomáticas devido ao crescimento lento e a capacidade de tolerância que nosso organismo tem. Entretanto, o tratamento operatório é mandatório para evitar possíveis sintomas posteriores e degeneração maligna da lesão

PO417 ANGIOLIPOMA DE MEDIASTINO, TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR¹; EDUARDO IWANAGA LEAO²; RENATO DE OLIVEIRA³; ERIKA RYMKIEWICZ⁴; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS⁵; MARCEL MARTINS SANDRINI⁶; FABIO NISHIDA HASIMOTO⁷; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA⁸

1,3,4,5,6,7,8. UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2. UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUMOR DE MEDIASTINO; ANGIOLIPOMA; CIRURGIA TORÁCICA

Angiolipoma é um tumor benigno de crescimento lento, que contém vasos sanguíneos e células adiposas maduras. A maior parte dos angiolipomas costumam aparecer após a puberdade, sendo os adultos jovens os mais acometidos por ela. Esse tumor benigno é mais frequentemente encontrado no tronco, pescoço ou nas extremidades. São caracterizados como nódulos múltiplos, firmes, circunscritos, dolorosos e amarelados de 1-4cm de diâmetro. Os angiolipomas são subdivididos em: não infiltrativos e infiltrativos. Sendo os não infiltrativos os de maior incidência. Relatamos uma paciente de 65 anos com dor em região dorsal direita há um ano. Na investigação foi encontrado uma massa em mediastino posterior direito, confirmada por tomografia e ressonância de tórax. Foi submetida à toracotomia com ressecção da lesão e o anatomopatológico diagnosticou um angiolipoma de mediastino posterior.

PO418 PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO SECUNDÁRIO À HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS E DPOC: RELATO DE CASO

RICARDO MACHADO NACARATO¹; ALEXANDRE DE PAULA TSUKADA²; JONAS DE LARA FRACALOZZI³; FERNANDA ALEIXO TEIXEIRA⁴; NELSON DE ARAÚJO VEGAS

1. CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2,3,4,5. CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO; HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS PULMONAR; DPOC

Introdução: O termo Histiocitose é uma designação abrangente para uma variedade de doenças proliferativas de células dendríticas ou macrófagos. No passado, essas doenças foram chamadas de Histiocitose X, segundo nome proposto por Lichtenstein et al (1953). Histiocitose de células de Langerhans pulmonar (HPCL) é uma forma isolada de doença, a qual, geralmente desenvolve em pacientes tabagistas. Caracterizada por infiltrado de células de

Langerhans associada a macrófagos, linfócitos e eosinófilos que promovem o surgimento de nódulos e possui em suas apresentações uma elevada heterogeneidade microscópica. Os sintomas mais comuns são dispnéia e tosse seca. Segundo literatura o pneumotórax espontâneo pode ocorrer em 16 a 25% dos casos em algum momento da doença. Na radiografia simples de tórax predominam opacidades nodulares ou reticulonodulares em campos pulmonares médios e superiores. A presença de cistos e nódulos em uma distribuição típica na tomografia computadorizada de tórax sugere o diagnóstico de HPCL. Há indícios na literatura de progressão da doença com a continuidade do tabagismo e regressão com a cessação. O tratamento com corticosteróides é pouco eficaz na HPCL. **Objetivos:** Relatar um caso de Pneumotórax espontâneo secundário a Histiocitose de células de Langerhans pulmonar e DPOC acompanhado pelo serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital Escola Santa Casa de Ribeirão Preto/Centro Universitário Barão de Mauá - SP/Brasil. **Relato de Caso:** Homem, 50 anos, pedreiro, internado devido a Pneumotórax espontâneo em hemitórax direito. Apresentou quadro clínico de tosse seca e dispnéia aos moderados esforços progressiva há um ano. Referiu tabagismo, 30 anos/maço. Realizou exames de imagem de tórax compatíveis com lesões císticas bizarras bilaterais. A biópsia de tecido pulmonar constatou: "Histiocitose de células de Langerhans em vários estágios de organização: de celular a organizada". Imunohistoquímica com marcadores CD68, CD1a, S100 positivos. Paciente encontra-se em seguimento ambulatorial há três anos e interrompeu o hábito tabágico desde o episódio de Pneumotórax espontâneo. **Conclusão:** A HPCL é relativamente rara, de comprometimento sistêmico, sendo preferencialmente ocorrente em tabagistas. Pacientes portadores de Histiocitose de células de Langerhans pulmonar podem apresentar Pneumotórax espontâneo como sintoma inicial ou durante período de evolução clínica da doença.

PO419 PNEUMOMEDIASTINO DE REPETIÇÃO: RELATO DE CASO

OZÉAS GALENO DA ROCHA NETO; MARCELL COUTINHO DA SILVA; MARIA CECÍLIA NIEVES TEIXEIRA MAIORANO; THAÍS BITTENCOURT DE OLIVEIRA PIRES; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; GABRIEL FERREIRA ROZIN; BRUNO GUEDES BALDI; TERESA YAE TAKAGAKI

FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMOMEDIASTINO; ENFISEMA SUBCUTÂNEO; DISPNEIA

Introdução: O pneumomediastino consiste na presença inadvertida de ar no mediastino a partir da dissecação ao longo dos brônquios e vasos pulmonares. Embora de ocorrência rara, pode acometer adultos jovens com predominância no sexo masculino. As causas mais frequentes são trauma, iatrogenia ou secundário a pneumopatia de base. No pneumomediastino espontâneo, a etiologia não é identificada. O quadro clínico é caracterizado por dor torácica, dispnéia e enfisema subcutâneo. O diagnóstico é baseado no exame físico e na radiografia de tórax, e eventualmente na tomografia computadorizada. Na maioria dos casos, o tratamento é conservador, com prognóstico favorável. **Objetivos:** Apresentar um caso de pneumomediastino recorrente iniciado há cerca de 10 anos. **Relato do caso:** Paciente masculino JVL, 46 anos, garagista, procurou o pronto socorro após despertar com dor torácica súbita, edema de tórax e face, além de dispnéia progressiva. Ao exame: agitado, taquidispneico e disfônico; PA: 130x78 mmHg; FC: 96 bpm; FR: 42 rpm; SatO2: 82%,

com crepitações difusas à palpação do subcutâneo no tórax, região cervical e face. Os exames laboratoriais e ECG não apresentavam alterações significativas. A radiografia e tomografia de tórax evidenciaram pneumomediastino e enfisema subcutâneo difusamente. Submetido à intubação orotraqueal por insuficiência respiratória. Evoluiu com melhora clínica após suporte intensivo. Antecedente de quadros recorrentes semelhantes (primeiro episódio há cerca de 10 anos). Portador de hipertensão arterial, obesidade, diabetes e apnéia obstrutiva do sono acentuada diagnosticada durante a internação. Demais exames de investigação para avaliação do trato digestivo e respiratório não revelaram alterações dignas de nota. Diante deste cenário, sugeriu-se possível quadro de pneumomediastino espontâneo de repetição. **Conclusão:** Apesar dos avanços nos Métodos diagnósticos, ainda é necessário manter esforços para um melhor entendimento em relação à fisiopatologia e etiologia dessa rara entidade clínica, o que poderia favorecer a instituição de terapia mais direcionada e apropriada a cada caso.

P0420 ELASTÂNCIA PLEURAL EM PACIENTES COM DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO RECIDIVANTE

PEDRO HENRIQUE NABUCO DE ARAÚJO¹; RICARDO MINGARINI TERRA²; LETÍCIA LEONE LAURICELLA³; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA⁴; FÁBIO BISCEGLI JATENE⁵

1,3,4.HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL;

2.HOSPIATL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL;

5.HOSPIATL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ELASTÂNCIA; PLEURODESE; NEOPLASIA

Introdução: A elastância pleural correlaciona-se com a expansão pulmonar após o esvaziamento do derrame pleural. Especialmente significativa naqueles derrames de etiologia neoplásica em que a expansão pulmonar é fundamental para alívio sintomático e sucesso de terapêuticas como a pleurodeese. **Objetivos:** Mostrar os valores de elastância pleural em pacientes com derrame pleural de etiologia neoplásica e recidivante e que sejam candidatos a pleurodeese química pelo dreno de tórax. **Métodos:** Foram selecionados de nossos ambulatórios pacientes com derrame pleural de origem neoplásica e caráter recidivante e que apresentaram alívio sintomático e expansão pulmonar parcial ou total em radiografia de controle após toracocentese esvaziadora. Quarenta e quatro pacientes foram admitidos em nosso serviço no período de junho de 2009 e agosto de 2010 para realização de pleurodeese pelo dreno de tórax e tiveram suas pressões pleurais mensuradas durante o esvaziamento do líquido logo após a passagem do dreno torácico tipo "Pig tail" de 14 Fr. As pressões foram aferidas com um equipo de pressão venosa central, sendo usadas as pressões expiratórias e mensuradas em cm de H₂O. Eram medidas inicialmente e a cada 400 ml de líquido retirado até tornarem-se negativas, quando então eram medidas a cada 200 ml. O término da mensuração e do esvaziamento se dava quando o paciente apresentava dor torácica ou tosse intensas ou quando não havia mais líquido a ser retirado. Para que a última medida de pressão fosse considerada era necessária a retirada de pelo menos mais 20 ml de líquido após a mesma. A elastância foi calculada dividindo a variação de pressão pelo volume drenado e anotada em cm H₂O/L. Foram calculadas as elastâncias nos primeiros 800 ml e a no volume total. Foram excluídos das análises seis pacientes nos quais foram retirados menos de 800 ml de líquido pleural. **Resultados:** A idade

média foi 62 anos. Mulheres representaram 76% da amostra (29 pacientes) e homens 24% (9 pacientes). A neoplasia primária mais comum foi a mamária (19 pacientes ou 50%) seguida por pulmonar (10 pacientes ou 26%). Houve ainda três casos de neoplasia ovariana (8%). Rim, útero, tireóide, estômago, cólon e primário desconhecido apresentaram um caso cada (3% cada). O término da mensuração se deu por dor torácica intensa em 21 pacientes (55%), término do líquido em 15 pacientes (40%) e tosse intensa em dois (5%). O volume médio drenado foi de 1486 ml (dp 761). A elastância pleural média nos primeiros 800 ml foi 14,4 cm H₂O/L (dp 11,05). A elastância pleural no volume total média foi 20,18 cm H₂O/L (dp 13,40). **Conclusão:** O cálculo da elastância pleural pode ser realizado rotineiramente durante o esvaziamento de derrames pleurais através de Métodos simples e de baixo custo. Essa informação deverá ser usada em futuros trabalhos para tentar prever sucesso clínico e radiológico da pleurodeese realizada pelo dreno de tórax em pacientes com derrame pleural neoplásico recidivante.

P0421 APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE SÍNDROME DE SJOGREN COM DERRAME PLEURAL

MAURO SÉRGIO KREIBICH¹; FREDERICO SANTOS KEIM²; MARIANA MOHR³; MARIANA BRAATZ KRUEGER⁴; MARIANA SCHMIDT KREIBICH⁵; ROGER PIRATH RODRIGUES⁶; NATALIA ROBERTA CASTELLEN⁷; GUILHERME HENRIQUE WAWGNIACK⁸

1,6.HOSPITAL DO PULMAO, BLUMENAU, SC, BRASIL; 2,3,4,5,7.

UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL;

8.UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU, BLUMENAU, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DE SJOGREN; DERRAME PLEURAL; LINFOMA

Introdução: A síndrome de Sjogren (SS) é uma doença auto-imune sistêmica caracterizada inflamação crônica com consequente destruição imunologicamente mediada, principalmente das glândulas exócrinas e tecidos extraglandulares (55%), incluindo o pulmão^{1,2}. Entretanto, existem poucos relatos na literatura que expõem esta patologia cursando com derrame pleural(DP)¹. **Objetivos:** Temos a intenção de mostrar uma apresentação atípica da síndrome de sjogren cursando com derrame pleural. **Métodos:** Revisão do caso em prontuário e da literatura no Medline. **Resultados:** CS, 77 anos, feminino, do lar, em investigação de adenomegalia submandibular e fraqueza. Portadora de hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, osteoporose, história de acidente isquêmico transitório e nefrectomia prévia. Negava asma e tabagismo. Ao exame apresentava adenomegalia dura submandibular, murmúrio vesicular reduzido à direita e ausência de outras alterações significativas. RX tórax mostrou derrama pleural a direita moderado persistente após uso de antibiótico. O líquido pleural apresentou-se limitrofe para exsudado. Procedeu-se a biópsia pleural que evidenciou inflamação crônica linfocitária. Os exames laboratoriais revelaram anti SS-A (RO) 21, FR 16 e FAN negativo. A imunohistoquímica da pleura mostrou inflamação policlonal linfocitária. Apresentou melhora clínica importante após iniciar corticóide 30 mg e em novo Rx tórax não foi evidenciado derrame pleural. Em seguimento com reumatologista e atualmente em uso de prednisona 7,5mg e rouquinol 400mg. **Discussão:** Envolvimento pulmonar decorrente da SS ocorre mais frequentemente e de forma mais grave em sua forma secundária⁴. A presença de derrame pleural ou adenopatia hilar com SS primária acontece raramente deve levantar a suspeita de linfoma¹. Pelo grande número de linfócitos

e elevados níveis de anticorpos Anti-RO (SS-A) e Anti-LA (SS-B) no líquido pleural, sugerimos que a causa do derrame pleural no presente caso estava associada exclusivamente à SS10. Entretanto sugere-se ainda acompanhamento para avaliar possível desenvolvimento de outras doenças auto-imunes10. A literatura aponta bom prognóstico para a SS, relatando seu curso benigno usual5.

PO422 FATORES ASSOCIADOS COM A GRAVIDADE DA ASMA EM CRIANÇAS: UM ESTUDO CASO-CONTROLE

ANA PAULA MENDES; LINGIE ZHANG; SILVIO OMARMACEDO PRIETSCHE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, RIO GRANDE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; FATORES DE RISCO; SAÚDE INFANTIL

Objetivos: Investigar os fatores associados à gravidade da asma em crianças, tais como: genéticos, demográficos, sócio-econômicos, ambientais, nutricionais e antecedentes pessoais e familiares de atopia. **Métodos:** Trata-se de um estudo caso-controle realizado entre novembro de 2008 e janeiro de 2010 com crianças de dois a doze anos com diagnóstico de asma, atendidas no Ambulatório de Pneumopediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande. A amostra foi classificada em dois grupos: 1) Casos - crianças com asma persistente e 2) Controles - crianças com asma intermitente. Para a entrevista com os responsáveis pelas crianças participantes da pesquisa, no caso pais e outros parentes, foi utilizado um questionário padrão. A associação entre fatores estudados e gravidade da asma foi avaliada através da razão de odds (RO) com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) estimada por teste de regressão logística. **Resultados:** Foram incluídas no estudo 171 crianças, das quais 104 (61%) foram diagnosticadas como asma persistente e 67 (39%) como asma intermitente. A Renda familiar ≤ 1 salário mínimo, a escolaridade paterna < 9 anos e o início da doença antes de 2 anos de idade foram os fatores de risco independentes para asma persistente, com RO ajustada (IC 95%) de 4,36 (1,06-17,87), 2,49 (1,04-5,99) e 2,56 (1,04-5,99), respectivamente. O consumo regular de frutas, nos últimos 30 dias, apresentou RO ajustada (IC 95%) de 0,19 (0,04-0,97), considerado como fator de proteção para asma persistente. **Conclusão:** A baixa renda familiar, a menor escolaridade paterna e o início da doença antes de 2 anos de idade são fatores de risco independentes para asma persistente. O consumo regular de frutas, nos últimos 30 dias, apresenta-se como fator de proteção para a maior gravidade de asma.

PO423 VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SIBILÂNCIAS EM LACTENTES

HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO
SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA-HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SIBILO; LACTENTE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: não existem instrumentos padronizados para verificação da epidemiologia da sibilância em lactentes.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi validar a versão em português de um questionário escrito, capaz de prover dados sobre a prevalência de asma em lactentes. **Métodos:** Este estudo transversal foi realizado no serviço de emergência e os pais foram entrevistados e responderam um questionário de quarenta e sete questões, Estudo Internacional sobre Sibilâncias em Lactentes (EISL) que incluiu: sibilos alguma vez na vida e sibilos no momento da consulta. Todas as

crianças foram examinadas por um dos investigadores e a presença de sibilos na ausculta do tórax foi relatada. Foram verificados a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e a concordância (kappa) deste instrumento. **Resultados:** Duzentos e nove lactentes com idade entre 12 e 15 meses foram divididos de acordo com a história de presença de sibilos no momento da consulta: cinquenta e seis pais relataram presença de sibilos naquele momento e quarenta e três foram confirmados pelo exame físico; cento e cinquenta e três pais relataram que seus filhos não estavam sibilando no momento da consulta e cento e quarenta e seis foram confirmados pelo exame físico (kappa=0,74, IC 95% 0,64 – 0,85). Este questionário apresentou sensibilidade=86%, especificidade = 91,8%, valor preditivo positivo = 76,8% e valor preditivo negativo=95,4%. **Conclusão:** O EISL iniciou na América Latina, Espanha e Portugal e em breve fornecerá importantes informações sobre a prevalência e fatores de risco para sibilância em lactentes nos países participantes. Apesar da experiência previa com episódios de sibilância, os pais podem realmente informar quando seus filhos estão sibilando. Um questionário simples e de fácil aplicação, confirmado pelos achados de exame físico, produziu um Método adequado para avaliar a prevalência da asma em lactentes.

PO424 EPIDEMIOLOGIA DA SIBILÂNCIA RECORRENTE EM LACTENTES

HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO
SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SIBILO; LACTENTE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A epidemiologia da sibilância em lactentes de Curitiba é desconhecida. **Objetivos:** Verificar a prevalência da sibilância recorrente em lactentes na cidade de Curitiba. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, como parte do projeto EISL (do espanhol: Estudio Internacional de Sibilancias en Lactantes) na cidade de Curitiba. Foram aplicados questionários aos pais de lactentes com idade entre 12 e 15 meses que procuraram as Unidades de Saúde para imunização rotineira no período entre agosto de 2005 e dezembro de 2006. Este instrumento padronizado e validado consiste de 65 perguntas sobre características demográficas, sibilância, infecções respiratórias e fatores de risco. Durante o período de estudo a Secretaria Municipal de Saúde possuía 107 Unidades de Saúde, das quais 35 foram selecionadas por sorteio e distribuídas homoganeamente dentro do território municipal. **Resultados:** Mil trezentos e sessenta e quatro lactentes (45,4%) apresentaram um ou mais episódios de sibilância nos primeiros 12 meses de vida, com início aos $5,5 \pm 3,1$ meses (média $\pm$ desvio padrão), e 678 (22,6%) tiveram 3 ou mais episódios. Utilizaram β_2 -agonistas, corticóides inalatórios, corticóides orais e antagonistas do receptor de leucotrienos 84,6%, 18,5%, 24,3% e 5,4% dos sibilantes, respectivamente. Sintomas noturnos, dificuldade intensa para respirar e visitas a emergência estiveram presente em 58,9%, 46,2% e 57,6% dos lactentes que sibilaram, e destes 12,7% foram hospitalizados por asma e 10,9% tiveram diagnóstico médico de asma. Daqueles que apresentaram 3 ou mais crises nos primeiros 12 meses de vida encontramos que os sintomas noturnos, as visitas à emergência, a gravidade dos sintomas, a hospitalização por asma e o diagnóstico médico de asma foram mais frequentes ($p < 0,001$). **Conclusão:** A prevalência de lactentes sibilantes

em Curitiba é elevada, com início precoce e alta morbidade. Possivelmente estes lactentes representam um contingente expressivo de asmáticos.

P0425 FATORES DE RISCO PARA SIBILÂNCIA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO
SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SIBILOS; LACTENTES; FATORES DE RISCO

Introdução: A sibilância em lactentes de Curitiba é elevada, porém pouco se conhece sobre os fatores de risco para sibilância no primeiro ano de vida. **Objetivos:** Verificar os fatores de risco para sibilância em lactentes no sul do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, onde foram aplicados questionários padronizados e validados (EISL: Estudo Internacional sobre Sibilancias em Lactantes), aos pais de lactentes com idade entre 12 e 15 meses que procuraram 35 das 107 Unidades de Saúde de Curitiba para imunização rotineira no período entre Agosto de 2005 e Dezembro de 2006. Foi realizada análise univariada entre sibilância e os fatores estudados utilizando razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança 95% (95%IC). Fatores associados a sibilância na análise univariada foram estudados utilizando regressão de Poisson. Valores de $p < 0,05$ foram significativos e p entre 0,05 e 0,1 foram considerados marginalmente significativos. **Resultados:** Três mil e três pais de lactentes participaram do estudo e 45,4% apresentaram pelo menos um episódio de sibilância. Fatores de risco para sibilância foram gênero masculino (RP=1,14; 95%IC: 1,05-1,24; $p=0,002$), história familiar de asma [mãe (RP=1,18; 95%IC: 1,04-1,33; $p=0,007$), pai (RP= 1,20; 95%IC: 1,05-1,39; $p=0,008$) e irmãos (RP=1,23; 95%IC: 1,08-1,42; $p=0,002$)], idade de início na creche [0 a 3 meses (RP=1,15; 95%IC: 0,98-1,34; $p=0,06$), 4-6 meses (RP=1,39; 95%IC: 1,24-1,55; $p < 0,0001$), 7-12 meses (RP=1,20; 95%IC: 1,07-1,35; $p=0,001$)], seis ou mais episódios de resfriado (RP=1,32; 95%IC: 1,21-1,44; $p < 0,0001$), história pessoal de dermatite (RP=1,09; 95%IC: 1,003-1,19; $p=0,04$) e fungos no domicílio (RP=1,14; 95%IC: 1,04-1,24; $p=0,003$). Imunização atualizada (RP=0,79; 95%IC: 0,63-0,98; $p=0,03$) e banheiro no domicílio (RP=0,83; 95% IC: 0,68-1,01; $p=0,06$) foram fatores de proteção. **Conclusão:** A identificação dos fatores de risco para sibilância no primeiro ano de vida contribui para a identificação de futuros asmáticos. A intervenção sobre estes fatores pode reduzir o número de lactentes sibilantes e conseqüentemente o número de crianças asmáticas.

P0426 FATORES ASSOCIADOS À SIBILÂNCIA RECORRENTE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM CURITIBA

HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO
SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SIBILO; LACTENTES; FATORES DE RISCO

Introdução: A sibilância recorrente em lactentes de Curitiba é elevada, porém pouco se conhece sobre os fatores de risco para sibilância recorrente no primeiro ano de vida. **Objetivos:** verificar os fatores de proteção e risco para sibilância recorrente em lactentes. **Métodos:** estudo transversal pela aplicação de questionário escrito, padronizado e validado, (como parte do EISL, do Espanhol: Estudo Internacional de Sibilancias em Lactantes) aos pais de lactentes, com idade entre 12-15 meses, que procuraram

35 Unidades de Saúde sorteadas entre 107 disponíveis em Curitiba, para imunização de rotina entre Agosto/2005 e Dezembro/2006. Fatores associados à sibilância recorrente (≥ 3 episódios de sibilos) foram avaliados utilizando análise bivariada e multivariada para obtenção de odds ratio (OR) and intervalo de confiança de 95% (IC 95%). **Resultados:** três mil e três pais responderam o questionário escrito e 22,6% de seus filhos tiveram sibilância recorrente. Fatores de risco independentes foram história familiar de asma, ambos os pais e mães (OR=4,19; IC 95%=1,03-16,97; $p=0,04$), broncopneumonia (OR=1,76; IC 95%=1,28-2,42; $p=0,0006$), frequência à creche (OR=1,76; IC 95%=1,33-2,35; $p=0,0001$), cão no domicílio (OR=1,51; IC 95%=1,16-1,96; $p=0,002$) e tabagismo na gravidez (OR=1,86; IC 95%=1,28-2,70; $p=0,001$). Resfriados iniciando após os 4 meses de vida (OR=0,57; IC 95%=0,42-0,76; $p=0,0001$) e nível educacional da mãe, mais do que 12 anos na escola, (OR=0,73; IC 95%=0,55-0,97; $p=0,03$) foram fatores de proteção independentes. **Conclusão:** fatores de risco para sibilância recorrente em lactentes foram semelhantes aos fatores de risco conhecidos para asma. Aparecimento tardio de infecções respiratórias superiores e elevado nível de escolaridade materna foram fatores de proteção.

P0427 EXPANDINDO A APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PADRONIZADO PARA SIBILÂNCIA RECORRENTE NO LACTENTE

HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO
SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA, HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SIBILO; LACTENTE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: a faixa etária de aplicação do questionário EISL é estreita, dificultando a realização do protocolo. **Objetivos:** Verificar a possibilidade de estender a faixa etária de aplicação de um questionário escrito como instrumento para avaliar a prevalência e as características clínicas da sibilância recorrente em lactentes. **Métodos:** Estudo transversal, como parte do projeto EISL (do espanhol: Estudo Internacional de Sibilancias em Lactantes), pela aplicação de questionário escrito padronizado e validado aos pais de lactentes com idade entre 12 e 15 meses (Grupo I) e 16 e 24 meses de vida (Grupo II), que procuraram Unidades de Saúde para imunização rotineira no período entre Agosto de 2005 e Dezembro de 2006. Foram selecionadas por sorteio 35 Unidades de Saúde e distribuídas homogeneamente dentro do território municipal. As respostas referentes às perguntas sobre a prevalência e as características clínicas da sibilância nos lactentes foram comparadas entre os dois grupos. **Resultados:** Mil trezentos e sessenta e quatro lactentes (45,4%) do grupo I e 250 (46,7%) do grupo II apresentaram um ou mais episódios de sibilância nos primeiros 12 meses de vida ($p=0,58$). O uso de β_2 -agonistas inalados, corticóides inalatórios, corticóides orais e modificadores de leucotrienos foi semelhante em ambos os grupos ($p=0,52$, 0,12, 0,06 e 0,75). Sintomas noturnos, dificuldade para respirar, visitas a emergência, hospitalização por sibilância e diagnóstico médico de asma também não foram diferentes entre os dois grupos ($p=0,09$, 0,28, 0,69, 0,54 e 0,45). **Conclusão:** Os dados sugerem que a faixa etária para aplicação do questionário pode ser estendida aos lactentes com até 24

meses de vida sem prejuízo na qualidade da informação obtida.

PO428 SIBILÂNCIA RECORRENTE EM LACTENTES: QUE FENÓTIPO DE ASMA ESTAMOS TRATANDO?

HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SIBILO; LACTENTES; TRATAMENTO

Introdução: Diretrizes para o tratamento da asma estão disponíveis globalmente. **Objetivos:** Verificar como está sendo tratada a sibilância recorrente em lactentes na cidade de Curitiba. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal, parte do projeto EISL (do espanhol: Estudio Internacional de Sibilancias en Lactantes) em Curitiba. Foram aplicados questionários aos pais de 3003 lactentes com idade entre 12 e 15 meses que procuraram as Unidades de Saúde para imunização rotineira no período entre Agosto/2005 e Dezembro/2006. Este instrumento padronizado e validado consiste de 65 perguntas sobre características da sibilância, formas de tratamento e fatores de risco. Durante o período de estudo, a Secretaria Municipal de Saúde possuía 107 Unidades de Saúde, das quais 35 foram selecionadas por sorteio e distribuídas homogeneamente dentro do território municipal. Para este estudo utilizou-se as questões sobre as formas de tratamento da sibilância em lactentes. **Resultados:** Mil trezentos e sessenta e quatro lactentes (45,4%) apresentaram um ou mais episódios de sibilância nos primeiros 12 meses de vida, com início aos $5,5 \pm 3,1$ meses (média $\pm$ desvio padrão), e 678 (22,6%) tiveram 3 ou mais episódios (sibilantes recorrentes). Agentes β_2 -agonistas foram usados por 45,8% dos que apresentaram sibilância recorrente e 40,6% daqueles que tiveram 2 ou menos crises ($p < 0,0001$). Corticosteróides inalatórios foram utilizados por 13,7% dos sibilantes recorrentes e 7,7% dos que sibilaram menos de 3 vezes ($p = 0,003$). Não houve diferença entre os sibilantes recorrentes ou não, que fizeram uso de antagonistas do receptor de leucotrienos, 4,6% e 2,5% ($p = 0,42$), e corticosteróides orais 11,1% e 9,6% ($p = 0,2$), respectivamente. **Conclusão:** Apesar das dificuldades de caracterizar o fenótipo da asma nesta faixa etária, sibilância recorrente tem sido tratada com corticosteróides inalatórios, medicação de primeira escolha para asma persistente em crianças. A disponibilidade dos corticosteróides na rede pública pode ter sido um fator determinante para o seu uso nesta população.

PO429 EISL FASE III NA CIDADE DE CURITIBA: DADOS PRELIMINARES

FLÁVIA CARNIELI SILVA; EMANUEL ANTÔNIO GRASSELLI; LYLIA FÁTIMA MELNISKI BOJARSKI; CRISTINE SECCO ROSÁRIO; BERNARDO AUGUSTO ROSÁRIO; FERNANDO HENRIQUE CHONG; HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: SIBILO; LACTENTE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A epidemiologia da sibilância em Curitiba mostrou que 45,4% dos lactentes sibilaram ao menos uma vez no primeiro ano de vida, e que 22,6% tiveram sibilância recorrente (≥ 3 episódios). Os lactentes com sibilância recorrente tiveram mais sintomas noturnos e graves, maior uso de medicações de resgate (β_2 -agonistas, corticóides orais) e visitas à emergência, internações por asma e

diagnóstico médico de asma. **Objetivos:** Verificar mudanças preliminares nestes dados epidemiológicos da sibilância em lactentes. **Métodos:** Estudo transversal pela aplicação de questionário escrito padronizado e validado (EISL fase III: do espanhol, Estudio Internacional de Sibilancias en Lactantes fase III). Foram selecionadas por sorteio trinta e cinco Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Os pais de lactentes de 12 a 15 meses de vida preencheram os questionários durante a campanha nacional de imunização em Setembro/2009 após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **Resultados:** Duzentos e noventa pais de lactentes responderam o instrumento demonstrando que 133(45,9%) tiveram pelo menos um episódio de sibilo e 59(20,3%) apresentaram sibilância recorrente com início aos $6,4 \pm 3,2$ meses de idade e predomínio do gênero masculino (57,9%). Fizeram uso de β_2 -agonistas 105(78,9%), corticóides orais 35(26,3%), sendo que 35(26,3%) apresentaram sintomas noturnos, 53(39,8%) com visitas à emergência, 40(30%) com sintomas noturnos, 9(6,8%) foram internados por asma e 13(9,8%) tiveram diagnóstico médico de asma. **Conclusão:** Apesar dos resultados ainda parciais, a aplicação do questionário EISL fase III após cinco anos em Curitiba não evidenciou mudanças na epidemiologia da sibilância em lactentes no primeiro ano de vida.

PO430 SENSIBILIZAÇÃO ATÓPICA ESTÁ ASSOCIADA À SIBILÂNCIA RECORRENTE EM LACTENTES MENORES DE 2 ANOS

MARCOS GERALDINI; HEVERTTON LUIZ BOZZO SILVA SANTOS;

HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA, HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; SIBILO; ALERGIA

Introdução: Estudo epidemiológico com 3003 lactentes em Curitiba mostrou prevalência de sibilância recorrente de 22,6% em lactentes no primeiro ano de vida. Além de fatores ambientais e genéticos, sensibilização atópica precoce é importante fator para desenvolver asma. **Objetivos:** identificar a associação entre atopia e sibilância recorrente em crianças menores de 24 meses. **Métodos:** De 3003 lactentes selecionou-se 47 sibilantes e 47 não sibilantes. A sensibilização atópica foi investigada por prick test com extratos padronizados de Dermatophagoides pteronyssinus (Dp), beta-lactoglobulina e clara de ovo. Considerado atópico o lactente que apresentou, a qualquer alérgeno testado, formação de pápula maior ou igual a 2 mm (diâmetro médio) 15 minutos após a punção. As comparações entre dados clínicos categóricos dos atópicos e não-atópicos foram feitas pelo teste exato de Fisher. Assumimos um índice de significância $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula. **Resultados:** Das 94 crianças avaliadas, trinta (32%) tiveram teste positivo para Dp, 6 positivos para beta-lactoglobulina e 5 para clara de ovo. Presença de 3 ou mais episódios de sibilância foi observada em 63% dos atópicos e 38% dos não-atópicos ($p < 0,05$). **Conclusão:** Sensibilização atópica foi freqüente na população estudada e está significativamente relacionada com episódios de sibilância. A coexistência de atopia e sibilância, mostra a necessidade de avaliação de hipersensibilidade por IgE para o diagnóstico de asma em lactentes sibilantes.

P0431 RINITE ALÉRGICA É PREVALENTE EM LACTENTES COM ASMA

GABRIELE LIMA CARDOSO WESTPHAL; HEVERTTON LUIZ BOZZO SILVA SANTOS; HERBERTO JOSE CHONG NETO; CARLOS RIEDI; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA - HOSPITAL DE CLÍNICAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; RINITE; LACTENTE

Introdução: A associação de asma e rinite está estabelecida. Entretanto não há dados da prevalência de rinite em lactentes. **Objetivos:** verificar a prevalência de rinite alérgica em lactentes com asma. **Métodos:** estudo retrospectivo de dados coletados de ficha clínica padronizada para primeira consulta com questões específicas sobre rinite alérgica. Foram selecionadas crianças com asma da Unidade de Alergia Pediátrica, UFPR no período entre Janeiro/2001 e Janeiro/2006. O diagnóstico de rinite alérgica foi baseado na presença de dois ou mais sintomas nasais (espirros, coriza, prurido e obstrução). Sensibilização alérgica foi avaliada por teste cutâneo alérgico (TCA) com extratos alergênicos glicerinados (IPI-ASAC Brasil) para Dermatophagoides pteronyssinus (Dp), Blomia tropicalis (Bt), Blatella germanica (Bla), Lolium perenne (Lol), e epitélios de cão e gato. O teste foi considerado positivo se o diâmetro da pápula fosse maior ou igual a 3mm e a criança considerada atópica se tivesse reagido à pelo menos um alérgeno. **Resultados:** foram avaliadas mil quinhentos e quarenta e três crianças com idade entre zero e 14 anos, sendo 493 (32%) menores de dois anos de vida. Destas, trezentos e sessenta e sete (74%) tiveram diagnóstico de rinite e cento e trinta e uma (36%) apresentaram TCA positivo a pelo menos um alérgeno. Cento e oitenta e seis crianças realizaram o TCA completo e quando comparadas as crianças menores de 2 anos com as maiores de 2 anos, que realizaram o TCA completo para a bateria padronizada, verificou-se que não houve diferença na sensibilização entre os grupos, onde foram polissensibilizados <2 anos (43%) e ≥2 anos (71%), respectivamente ($p=0,14$), e monossensibilizados <2 anos (9,5%) e ≥2 anos (10,3%), respectivamente ($p=0,63$). **Conclusão:** a frequência de rinite alérgica em lactentes asmáticos bem como sensibilização alérgica foi similar às crianças maiores. A sensibilização mais comum foi ao ácaro Dp. Teste cutâneo deve ser realizado em todas as crianças com suspeita de rinite. A presença de sintomas nasais pode ser útil no diagnóstico da asma mesmo antes de dois anos e idade.

P0432 SINTOMAS OCULARES SÃO PREVALENTES EM ASMÁTICOS ATÓPICOS

GABRIELE LIMA CARDOSO WESTPHAL; HEVERTTON LUIZ BOZZO SILVA SANTOS; CARLOS RIEDI; HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA-HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CONJUNTIVITE; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A relação asma e rinite está estabelecida. Entretanto a presença de conjuntivite em asmáticos não foi investigada. **Objetivos:** Verificar a relação entre conjuntivite alérgica e doenças alérgicas respiratórias (asma e rinite). **Métodos:** Análise retrospectiva de prontuários padronizados de primeira consulta de 1549 crianças, entre 0 e 14 anos, com diagnóstico de Asma Persistente de acordo com o GINA, atendidas em ambulatório especializado no período

de Janeiro de 2001 a Janeiro de 2006; 596 pacientes relataram a presença de prurido ocular associado ou não a lacrimejamento e/ou congestão ocular, sintomas clínicos da conjuntivite alérgica. O teste cutâneo alérgico foi realizado com alérgenos locais comuns e foi considerado positivo quando a pápula apresentava diâmetro ≥ 3 mm em relação ao controle. Também foram coletados dados sobre gênero, idade, história familiar consistente de asma e rinite e o diagnóstico de rinite. **Resultados:** De 1549 pacientes com asma persistente, apenas 260 (16,7%) não tinham nenhuma outra alergia respiratória; 1257 (81,1%) apresentavam rinite alérgica e 596 (38,5%) referiam sintomas oculares; o diagnóstico de rinite com sintomas oculares estava presentes em 564 (44,8%). O teste cutâneo alérgico (TCA) foi obtido em 1249 pacientes, a maioria (697) positivo para Dermatophagoides pteronyssinus (Dp). Em asmáticos, o TCA negativo para Dp foi mais frequente em indivíduos sem sintomas oculares ($p<0,03$). De 596, 394 (66,1%) tinham história familiar de asma e/ou rinite e destes, 280 (47%) tinham história materna positiva; 349/596 (58,6%) eram do gênero masculino. O prurido ocular isolado foi relatado em 208 (34,9%) crianças, enquanto 53 (8,9%) e 131 (22%) tinham prurido associado à lacrimação e à congestão, respectivamente. A associação dos três sintomas foi encontrada em 204 (34,2%) pacientes. A frequência de sintomas oculares foi 34,6%, 39,6% e 49,5% na asma leve, moderada e grave respectivamente ($p<0,005$). **Conclusão:** A conjuntivite alérgica é uma comorbidade frequente da asma e seu impacto tanto na rinite quanto na asma precisa ser melhor avaliado.

P0433 DERRAME PLEURAL COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE

RENATA MARCOS BEDRAN; MARIA BEATRIZ MARCOS BEDRAN; JULIARA MÁRCIS HENRIQUES DA SILVA; JULIANA ALVES HOEHNE; FLÁVIA THEREZA RODRIGUES BARBOSA; JOSÉ AUGUSTO RUBIM DE MOURA; LAURA MARIA DE LIMA BELIZÁRIO FACURY LASMAR; CLÁUDIA RIBEIRO DE ANDRADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: DERRAME PLEURAL; PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS; PNEUMOLOGIA

Introdução: Trata-se de um Relato de Caso de paciente previamente hígido, com quadro de derrame pleural a esclarecer. **Objetivos:** Avaliar diagnóstico diferencial de derrame pleural. **Métodos:** Trata-se de paciente previamente hígido, 8 anos, 29Kg, natural de Peçanha, região nordeste de Minas Gerais. Admitido no Hospital das Clínicas da UFMG, com quadro de 40 dias de evolução, com palidez cutaneomucosa, emagrecimento, dor abdominal, linfadenomegalia generalizada (linfonodos supraclaviculares com diâmetro superior a 1 cm e linfonodo em região de ângulo da mandíbula direita de 2cm, endurecido, aderido a plano profundo). Apresentou queda de saturação, necessitando de oxigenioterapia complementar. Exames laboratoriais: Hemoglobina 8,3; hematócrito 25,9; Plaquetas 395.000; Global de leucócitos: 16.100 (S68/L20/M3/E2/bast7) Radiografia de tórax evidenciava opacidade basal bilateral com velamento de seio costofrênico, infiltrado intersticial bilateral. Ultrassonografia torácica evidenciou pequeno a moderado derrame bilateral, maior à direita,

com aspecto límpido, atelectasia de segmentos basais, área de broncograma aéreo no lobo inferior direito. Ultrassonografia abdominal evidenciou formações hipoeocogênicas, homogêneas, com contornos lobulados, confluentes, retroperitoneais, desde o hilo hepático, até o nível da cicatriz umbilical. Sistema porta deslocado pela massa peritoneal. Pâncreas circundado pela massa retroperitoneal. Diante do quadro do paciente, questionado linfoma ou doença infecciosa (como pneumonia). Solicitado exames: Diante do agente isolado, foi optado por iniciar Anfotericina B venosa e posteriormente associado Itraconazol. Paciente evoluiu com melhora importante do estado geral e do derrame pleural. **Resultados:** Paracoccidioidomycosis é

Líquido pleural:
-Citologia: neutrófilo 72/eosinófilo 13/linfócito 7/monócito 2/macrófago 2 células
-Citometria: hemácias: 9600 / glicemia 21 / LDH 1763 / Proteína 5,5/ Células nucleadas 60.100
-Pesquisa para fungo: células leveduriformes característica de Paracoccidioides brasiliensis.
Biópsia linfonodal: Paracoccidioides brasiliensis.

uma infecção fúngica rara, causada pelo Paracoccidioides brasiliensis. A infecção se dá pela inalação e se manifesta de maneira aguda ou crônica. A primeira ocorre geralmente em imunodeficientes e os sintomas pulmonares são clinicamente ausentes. Pacientes podem apresentar febre, linfadenomegalia e sintomas gastrointestinais. A forma crônica é mais comum em adultos e podem ocorrer sintomas gripais, febre e perda de peso. Dispneia, tosse e dor torácica são frequentes. Linfadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia podem estar associados. O diagnóstico se dá pelo achado do fungo no escarro ou em material de biópsia. O tratamento é realizado com Anfotericina B por tempo prolongado. **Conclusão:** Diante do quadro de derrame pleural, torna-se importante buscar a etiologia sendo importante afastar infecções bacterianas, fúngicas e até neoplasias.

PO434 VARIÁVEIS CLÍNICAS DA CRISE AGUDA DE ASMA COMO RISCO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DE 326 CASOS

ALINE MARIA GOMES; CRISTINE SECCO ROSÁRIO; FERNANDA WAGNER FREDO; VICTOR MORESCHI NETO; HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA-HOSPITAL DE CLÍNICAS-UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ASMA; CRIANÇA; FATOR DE RISCO

Introdução: A asma acomete atualmente 300 milhões de indivíduos em todo o mundo. Estudos demonstram aumento anual de 30% no número de casos entre crianças. É preciso reconhecer os fatores de risco para crises graves com o objetivo de instituir tratamento precoce e adequado para prevenir internamentos. **Objetivos:** Avaliar o perfil clínico e verificar os fatores associados à internação por crise aguda de asma em crianças em Pronto-Atendimento (PA) de Pediatria. **Métodos:** Análise retrospectiva de crianças em crise aguda de asma, idade entre 0 e 14 anos, atendidas no PA de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2010. Foi realizada revisão da história clínica e exame físico de admissão e verificado o risco de internação por meio de odds ratio (OR) e intervalo de confiança 95% (95%IC). A hipótese nula foi rejeitada com $\alpha < 0,05$ e valores até 0,1 foram considerados marginalmente significativos. **Resultados:**

Dos 5677 consultas no período, 326 (5,7%) foram por crise aguda de asma, dos quais 69 (21%) foram internados e 257 liberados para domicílio. A mediana de idade foi de 4 anos e 194 (59,5%) do gênero masculino. Fatores de proteção para internamento foram: ausência de insaturação (OR=0,09; 95% IC: 0,03-0,23; $p < 0,001$), ausência de taquicardia (OR= 0,15; 95% IC: 0,08-0,3; $p < 0,001$), ausência de taquipnéia (OR= 0,2; 95% IC: 0,06-0,53; $p < 0,001$) ausência de esforço respiratório (OR=0,05; 95% IC: 0,02-0,14; $p < 0,001$). Aqueles que usaram previamente corticosteróide inalatório (OR= 2,96; 95% IC: 0,96-12,5; $p = 0,04$) e corticosteróide na crise (OR= 3,1; 95% IC: 0,89-19,9; $p = 0,09$) apresentaram maior risco de internação. **Conclusão:** Informações clínicas na crise aguda de asma contribuem para a identificação dos pacientes com maior chance de hospitalização.

PO435 PNEUMONIA LIPÓIDE SIMULANDO TUBERCULOSE

BIANKA BROSEGHINI DE ANGELI; ENDYER FEHLBERG; KARI-SABINE FERRAZ PIMENTEL; JULIANA LIMA XAVIER XAVIER; OMAR MOTE ABOU-MOURAD; SELMA MARIA DE AZEVEDO SIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA LIPÓIDE; TUBERCULOSE; LAVADO BRONCOALVEOLAR

Introdução: A Pneumonia lipóide (PL) na maioria das vezes se apresenta como uma pneumonia refratária aos antibióticos usuais com quadro clínico e radiológico inespecíficos. A história de ingestão de óleo mineral e a presença de fatores de risco para aspiração são informações de suspeição diagnóstica para PL. Mas somente a demonstração de gordura nos macrófagos alveolares confirmam o diagnóstico. Os aspectos clínicos e radiológicos da tuberculose pulmonar na criança também são inespecíficos e na maioria dos casos o diagnóstico é de suspeição pela dificuldade de comprovação etiológica, principalmente nas crianças pequenas. Tanto a PL quanto a tuberculose cursam com dissociação clínico-radiológica. **Objetivos:** Alertar a comunidade médica sobre a importância do diagnóstico de PL nos casos de pneumonia crônica suspeitos de tuberculose. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo entre 2005 e 2009 em crianças encaminhadas ao Serviço de Endoscopia Respiratória do HUAP para realizar broncoscopia diagnóstica devido a pneumonia crônica com suspeita de tuberculose. A broncoscopia foi normal mas o LBA tinha aspecto gorduroso o que motivou a anamnese dirigida identificando história de ingestão de óleo mineral para tratar constipação intestinal. A citoquímica com Sudan do LBA confirmou PL. Analisou-se os dados clínicos, radiológicos e broncoscópicos. **Resultados:** Foram 14 crianças entre 2 a 108 meses de idade (média = 28,71; mediana = 5,5), 7 desnutridas, 4 com encefalopatia crônica, 1 com asma, 1 exposta ao HIV e 1 com Síndrome de Fanconi. Todas tinham fatores de risco para aspiração e receberam tratamento com mais de um esquema antimicrobiano e em 3 casos também para tuberculose. O óleo mineral foi administrado por prescrição médica em 13 casos. O tempo médio de ingestão de óleo foi 25 dias e o intervalo entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico de PL variou entre 5 a 90 dias (média 43,43 dias). Todas apresentaram taquipnéia, 13 tosse, 10 febre, 7 dispnéia, 5 dificuldade no ganho ponderal e 5 gemidos. A ausculta pulmonar era normal em 5, 5 com roncos, 3 estertores e 1 sibilos. As principais alterações radiológicas foram consolidações

com broncograma aéreo no pulmão direito (14 casos) e nos segmentos posteriores dos lobos inferiores (12 casos). A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* foi negativa em todos os casos. A média da celularidade total no LBA foi 1.171 cel/mm³ com 69% macrófagos, 16% linfócitos, 14% neutrófilos e 1% eosinófilos. **Conclusão:** O diagnóstico de PL ainda é subestimado e simula tuberculose pulmonar, retardando o diagnóstico definitivo. A broncoscopia com estudo citoquímico do LBA confirmam o diagnóstico de PL. A história clínica de ingestão de óleo mineral deve ser considerada e incluída em todos os casos de pneumonia crônica inclusive aqueles com suspeição de tuberculose. A comunidade médica deve ser alertada sobre as complicações do óleo mineral especialmente nas populações com risco de aspiração.

P0436 BRONQUITE PLÁSTICA ASSOCIADA À INFECÇÃO POR MICOPLASMA

YULY VALENCIA YRIARTE; CECILIA SANTOS WALDMANN; GLADIS I YAMPARA; OMAR MOTE ABOU-MOURAD; GRAÇA HELENA M DO CANTO TEIXEIRA; SELMA MARIA DE AZEVEDO SIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BRONQUITE PLÁSTICA; BRONCOSCOPIA; MICOPLASMA

Introdução: A bronquite plástica é uma doença rara, caracterizada pela formação de moldes mucofibrinosos que obstruem a árvore brônquica evoluindo com atelectasia e até óbito, no caso de obstrução completa das vias aéreas. Tem sido descrita em casos de bronquiectasia, asma, mucoviscidose, pneumonia, aspergilose broncopulmonar alérgica, hemoglobinopatias (anemia falciforme e talassemia), derrame pericárdico e após cirurgia cardíaca. A sintomatologia é variável e inespecífica dificultando o diagnóstico. É frequentemente confundida como corpo estranho e tuberculose. A expectoração de moldes brônquicos ou sua detecção através da broncoscopia sela o diagnóstico. A terapêutica consiste no tratamento da doença de base associado a medidas que facilitem a expectoração ou desobstrução brônquica. **Objetivos:** Relatar um caso de Bronquite Plástica associada a infecção por *Mycoplasma* em criança. **Relato do Caso:** LPD, sexo feminino, 10 anos de idade, apresenta história de 6 internações em 2009 devido a pneumonia comunitária, inicialmente no lobo inferior esquerdo, evoluindo com atelectasia total deste pulmão. Foi tratada como pneumonia bacteriana e asma sem melhora clínica e radiológica durante 7 meses, inclusive com 3 broncoscopias inconclusivas. Segundo a mãe da criança, após a primeira broncoscopia foi freqüente a expectoração de placas de catarro "igual a borracha". Foi então encaminhada ao Hospital Universitário Antonio Pedro para investigação. Radiografia e TCAR de tórax mostrava atelectasia pulmonar esquerda. Foi submetida à broncoscopia rígida observando-se material fibroelástico aderente à mucosa obstruindo toda árvore brônquica esquerda, não sendo possível ser aspirado e sendo retirado apenas com auxílio de pinça, confirmando o diagnóstico de Bronquite Plástica. O exame histopatológico mostrou abundante quantidade de eosinófilos e cristais de Charcot-Leyden. O estudo microbiológico foi negativo. Apresentava hemograma com eosinofilia (30%), dosagem de imunoglobulinas normais com exceção da IgE total (superior a 1.000 UI/mL), sorologia positiva para *Mycoplasma pneumoniae* (IgG=344 U/mL) e função respiratória com padrão obstrutivo com resposta positiva a broncodilatador.

Iniciou tratamento para asma e necessitou de outras 5 broncoscopias terapêuticas com normalização do lobo inferior. Entretanto manteve expectoração de "pedaços de borracha" e pequena condensação no segmento posterior do LSE. Optou-se por tratamento com macrolídeo a longo prazo. O acompanhamento clínico mostra-se satisfatório. **Conclusão:** Enfatiza-se a raridade da doença, a dificuldade e o retardo no diagnóstico definitivo. É provável a associação com pneumonia por *Mycoplasma* que atuaria como agente deflagrador da doença.

P0437 PARACETAMOL É FATOR DE RISCO PARA SIBILÂNCIA RECORRENTE EM LACTENTES.

EMANUEL ANTÔNIO GRASSELLI; CRISTINE SECCO ROSÁRIO; FLÁVIA CARNIELI SILVA; LYLIA FÁTIMA MELNISKI BOJARSKI; BERNARDO AUGUSTO ROSÁRIO; FERNANDO HENRIQUE CHONG; HERBERTO JOSE CHONG NETO; NELSON AUGUSTO ROSÁRIO

SERVIÇO DE ALERGIA E IMUNOLOGIA PEDIÁTRICA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FATORES DE RISCO; PARACETAMOL; SIBILO

Introdução: A associação de uso de paracetamol com sibilância recorrente não foi avaliada em crianças abaixo de dois anos de idade. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi verificar a associação da sibilância em lactentes de Curitiba com o uso de paracetamol. **Métodos:** Estudo transversal pela aplicação de questionário escrito padronizado e validado (EISL fase III: do espanhol, Estudo Internacional de Sibilancias em Lactantes fase III). Foram selecionadas por sorteio trinta e cinco Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Pais de lactentes de 12 a 15 meses de idade preencheram os questionários durante a campanha nacional de imunização em Setembro/2009 após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O instrumento previa as perguntas: Seu bebê teve sibilâncias ou chiado no peito ou bronquite no seus primeiros 12 meses de vida? Quantos episódios de sibilância ou de chiado no peito ou bronquite teve no primeiro ano de vida? Quantas vezes ele recebeu paracetamol no primeiro ano de vida?, e outras 54 questões sobre características clínicas, e fatores de risco. **Resultados:** Duzentos e noventa responderam o instrumento dos quais 133 (45,9%) tiveram pelo menos um episódio de sibilância, 59 (20,3%) apresentaram sibilância recorrente com início em média aos 6,4±3,2 meses de idade e predomínio do gênero masculino (57,9%). Aqueles que fizeram uso freqüente de paracetamol durante o primeiro ano de vida apresentaram maior tendência em desenvolver sibilância (Odds ratio= 1,92; IC 95%=0,65-3,75, p=0,05). **Conclusão:** Apesar de Resultados ainda parciais, a aplicação do questionário EISL fase III demonstrou tendência a sibilância recorrente em lactentes que receberam paracetamol no primeiro ano de vida.

P0438 CISTOS PULMONARES BILATERAIS: APRESENTAÇÃO RARA DE CASO DE MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA

JULIANA ALVES HOEHNE; RENATA MARCOS BEDRAN; FLÁVIA THEREZA RODRIGUES BARBOSA; MARIA TEREZA MOHALLEM FONSECA; JESIANE FERREIRA PEDROSA; JOSÉ AUGUSTO RUBIM DE MOURA; MARIANA DE FÁTIMA VIANA PIMENTA; SILVIA DE SOUZA CAMPOS FERNANDES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA; LOBECTOMIA; TOMOGRAFIA DE TÓRAX

Introdução: Trata-se de paciente com diagnóstico de malformação adenomatóide cística (MAC) ao nascimento, acometendo vários lobos pulmonares. **Objetivos:** Apresentar um caso de malformação adenomatóide cística bilateral, analisando as manifestações clínicas, propedêutica e terapêutica. **Métodos:** Criança nascida a termo, parto vaginal, com ultrassom gestacional e exames pré-natais sem alterações. Ao nascimento evoluiu com desconforto respiratório, sendo mantida no oxigênio por cateter nasal. Transferido ao Hospital das Clínicas-UFMG com suspeita de hérnia diafragmática. Realizado REED sem alterações. Tomografia de tórax evidenciou múltiplos cistos de vários tamanhos, bilaterais, maiores à esquerda. Cintilografia torácica revelou ausência de captação em base pulmonar esquerda. Realizada lobectomia inferior esquerda aos dois meses de vida e programada nova intervenção cirúrgica aos seis meses. Evoluiu com dificuldade respiratória progressiva quinze dias após a alta hospitalar sendo readmitida. Realizada nova tomografia torácica que mostrou múltiplas formações císticas, a maioria com diâmetro maior que 10mm, difusamente distribuídas no lobo inferior do pulmão direito (MAC tipo I). Submetida à lobectomia inferior direita aos 3 meses. Mantido acompanhamento ambulatorial semestral. Aos três anos de idade evoluiu com quadro de tosse e dispnéia sendo realizada tomografia de tórax que evidenciou persistência de lesões císticas em lobo superior direito e provavelmente lobo médio. Realizada trisegmentectomia de lobo superior direito e segmentectomia de lobo médio direito. Mantido acompanhamento ambulatorial. Evoluiu com quadro de asma persistente leve aos oito anos de idade, iniciado corticóide inalatório com boa resposta. Tomografia de tórax para controle clínico evidenciou lesão cística pequena em lobo superior direito. Devido estabilidade clínica, optado por acompanhamento ambulatorial com tomografia seriada. **Resultados:** Foram realizadas duas lobectomias (lobo inferior esquerdo e inferior direito) uma toracotomia com trisegmentectomia de lobo superior direito e segmentectomia de lobo médio sem intercorrências e com boa evolução clínica. Biópsia pulmonar de lobo inferior esquerdo confirmou MAC tipo I. **Conclusão:** A malformação adenomatóide cística pulmonar é resultado do crescimento anômalo dos bronquíolos terminais e respiratórios, com proliferação adenomatóide e formação de cistos. Pode acometer qualquer lobo pulmonar e raramente é bilateral, sendo nesses casos associada a quadro pulmonar arrastado e infecções de repetição. É classificada em três tipos morfológicamente distintos: MAC tipo I (macrocística), cistos maiores (até 7 cm de diâmetro) com alvéolos normais de permeio; MAC tipo II (mista), cistos menores associados a áreas adenomatosas e; MAC tipo III (microcística), lesão completamente adenomatosa e compactada. O tratamento é cirúrgico e o diagnóstico precoce, muitas vezes no período neonatal, proporciona um melhor planejamento terapêutico e prognóstico clínico.

PALAVRAS-CHAVE: MALFORMAÇÃO PULMONAR; CIRURGIA TORÁCICA; PNEUMOPEDIATRIA

Introdução: As lesões congênitas torácicas são raras e de expressão clínica incerta. É importante reconhecer estas afecções para que o tratamento adequado seja instituído, na maioria das vezes, operatório; evitando-se assim, tratamentos desnecessários. Não existe consenso na literatura mundial sobre qual seria a idade ideal para realizar o tratamento operatório após o nascimento. Há justificativas para a operação tanto no paciente adulto quanto na criança. Existe o crescimento pulmonar por hiperplasia (aumento do número de alvéolos) em crianças submetidas a pneumonectomia até os cinco anos de idade. A capacidade pulmonar total destes pacientes, após anos de acompanhamento, pode ser de 96% do predito, ligeiramente menor que pacientes da mesma idade não operados. As lesões são sintomáticas e apresentam complicações em metade dos pacientes, o que não ocorre após o tratamento operatório. **Objetivos:** Analisar, retrospectivamente, os pacientes com malformações pulmonares submetidas ao tratamento operatório. **Material e Métodos:** Analisamos retrospectivamente os doentes com malformações pulmonares, operados no Hospital São Paulo - Unifesp/EPM, de 1970 a 2010. Foi realizada uma análise dos seguintes aspectos: clínico, diagnóstico, Métodos de imagem, tratamento prévio, tratamento operatório e complicações hospitalares, entre outros. **Resultados:** Foram analisados os prontuários de 85 pacientes. Tivemos 41 pacientes do gênero masculino (48,24%) e 44 do gênero feminino (51,76%). A idade variou de 3 dias a 76 anos, com média de 20,12 $\pm$ 20,84 anos. Os cistos foram os mais frequentes em 43 pacientes (50,58%, enfisema lobar em 16 pacientes (18,82%), malformação adenomatóide cística em 15 pacientes (17,64%) e sequestro pulmonar em 11 pacientes (12,94%). Alguns pacientes (9 – 10,58%) apresentaram mais de uma malformação. A maioria dos pacientes (76,47%) era sintomática. A média do tempo de sintomas antes do tratamento operatório foi de 16,34 $\pm$ 29,30 meses. A presença de infecção pulmonar previa ao tratamento definitivo ocorreu em 42,35% dos pacientes. A morbidade nesta série foi de 23,53% e a mortalidade de 5%.

Discussão: As malformações pulmonares ainda são um desafio para a medicina. Acometem o ser humano em qualquer época de sua vida, com apresentação clínica variável. Fatos estes que dificultam o seu diagnóstico. A presença de infecção pulmonar decorrente das malformações é freqüente neste grupo de pacientes, ao redor de 40%, conforme constatado na nossa série e compatível com o descrito na literatura. Nossos pacientes eram sintomáticos em sua maioria e com uma persistência dos mesmos por mais de um ano até o tratamento definitivo. A cirurgia apresentou uma incidência de complicações ao redor de 20%. O tratamento operatório ofereceu uma morbidade menor do que o acompanhamento nestes pacientes.

PO439 MALFORMAÇÃO PULMONAR – ANÁLISE DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE 85 PACIENTES.

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR¹; EDUARDO IWANAGA LEO²; ERIKA RYMKEWICZ³; RENATO DE OLIVEIRA⁴; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS⁵; MARCEL MARTINS SANDRINI⁶; FABIO NISHIDA HASIMOTO⁷; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA⁸

1,3,4,5,6,7,8.UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PO440 MALFORMAÇÃO ADENOMATÓIDE CÍSTICA PULMONAR TIPO 4 – RELATO CLÍNICO

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR¹; EDUARDO IWANAGA LEO²; JOSÉ ERNESTO SUCCI³; RENATO DE OLIVEIRA⁴; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS⁵; MARCEL MARTINS SANDRINI⁶; FABIO NISHIDA HASIMOTO⁷; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA⁸

1,3,4,5,6,7,8.UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MALFORMAÇÃO PULMONAR; MAC; CIRURGIA TORÁCICA

A malformação adenomatóide cística pulmonar (MAC) se baseia em uma anomalia congênita dos pulmões, caracterizada por crescimento excessivo de bronquíolos terminais, com cistos de variados tamanhos e supressão alveolar. É uma dita como rara, porém há uma dificuldade diagnóstica em nosso meio. A MAC corresponde a aproximadamente 25% das malformações pulmonares. Geralmente é unilateral, com doença bilateral diagnosticada em 2% dos casos. Somente um lobo é afetado em 80 a 95% dos casos e não há predileção por sexo ou hemitórax. As MAC foram divididas em 0 a IV por Stocker de acordo com suas características histológicas, sendo o tipo IV apresentado por grandes cistos periféricos de até 7 cm de diâmetro, ocorrendo em torno de 2-4% dos casos, sendo uma associação dos tipos I e II com perda de tecido conjuntivo. Relatamos, uma paciente com 3 meses de vida e tosse seca há 1 mês. Já na radiografia simples foi constatado uma lesão cística grande em pulmão direito. Realizada a investigação com tomografia e a ressecção do lobo inferior. O anatomopatológico mostrou uma MAC tipo 4, rara. As complicações das malformações são frequentes, em cerca de 40% dos pacientes sem tratamento cirúrgico, como pneumotórax, infecções recorrentes, hiperinsuflação ou degeneração maligna. Reforçamos a necessidade de tratamento operatório das malformações pulmonares o mais precoce possível, de preferência após 1 ano de idade ou antes se sintomático ou progressão da lesão.

P0441 HIPERPLASIA TÍMICA EM CRIANÇA – RELATO CLÍNICO

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR¹; EDUARDO IWANAGA LEO²; RENATO DE OLIVEIRA³; ERIKA RYMKIEWICZ⁴; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS⁵; MARCEL MARTINS SANDRINI⁶; FABIO NISHIDA HASIMOTO⁷; CAIO AUGUSTO TERSE DA MATA⁸
1,3,4,5,6,7,8.UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HIPERPLASIA TÍMICA; MADIÁSTINO; CIRURGIA TORÁCICA

O timo é uma glândula localizada no mediastino anterior, responsável pela produção de linfócitos T, importante na resposta imunocitária. A hiperplasia consiste no aumento no número de células de um órgão ou tecido, geralmente com aumento de volume. É difícil avaliar a hiperplasia tímica pelo peso da glândula, uma vez que há grande variação dentro da faixa etária. O critério mais fidedigno é o aparecimento de folículos linfóides localizados predominantemente na medula, associado a compressão e atrofia do córtex. As massas do mediastino anterior são geralmente assintomáticas, mas ocasionalmente produzir sintomas relacionados à compressão de estruturas adjacentes. Estas lesões raramente podem causar comprometimento com risco de vida respiratória aguda. Apesar de rara, a hiperplasia tímica verdadeira deve ser considerada no diagnóstico diferencial de massas mediastinais anteriores em crianças e adolescentes. Relatamos um menino com 2 anos de idade que apresentou tosse seca e dispnéia por 3 dias. A radiografia de tórax mostrou opacificação quase todo hemitórax esquerdo. Na tomografia computadorizada foi constatado uma massa heterogênea no mediastino anterior, predominantemente no lado esquerdo, ocupando a maior parte. A biópsia percutânea da lesão foi realizada com agulha de calibre 14, Tru-cut e análise do fragmento era compatível com o tecido tímico. A família não voltou para o seguimento e após 6 meses, o menino desenvolveu intensa dispnéia, cianose e outros

sinais de insuficiência respiratória. A cirurgia foi indicada com base na condição respiratória, com a remoção de 800 g de tecido pálido homogêneo. Achados da microscopia demonstrou preservação da arquitetura normal do timo. O aspecto era compatível com hiperplasia tímica verdadeira. O paciente evoluiu bem, com um padrão de normalidade respiratória. A hiperplasia tímica verdadeira é uma entidade rara e benigna. Pode ser assintomática ou pode apresentar sintomas decorrentes das vias aéreas e do parênquima pulmonar. A hiperplasia tímica verdadeira corresponde ao alargamento do timo, sem alteração da histologia normal e difere da hiperplasia tímica associada a miastenia gravis e doenças auto-imunes, onde ocorre hiperplasia linfocitária, sendo que geralmente não é acompanhada por um aumento acentuado no tamanho tímico.

P0442 AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS DE VEF1 E VEF6 EM DISPOSITIVO PORTÁTIL COMPARADAS À ESPIROMETRIA VOLUMÉTRICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PNEUMOPATIAS CRÔNICAS.

OSVALDO SARAIVA MARQUES JR; LIDIA ALICE G.M.M. TORRES; ALBIN EUGÊNIO AUGUSTIN; ANA RENATA COSTA; MARILUCE CHADU
SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO HCFMRP-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESPIROMETRIA; PNEUMOPATIAS; CRIANÇAS

Introdução: A espirometria em espirômetros volumétricos é considerada padrão ouro para avaliação da função pulmonar. Os medidores de VEF1/VEF6 disponíveis no mercado mostram facilidade de uso e menor custo, principalmente para fins de screening de doenças obstrutivas, o que seria interessante para crianças, pela praticidade. Entretanto, questiona-se a reprodutibilidade dos Resultados obtidos com o Métodos, nesse grupo. **Objetivos:** Analisar dados de VEF1 e VEF6 obtidos por meio de dispositivo portátil e avaliar se são comparáveis ao VEF1 e CVF obtidos por espirometria volumétrica. **Métodos:** foram analisados os dados espirométricos de pacientes portadores de pneumopatias crônicas obtidos em espirômetro portátil da marca Vitalograph COPD6 (VEF1, VEF1/VEF6 e VEF6) e espirômetro volumétrico da marca Vitatrace VT 130(CVF, VEF1 e VEF1/CVF). A espirometria foi realizada de acordo com as recomendações da ATS. Todos os pacientes encaminhados para espirometria no período de janeiro a agosto de 2010, já haviam realizado o procedimento e foram testados pelos dois tipos de dispositivos, no mesmo dia e no período da manhã, com pinça nasal e sentados. Foram realizadas, no mínimo, três curvas aceitáveis e reprodutíveis, em cada tipo de dispositivo, tendo sido escolhida a de melhor VEF1, sem ultrapassar o total de 8 curvas. Os dados obtidos foram analisados pelo teste t pareado. **Resultados:** Foram analisados os dados de 48 pacientes com pneumopatias crônicas, sendo 24 com Fibrose cística e 24 com outras pneumopatias, com idades de 7 a 19 anos e 24 eram meninas. A idade média foi de 12,79 anos. Os volumes apresentaram distribuição normal e estão apresentadas em médias e

	Vt 130	Copd 6	p
cvf ou vef6	2468(1141)	2396(1133)	0,007
vef1	1902(898)	1911(878)	0,65 #
vef1/cvf ou vef6	76(10)	80(8)	0,0014

desvios-padrão dos valores absolutos (entre parênteses), com a significância estatística(p) na tabela 1.Os resultados foram analisados por meio do teste t de student pareado e somente foram observadas médias sem diferença significativa entre os dois procedimentos, para o VEF1, conforme também observaram outros autores utilizando espirômetros portáteis em linha com espirômetros volumétricos. Esse estudo, apesar do pequeno número de observações, difere dos observados para adultos com dpoc, que encontraram respostas reprodutíveis para vef6 também. **Conclusão.** A utilização de dispositivo portátil pode ser realizada para comparação do VEF1, em situações de controle doméstico e de screening, para crianças pneumopatas crônicas com obstrução, embora não seja adequada para avaliar processos restritivos.

P0443 PNEUMONIA INTERICIAL LINFÓIDE NA INFÂNCIA

NATALIA DE AQUINO SILVEIRA; FRANCYELLY WISNIEWSKI YAMAMOTO; ELAINE DE OLIVEIRA KHOURI; SÔNIA MAYUMI CHIBA; GILBERTO PETTY DA SILVA; RIMARCS GOMES FERREIRA; BEATRIZ NEUHAUS BARBISAN; CLÓVIS EDUARDO TADEU GOMES
UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA INTERICIAL; DISPNEIA; HIPOXEMIA

Objetivos: relato de caso de Pneumonia Interciliar Linfóide na infância. **Caso Clínico:** LFCS, 13 anos de idade, apresentou aos 2 anos de vida, quadro de tosse produtiva, febre dispnéia e sibilância. Diagnosticado como Pneumonia, necessitando de tratamento hospitalar. A partir deste evento, apresentou várias internações com diagnóstico de Pneumonia (14 internações). A partir dos 4 anos de vida houve agravamento do quadro respiratório, com dispnéia e cianose crônica, necessitando de oxigenoterapia domiciliar noturna. Realizou 3 cursos de pulsoterapia com metilprednisolona, sem melhora significativa. Durante investigação diagnóstica realizado TC Tórax de alta resolução evidenciando padrão em vidro fosco, com distorção da arquitetura vascular e bronquiectasias. Sorologia para HIV negativo, imunoglobulinas normais, função renal e hepática normais, 2 dosagens de cloreto no suor normais, BK no escarro negativo em 3 amostras. CH50, FAN, ANCA e ENA negativos. Broncoscopia evidenciando processo inflamatório da mucosa brônquica. PFP evidenciando distúrbio ventilatório obstrutivo moderado com redução CVF. ECO mostrando dilatação mínima das câmaras direitas, com pressão da artéria pulmonar de 40mmHg. Realizou biópsia pulmonar em Fevereiro de 2009 com anátomo-patológico de Pneumonia Interciliar Linfóide. Nos últimos 2 anos apresentou piora da hipoxemia com necessidade de Oxigenoterapia 24hs/dia. A partir de Novembro de 2009 iniciou com corticóide sistêmico contínuo, com melhora clínica significativa. Não apresentou reagudiação com necessidade de internação hospitalar e houve melhora parcial da saturação de oxihemoglobina. Aguardamos exames de imagem e função pulmonar para quantificar melhora do quadro. **Conclusão:** Pneumonias Interciliares são doenças muito raras em pediatria. Quadros crônicos e progressivos com hipóxia como sinal principal, devem levar a investigação com exames de imagem e biópsia pulmonar quando necessária.

P0444 SEQUESTRO PULMONAR – DIAGNOSTICO POR RECONSTRUÇÃO MULTIPLANAR PELA TOMOGRAFIA DE TÓRAX.

ALTAIR DA SILVA COSTA JÚNIOR¹; EDUARDO IWANAGA LEAO²; RENATO DE OLIVEIRA³; ERIKA RYMKIEWICZ⁴; HUMBERTO MALDONADO CAMPOY SANTOS⁵; MARCEL MARTINS SANDRINI⁶; FABIO NISHIDA HASIMOTO⁷; CAIO AUGUSTO STERSE DA MATA⁸

^{1,3,4,5,6,7,8.} UNIFESP/EPM, SÃO PAULO, SP, BRASIL; ^{2.} UNISA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SEQUESTRO PULMONAR; PNEUMOPEDIATRIA; CIRURGIA TORÁCICA

Sequestro pulmonar é uma malformação caracterizada por uma massa de tecido pulmonar não funcionante, separada da árvore traqueobrônquica normal e vascularizada por uma artéria sistêmica anômala, comumente, derivada da aorta. Os sequestros podem ser classificados em intra ou extralobares. O sequestro intralobar está contido no pulmão e é recoberto por pleura visceral. Esta anomalia geralmente apresenta aspecto cístico, ou níveis líquidos quando ocorrem infecções. Já, o sequestro extralobar representa tecido pulmonar anormal circundado por tecido pleural próprio e separado do restante da pleura. Há predominância no sexo masculino na taxa de 4:1. A localização mais frequente é nos lobos inferiores e o diagnóstico antigamente era confirmado por arteriografia. Atualmente podemos utilizar recursos interessantes da tomografia de tórax e de programas que possibilitam a reconstrução multiplanar. Relatamos um paciente com 8 anos de idade que apresentou três episódios de pneumonia nos últimos dois anos. O diagnóstico foi confirmado pela tomografia de tórax com reconstrução tridimensional. A supressão digital do parênquima pulmonar com exposição da artéria anômala deixaram evidente a malformação.

P0445 SARCOIDOSE NA CRIANÇA: DIFERENTES APRESENTAÇÕES CLÍNICAS

SELMA MARIA DE AZEVEDO SIAS; RODRIGO MOULIN SILVA; KÁTIA LINO BAPTISTA MOURILHE ROCHA; MONIQUE ALVES FONTES; GLADIS I YAMPARA; TERESA CRISTINA CASTRO RAMOS SARMET DOS SANTOS; GRAÇA HELENA M DO CANTO TEIXEIRA; VANIA GLÓRIA SILAME LOPES
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SARCOIDOSE; DOENÇA GRANULOMATOSA; CRIANÇA

Introdução: A sarcoidose, doença granulomatosa multissistêmica de difícil diagnóstico, apresenta na criança, epidemiologia e curso clínico diferenciado da doença do adulto. **Objetivos:** Relatar dois casos de sarcoidose em crianças com apresentação clínica diferenciada. **Material e Métodos:** Estudo clínico, radiológico e laboratorial cujos dados foram pesquisados em prontuários de 2 crianças internadas na Pediatria do HUAP. **Relato dos casos:** Caso 1: Menino de 13 anos apresentou desde final de 2006 tosse seca e dispnéia tendo vários tratamentos antimicrobianos para pneumonia. Em janeiro de 2008 devido à piora clínica e emagrecimento foi internado no HUAP com suspeita de tuberculose miliar. Encontrava-se emagrecido, mucosas coradas, intensa palidez cutânea, taquipneico, afebril, tosse seca, baqueteamento digital, encondromas nos quirodactilos das mãos e joelhos. VHS e PCR elevados, inversão albumina/globulina, aumento das imunoglobulinas (exceto IgE), cálcio sérico e urinário normais. RX tórax: infiltrado micronodular difuso, TCAR de tórax: espessamento nodular no feixe broncovascular e septos interlobulares. Função pulmonar:

distúrbio restritivo grave. LBA: alveolite neutrofílica (81%). Biópsia pulmonar: septos alargados às custas de fibrose e granulomas sarcóides. Estudo microbiológico (sangue, urina, LBA e biópsia) negativo. Iniciou prednisona com ótima resposta clínica e melhora significativa tomográfica e funcional. Caso 2: Menino de 3 anos foi encaminhado ao HUAP para investigar uveíte, febre e dor nos membros inferiores com 30 dias duração. Evoluiu com paralisia facial direita e comprometimento do estado geral. TC de crânio e líquido normais. Provas de atividade reumáticas negativas. Apresentava anemia, inversão albumina/globulina com aumento de gamaglobulina, VHS e PCR elevados. TCAR de tórax: imagens nodulares disseminadas na periferia dos pulmões. US abdominal: hepatomegalia, imagens sugestivas de granulomas no baço. Ecocardiograma: insuficiência diastólica. Cálcio sérico e urinário normais. LBA: alveolite linfocítica (54%). Biópsia de gânglio cervical: processo granulomatoso sem necrose, sugestivo de sarcoidose. Estudo microbiológico (sangue, urina, LBA e biópsia) negativo. Iniciou prednisona com melhora clínica e tomográfica. Houve recidiva da uveíte ao reduzir o corticosteróide e apresentou acúsia total, optando-se por pulsoterapia e infliximabe havendo melhora clínica. O estudo genético está em andamento. Conclusão: O caso 1 pode ser considerado Sarcoidose Tipo Adulto: boa evolução com corticosteróide; o caso 2 como Sarcoidose Tipo Precoce na Infância: uveíte, paralisia facial, acúsia e resposta parcial ao corticosteróide. O LBA foi útil na avaliação do estágio da doença: crônico no caso 1 e agudo no caso 2. É importante a inclusão da Sarcoidose no diagnóstico diferencial da pneumonia crônica, tuberculose e causas de uveíte e acúsia na criança.

PO446 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS POR PNEUMONIA COMUNITÁRIA.

THAISA BERSANI STRABELLI; MARCO AURELIO MACIEL; CRISTIANE MAZZUTTI; ADRIANA BRIDI; LUNA PEREIRA FREITAS; DEBORA CARLA CHONG-SILVA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PNEUMONIA; FATORES DE RISCO; GRAVIDADE

Introdução: As infecções respiratórias agudas são frequentes e constituem a principal causa de morbimortalidade infantil, especialmente nos países em desenvolvimento. Estudos em países desenvolvidos demonstram que 2% das crianças nas faixas etárias de 0 a 5 anos são hospitalizadas, enquanto que nos países em desenvolvimento esta faixa atinge valores de até 20%. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi verificar o perfil socioeconômico das crianças hospitalizadas por pneumonia adquirida na comunidade. **Métodos:** Estudo prospectivo, em fase de desenvolvimento, onde foram levantados dados sociais pela entrevista direta realizada com pais e responsáveis e complementados por informações do prontuário médico, de crianças com menos de 5 anos de idade, hospitalizadas no Hospital Infantil Pequeno Príncipe na cidade de Curitiba. Todas as crianças apresentavam diagnóstico clínico e radiológico de pneumonia e estavam hospitalizadas em enfermarias. Além da indicação da hospitalização, o tempo de internamento superior a 3 dias e o uso prolongado de oxigênio (acima de 3 dias) foram dados considerados determinantes para os casos de maior gravidade. **Resultados:** Vinte e duas crianças foram incluídas no estudo até o momento, destas 5 foram consideradas de maior gravidade conforme os critérios

citados. Dezenove crianças (86%) apresentavam renda familiar menor que 3 salários mínimos, fato encontrado em 100% das crianças consideradas muito graves. Em 36% dos casos a mãe trabalhava fora de casa e apresentavam convívio domiciliar com fumantes. A escolaridade de nível fundamental e médio foi encontrado em 45% das mães. Nove crianças (45%) amamentaram por período menor que 6 meses, sendo que 80% foram consideradas muito graves. A mesma porcentagem (45%) freqüentavam creche. Menos de 10% das crianças eram filhos de mães adolescentes e apresentavam calendário vacinal do Ministério da Saúde incompleto. **Conclusão:** Apesar de Resultados ainda parciais, o estudo sinaliza a importância da influência dos fatores socioeconômicos na morbidade das pneumonias comunitárias na infância.

PO447 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA EXPOSIÇÃO À TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

BERENICE DAS DORES GONÇALVES¹; LUCIANA TRICAI CAVALINI²; JOAQUIM GONÇALVES VALENTE³

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL;

3.FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: EPIDEMIOLOGIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE; CONTROLE DE RISCO; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Introdução: Nas últimas duas décadas ampliou-se a demanda por serviços de maior complexidade tecnológica para o atendimento da tuberculose, especialmente em hospitais gerais e universitários. Em geral não há avaliação sistemática da magnitude da exposição local nas unidades hospitalares, apesar de ser considerada como doença ocupacional. **Objetivos:** Descrever e analisar o perfil epidemiológico da tuberculose-doença entre os pacientes atendidos no HUAP-UFF, e elaborar uma proposta de monitoramento da mensuração da doença. **Métodos:** Estudo descritivo e retrospectivo dos casos diagnosticados entre pacientes atendidos no HUAP-UFF no período de 2000 a 2006, construção de indicadores de morbidade e letalidade, e análise multivariada dos óbitos ocorridos entre os pacientes internados. **Resultados:** Foram diagnosticados 763 pacientes com tuberculose, 45,1% no ambulatório, 11,1% nas emergências e 43,8% no setor de internação; 63,1% eram do sexo masculino, com razão de 1,8 homens para cada mulher diagnosticada; a faixa etária mais atingida foi 30 a 59 anos. As formas clínicas pulmonares e extrapulmonares exclusivas foram predominantes, porém, entre os pacientes internados, verifica-se que as formas pulmonares positivas e negativas, associadas às extrapulmonares, e as pulmonares negativas exclusivas, foram mais frequentes. Nos pacientes que evoluíram para óbito a forma pulmonar foi também a mais encontrada. O tratamento foi iniciado em 41,9% do total de casos e em 76% dos pacientes internados. Entre os que iniciaram tratamento, 82,5% utilizou o Esquema I. A presença de comorbidade foi mais prevalente entre os pacientes internados e os que evoluíram para óbito. O HUAP atua como uma referência não oficial de tuberculose para a sua região de abrangência. **Conclusão:** Os indicadores hospitalares e o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados sugerem a necessidade de melhor organização da assistência à tuberculose na unidade e na sua região de referência e demonstraram a necessidade de definição rigorosa das medidas de biossegurança no hospital. Adicionalmente, os indicadores aqui propostos apresentam um potencial de padronização dos procedimentos de

monitoramento da tuberculose hospitalar e o perfil epidemiológico aqui descrito poderá contribuir para um melhor entendimento da situação da doença no país.

P0448 FREQUÊNCIA DE CO-INFECÇÃO TB/HIV EM PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERENCIA EM PNEUMOPATIAS NO ESTADO DA BAHIA

HILMA GUIMARAES DE CARVALHO; SILVANIA MARIA ANDRADE CERQUEIRA; CECILIA VIRGILIA FURTADO LUZ; GIANCARLA LIBORIO DI CREDICO

HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; HIV; COINFECÇÃO TB/HIV

Introdução: O Hospital Especializado Octávio Mangabeira é referência em tuberculose (TB) no estado da Bahia, realiza atendimentos de níveis secundários e terciários na rede de saúde pública. Em dezembro/2009 foi implantado o teste rápido anti-HIV e realizado um estudo para avaliar a co-infecção TB/HIV, nos pacientes atendidos neste hospital. **Objetivos:** Identificar a frequência de tuberculose em pacientes HIV positivo atendidos no Setor de Admissão/Triagem e pacientes internados no hospital de referencia, a partir da implantação do teste rápido de anti-HIV. **Métodos:** Foram realizadas 128 baciloscopias de escarro (92 do sexo masculino e 36 do sexo feminino) e 133 testes rápidos anti-HIV (96 do sexo masculino e 37 do sexo feminino). Os pacientes foram atendidos no setor da Admissão/Triagem e pacientes internados no hospital de referencia com suspeita diagnóstica de tuberculose, no período de dezembro de 2009 a março de 2010 e avaliado a frequência da co-infecção TB/HIV. Foi usado para análise dos dados, o Sistema de Internamento Hospitalar, livros de registros do laboratório e planilha Excel. **RESULTADO:** Do total das amostras analisadas, 13,5% foram positivas para HIV (18/133), com predomínio do sexo masculino que atingiu a taxa de 14,6% (14/96) e para o sexo feminino a taxa de 10,8% (4/37). Em relação ao total das baciloscopias, 40,6% foram positivas (52/128). Destas, 42,4% (39/92) foram do sexo masculino e 36,1% (13/36) foram do sexo feminino. A frequência da co-infecção encontrada foi de 3%. **Conclusão:** A taxa da co-infecção de 3,0% está em acordo com um estudo anteriormente realizado em cinco distritos sanitários que foi de 3,6%. Em outro estudo realizado em pacientes internados neste hospital de referência, a frequência da co-infecção foi de 8,8%. Esses dados reforçam a necessidade da inclusão do teste anti-HIV na anamnese de todos os pacientes com suspeita de tuberculose.

P0449 PNEUMONIA TUBERCULOSA: ESTUDO DE 59 CASOS MICROBIOLOGICAMENTE CONFIRMADOS

JAMILA BELLICANTA FOCHESATTO; MARISA PEREIRA; JOSÉ DA SILVA MOREIRA; ANA LUIZA SCHNEIDER MOREIRA; BRUNO HOCHHEGGER PAVILHÃO PEREIRA FILHO-SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; PNEUMONIA TUBERCULOSA; BACILO TUBERCULOSO

Objective: To study clinical, epidemiological, radiographic and endoscopic features found in individuals with tuberculosis pneumonia. **Methods:** Between December 2005 and February 2007 there were studied 2828 tuberculosis patients who were consecutively attended in a Public Health Unity (Porto Alegre-Brazil). It was found in that group 59 cases (2.1%) of pneumonic presentation, whose occurrence was compatible with the lymph node to bronchus fistula

mechanism. **Results:** Of the 59 patients studied, 42 (71.2%) had between 20 and 50 years old; 53.0% were male, and 47.0% of them were black. The more frequent symptoms were cough (100.0%), fever (88.0%), expectoration (81.0%) and weight loss (40.0%). Some co-morbidity was registered in 35 patients (60.0%), specially AIDS/HIV+ (20.0%), and diabetes (15.0%). On the chest x-ray the consolidation predominated in upper lobes (68.0%). The diagnostic confirmation (acid-fast bacilli presence) was made mainly through the direct sputum examination (69.5% of the cases), and by Bronchoscopy in the remainder (BAL in 17.0% and bronchial biopsy in 13.5%). Bronchial lesion, clearly indicative of fistula was seen in tree cases and suggestive of it in five. **Conclusions:** The tuberculosis pneumonia presented as an acute pulmonary infectious disease, with initial dry cough, fever and alveolar consolidation at the x-ray. It was more frequently associated to some co-morbidity, especially AIDS, and also to non white individuals. The etiologic confirmation was obtained mainly through the direct sputum examination for acid fast bacilli. At bronchoscopy the bronchial lesion indicative of fistula was seen in eight cases, clearly in three of them.

P0450 CO-INFECÇÃO HIV/TUBERCULOSE NAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E NOS HOMENS LIVRES NA REGIÃO DE BOTUCATU-SP

WALTER VITTI JUNIOR; LUANA CARANDINA

UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE, EPIDEMIOLOGIA; INFECÇÕES POR HIV, EPIDEMIOLOGIA; INFECÇÕES POR HIV, COMPLICAÇÕES

Introdução. O perfil das pessoas privadas de liberdade e as condições de confinamento são fatores importantes na epidemiologia da tuberculose e da AIDS, contribuindo para manter sua elevada morbi-mortalidade no cárcere e fora dele. Superlotação, ventilação inadequada, insalubridade ambiental, violência, drogadição e falta de atendimento à saúde, são situações que expõem os detentos a maior risco de infecção, adoecimento por tuberculose e desenvolvimento de formas multiresistentes e co-infecção pelo HIV. **Objetivos.** Analisar comparativamente a co-infecção com HIV entre os casos de tuberculose pulmonar nos presos e na população livre na Região de Saúde de Botucatu-SP. **Métodos.** Realizou-se estudo descritivo retrospectivo dos casos de tuberculose pulmonar notificados de 1998 a 2003, nas 5 penitenciárias masculinas da região e nos homens livres, através do Banco de Dados do Programa Epi-Tb. **Resultados.** A incidência anual da tuberculose pulmonar foi, em média, 20 vezes maior nos detentos. Testagem para HIV foi maior nos presos (85%) do que nos homens livres (64%), assim também a positividade da sorologia (30% e 15%, respectivamente). Co-morbidade ocorreu em 30% dos detentos, sendo destes, 84% portadores de AIDS. Nos homens livres, 66% apresentaram co-morbidade, com alcoolismo prevalecendo (61%) e AIDS em 13%. Teste tuberculínico foi poucas vezes pedido. **Conclusão.** Comprova-se, que na Região de Botucatu, como em outras partes do mundo, a situação da co-infecção HIV/tuberculose nas penitenciárias é grave. Para reverter esta situação, é necessário: oferecer exame para testagem anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste; realização de teste tuberculínico para os portadores de HIV e quimioprofilaxia quando indicado, busca ativa de casos de tuberculose, com diagnóstico precoce e tratamento imediato e supervisionado, controle

efetivo de comunicantes, ação interinstitucional visando melhoria nas condições de confinamento e de atenção à saúde dos detentos e funcionários do sistema penitenciário, conscientização, capacitação e reciclagem dos funcionários e desenvolver ações educativas de prevenção da tuberculose, das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV/AIDS e de redução de danos relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas.

P0451 TUBERCULOSE PULMONAR EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBerdade E HOMENS LIVRES, REGIÃO DE BOTUCATU-SP

WALTER VITTI JUNIOR; LUANA CARANDINA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE EM DETENTOS; CONTROLE DA TUBERCULOSE; PRISÕES

Introdução. O perfil das pessoas privadas de liberdade e as condições de confinamento são fatores importantes na epidemiologia da tuberculose, contribuindo para manter sua elevada morbi-mortalidade no cárcere e fora dele. Superlotação, ventilação inadequada, insalubridade ambiental, violência, drogadição e falta de atendimento à saúde, são situações que expõem os detentos a maior risco de infecção, adoecimento por tuberculose e desenvolvimento de formas multiresistentes. **Objetivos.** Descrever a situação da tuberculose nas penitenciárias da Região de Botucatu-SP e analisar, comparativamente, a tuberculose pulmonar nos detentos e nos homens livres. **Métodos.** Realizou-se estudo descritivo retrospectivo dos casos de tuberculose notificados pelas cinco penitenciárias da região, entre 1993 e 2003, e dos casos notificados de tuberculose pulmonar nos detentos e nos homens livres da mesma faixa etária, entre 1998 e 2003. Foram utilizadas informações do Banco de Dados do Programa Epi-Tb. **Resultados.** Entre 1993 e 2003, a incidência anual média de tuberculose notificada foi de 1268,58 casos/100 mil detentos. A forma pulmonar foi predominante e sua incidência anual média, entre 1998 e 2003, foi, aproximadamente, 20 vezes maior nas pessoas privadas de liberdade do que nos homens livres. Nas penitenciárias, a mediana de idade dos casos foi de 29 anos, enquanto nos homens livres foi de 41 anos. Baixa escolaridade ocorreu nos dois grupos. A baciloscopia de escarro não foi realizada em 9,3% dos homens livres e 6,2% dos detentos, sendo que nestes, foi maior a positividade do exame. Cultura de escarro foi poucas vezes realizada. O exame radiológico de tórax foi feito em 31% dos detentos e 94% dos homens livres. Nos homens livres, também foram maiores: a co-morbidade, predominando o alcoolismo, e o número e o tempo de internação. Nos detentos, a co-morbidade foi de 30%, sendo a Aids o agravo mais prevalente. Nesta população, a testagem e a positividade para HIV foram maiores. O tempo de demora entre o início dos sintomas e a **Introdução** do tratamento foi de 5 semanas para os detentos e 8 semanas para os homens livres. O tratamento supervisionado foi pouco utilizado nas duas populações. Com relação ao resultado do tratamento, foi maior a taxa de cura e menor a taxa de abandono nos detentos. **Conclusão.** Comprova-se, que na Região de Botucatu, como em outras partes do mundo, a situação da tuberculose nas penitenciárias é grave. Busca ativa, diagnóstico precoce, acesso garantido à baciloscopia e à cultura de escarro, testagem anti-VIH, tratamento supervisionado, controle de comunicantes e melhoria nas condições de confinamento, são medidas necessárias e

urgentes para controle da doença entre as pessoas privadas de liberdade e que poderão contribuir para o controle eficaz da tuberculose na população geral.

P0452 DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM PRONTO SOCORRO DO MUNICÍPIO DE SANTOS

YSABELY DE AGUIAR PONTES PAMPLONA; ROSA MARIA FERREIRO PINTO; FÁTIMA APARECIDA BARBOSA DE OLIVEIRA MICHELETTI; APARECIDA FAVORETO MAKHOUL; ROBERTA MESCHINI DOS SANTOS; LUZANA MACKEVICIUS BERNARDES; MAGDA LUCIA NOVAES SILVA; JOICE MARIA PACHECO ANTÔNIO FERNANDES

UNISANTOS, SANTOS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; NOVOS CASOS; HIV

Introdução – A tuberculose tem distribuição mundial, estima-se que milhões de pessoas no mundo estão infectadas, mas há uma maior prevalência nos países em desenvolvimento, determinado por condições sócio-econômicas desfavoráveis. No Brasil os números são extremamente preocupantes. Estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas estejam infectadas pelo bacilo e que 6.000 pessoas morrem anualmente. A busca de novos casos e assistência ao paciente durante o tratamento são medidas importantes para o controle da doença. Vários fatores têm contribuído para estes dados, podendo ser mencionados como importantes: o progressivo empobrecimento das populações das últimas décadas, a emergência da epidemia de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a falência dos sistemas de saúde que, em vários locais, se mostram insuficientes para captar e tratar os paciente com tuberculose. A descoberta de novos casos e o acompanhamento dos pacientes em tratamento é de responsabilidade das instituições de saúde públicas e privadas, que devem estabelecer compromissos com o diagnóstico e tratamento eficaz da doença para o seu completo controle dentro do país. **Objetivos** -realizar o diagnóstico de tuberculose, por meio da realização de baciloscopia e conhecer o perfil sócio-econômico dos pacientes com tuberculose - **Métodos** - Trata-se de um estudo transversal descritivo exploratório de abordagem quantitativa com os sintomáticos respiratórios no Pronto Socorro Central do município de Santos, com idade a partir de 15 anos, de ambos os sexos. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento, contendo dados pessoais, condições de moradia, saúde e perfil socioeconômico. Os critérios para a seleção de amostra foram pacientes com tosse e expectoração, considerados sintomáticos respiratórios. **Resultados** - O resultado revelou que há uma predominância do sexo masculino, que a maioria está na faixa etária produtiva. Grande parte possui apenas o ensino médio, com renda média de 3 salários mínimos e vivem em condições razoáveis de moradia. Foram abordados 750 pacientes, dos quais 100 eram sintomáticos respiratórios e destes 4 apresentaram baciloscopia positiva para Tuberculose. **Conclusão** - Os dados analisados evidenciam que a busca ativa de sintomáticos respiratórios na população geral em todas as unidades de saúde, com diferentes níveis de atenção é altamente relevante, porém o estudo revelou a necessidade de intensificação das medidas de controle principalmente na atenção primária a saúde, como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, deixando os procedimentos de alta complexidade para os níveis secundários e terciários.

P0453 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS EXPRESSÕES OBJETIVAS E SUBJETIVAS DA NOTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PARA O PACIENTE E SUA FAMÍLIA

YSABELY DE AGUIAR PONTES PAMPLONA; SANDRA MARIA ALVES; ROSA MARIA FERREIRO PINTO; PAULA FERNANDA XAVIER UNISANTOS, SANTOS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DIAGNÓSTICO; IMPACTO; TUBERCULOSE

Introdução: Este projeto de pesquisa faz parte de um projeto de maiores dimensões intitulado: Tuberculose: realidade e imaginário de pacientes e comunicantes residentes na Região Central de Santos, desenvolvido pelo NEPEC – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde, vinculado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da UNISANTOS. As doenças pulmonares, dentre elas a Tuberculose são, geralmente, potencializadas pelas precárias condições de moradia, pois na região central há números expressivos de pessoas vivendo em cortiços e porões. Apesar de ser uma doença potencialmente previsível e curável, a TB continua a ser um dos grandes problemas da saúde pública no Brasil. No mundo, estima-se em dois bilhões o número de pessoas que apresentam infecção tuberculosa latente e que, anualmente, ocorram cerca de 8,8 milhões de casos novos. No Brasil registra-se algo em torno de 80.000 casos e 6.000 óbitos, a cada ano. Considerando a estratégia global de redução da morbidade e mortalidade por TB, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como metas para seu controle a detecção de 70% de todos os casos novos bacilíferos, com 85% de sucesso de tratamento. Segundo as estimativas atuais da OMS, ocorrem 110 mil casos novos anuais de TB no Brasil, ou seja, uma taxa de incidência de 62 por 100 mil habitantes, situando o País na 15ª posição entre os 22 países mais afetados pela doença. **Objetivos:** Captar a percepção do doente e de sua família em relação à doença; Compreender como o doente vê a questão do tratamento da tuberculose; Verificar como a família trata com o doente da tuberculose; Analisar a reação do doente e sua família em relação ao diagnóstico. **Métodos:** Pesquisa qualitativa de natureza descritiva. Como a área central de Santos é uma das que apresenta maior incidência da doença na cidade, optou-se por utilizá-la como recorte geográfico desta pesquisa, constituindo-se assim, seu universo. O instrumento a ser utilizado será a entrevista com roteiro. A amostra foi composta por cinco sujeitos dentre os pacientes notificados junto à SEVIEP/ Secretaria de Saúde de Santos. Os dados obtidos foram organizados analisados e interpretados articulando-se categorias empíricas e categorias teóricas presentes no projeto NEPEC. **Resultados:** A TB ainda causa um grande impacto por ocasião do seu diagnóstico, assim como questões relacionadas aos sintomas, tosse, escarro e a perda de peso, falta de apetite, dificuldades com a administração da medicação, o etilismo, e o uso concomitante de substâncias psicoativas. **Conclusão:** A TB carrega fortes representações sociais como o estigma e o preconceito, essa cicatriz vem das relações de como a própria doença e cultivada no âmago da sociedade a pesquisa revelou a vulnerabilidade social da qual sujeitos acometidos pela TB vivenciam. Sendo necessárias ações pautadas na integralidade e intersetorialidade das políticas públicas.

P0454 VARIÁVEIS ASSOCIADAS À HOSPITALIZAÇÃO E DESFECHO DO TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS E NÃO HOSPITALIZADOS, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SANDRA APARECIDA RIBEIRO¹; MIRTES CRISTINA PERRECHI²; CLAUDIO SHOKI KAVAGUTI³

^{1,2}.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; ³.PREFEITURA DE DIADEMA, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; HOSPITALIZAÇÃO; VARIÁVEIS ASSOCIADAS

Introdução: A hospitalização por Tuberculose (Tb) ainda é imprescindível para os pacientes que vivem em condições de desamparo social e para os casos graves. **Objetivos:** Este trabalho teve como objetivo comparar o desfecho de tratamento de pacientes com tuberculose hospitalizados e os tratados ambulatorialmente em duas regiões do município de São Paulo, bem como analisar as variáveis mais associadas à internação. **Métodos:** Trata-se de pesquisa de campo de caráter clínico epidemiológico, prospectiva, com comparação de desfecho de tratamento de pacientes hospitalizados e tratados exclusivamente em nível ambulatorial em duas regiões do município de São Paulo no ano de 2007. **Resultado:** Foram estudados 474 pacientes, sendo 166 hospitalizados e 308 tratados exclusivamente em ambulatório. A análise multivariada mostrou associação entre internação por tuberculose e casos diagnosticados em hospital e/ou pronto socorro (OR = 55,42), HIV positivo (OR = 18,57), casos de retratamento (OR = 18,51) e procura por outro serviço antes (OR = 12,32). A taxa de cura do tratamento de tuberculose para os hospitalizados foi de 41,6% e a de óbito de 29,5%, sendo que para os pacientes com co-infecção Tb/HIV as taxas de cura e óbito foram de 30,4% e 45,7%, respectivamente. Nos casos tratados exclusivamente em nível ambulatorial a taxa de cura foi de 78,3% e a de óbito de 2,6%, sendo que para os pacientes com co-infecção as taxas de cura e óbito foram de 58,5% e 9,8%, respectivamente. **Conclusão:** Este estudo evidenciou maior gravidade e dificuldade de diagnóstico nos casos de Tb internados. Houve menor taxa de cura e maior taxa de óbito em relação aos tratados exclusivamente em nível ambulatorial e piores indicadores de desfecho no grupo de co-infectados Tb/HIV.

P0455 TUBERCULOSE: ASSOCIAÇÃO DE DOENÇA PULMONAR E INTESTINAL.

GLADIS I YAMPARA¹; NICOLAU PEDRO MONTEIRO²; YULY VALENCIA YRIARTE³; CAROLINA I. BRUM⁴; ÂNGELA SANTOS FERREIRA⁵; MIGUEL ABIDON AIDÉ⁶

^{1,2,4,5,6}.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO, NITERÓI, RJ, BRASIL; ³.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO-UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MYCOBACTERIUM TUBERCULOSE; TUBERCULOSE PULMONAR; TUBERCULOSE INTESTINAL

Introdução: A tuberculose intestinal teve significado relevante no passado tendo como agente etiológico, o *Mycobacterium bovis*, erradicado com a chegada da era industrial, principalmente pela pasteurização do leite, fonte principal de contaminação. A doença se caracteriza por sintomas inespecíficos: perda ponderal, dor abdominal, febre, diarreia e/ou constipação. O bacilo chega ao intestino por via hematogênica oriundo de foco pulmonar. **Objetivos:** Relatar um caso de associação de tuberculose pulmonar e intestinal.

Métodos: Estudo de um paciente com diagnóstico histopatológico de tuberculose intestinal, analisando-se os sintomas clínicos, radiográficos, procedimentos diagnósticos, histopatologia e tratamento. **Resultados:** relato de caso, homem de 50 anos com dor abdominal, perda de peso de 15Kg, diarreia alternada com constipação e febre, com 12 meses de evolução. Assintomático respiratório. Tabagista e etilista crônico. Ao exame em mau estado geral, caquético, hipocorado e desidratado; RCR 2T BNF; MV difusamente diminuído, ausência de ruídos adventícios. Abdome atípico, plano, peristalse presente, doloroso à palpação superficial e profunda na fossa ilíaca direita. Exames complementares: Hemograma com anemia microcítica e hipocrômica, trombocitose. Bioquímica: gamaGT 173 U/L e PCR 8,06 mg/dl, PPD não reator, HIV negativo. Hemoculturas negativas. Pesquisa de BAAR no escarro induzido negativo. O diagnóstico da tuberculose intestinal foi feito mediante laparotomia exploradora com biópsia. Macroscopia: Peça cirúrgica exibindo pontilhado brancocento em serosa de intestino delgado e apêndice cecal, além de esparsas áreas de estenose, correspondiam a lesões ulceradas, segmentares e circunferenciais, estendendo-se até a válvula íleo-cecal. Análise histológica mostrou presença de lesão granulomatosa em diferentes estágios, com extensas áreas de necrose caseosa, compatível com tuberculose intestinal. Coloração de Wade revelou grande quantidade de BAAR. Linfonodos mesentéricos e apêndice cecal também estavam comprometidos pela doença. Radiografia simple e TC de tórax revelaram infiltrado alveolar bilateral, lesão escavada periférica em ápice de hemitórax direito, lesões peribronquiais difusas e áreas de hiperinsuflação, compatíveis com tuberculose e enfisema. Houve melhora clínica, laboratorial e radiológica após tratamento com esquema E-1 para tuberculose. **Conclusão:** A tuberculose intestinal associada a tuberculose pulmonar é uma doença infrequente na qual as manifestações clínicas pulmonares podem estar ausentes, como no caso relatado, levando ao diagnóstico tardio de ambas as doenças.

P0456 MICOBACTERIOSE PLEURAL

ELIZABETH CLARA BARROSO¹; MARIA ROMI DANTAS CARVALHO²; MARIA EDNA MOURA³; TEREZA CRISTINA JUAÇABA PINHEIRO⁴

1.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3,4.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MICOBACTERIOSE; PLEURAL; IMUNOCOMPETENTE

Introdução: Mais de 170 espécies de Micobactérias não tuberculosas (MNT) já foram descritas. MNT têm sido reconhecidas como causadoras de doença nos seres humanos desde a década de 1930. A maioria dos indivíduos imunocompetentes pode se infectar com MNT sem desenvolver doença e a maioria dos casos está associada a pneumopatias prévias. O surgimento da aids, o aumento da esperança de vida e o uso de imunossupressores cada vez maior têm propiciado uma maior incidência de doença por essas micobactérias. **Objetivos:** Chamar atenção para esse caso raro de micobacteriose pleural primária em paciente soronegativo para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e sem causas evidentes de imunodepressão. **Métodos:** Foi feita revisão de prontuário para o relato clínico de paciente acompanhado no ambulatório de tisiologia do Hospital de Messejana, localizado em Fortaleza-CE. A cultura para BK do líquido pleural foi realizada em meio líquido

automatizado pelo método da fluorescência MGIT 960. Foi feita a diferenciação entre *Mycobacterium tuberculosis* e micobactéria não tuberculosa através de testes bioquímicos, tendo sido impossível a identificação da espécie por métodos moleculares. **Resultados:** Paciente feminina, 32 anos, 51 kg de peso, deu entrada no serviço de tisiologia em 08-01-2009. Ela fora submetida à punção-biópsia de pleura direita. A citologia do líquido pleural revelou 90% de linfócitos e 10% de macrófagos e a histopatologia da pleura evidenciou pleurite crônica produtiva granulomatosa, caseosa e gigantocelular. A pesquisa de bacilos, fungos e parasitas foi negativa. A radiografia (Rx) de tórax mostrava imagem de derrame pleural ocupando o terço inferior do hemitórax direito. Ela tinha antecedente de acidente vascular encefálico isquêmico (AVE) seis meses atrás e usava Carbamazepina 200 mg 8/8 horas e Varfarina 7,5 mg/dia. Investigação completa para lúpus eritematoso sistêmico fora negativa. Negava alcoolismo, tabagismo ou drogadição. A função hepática e renal eram normais e o Anti-HIV negativo. Associando-se um teste tuberculínico (TT) sem reação, uma cultura de líquido pleural para BK cujos testes bioquímicos revelaram MNT e um histopatológico de pleura com lesão granulomatosa, caseosa e gigantocelular, decidiu-se iniciar esquema para MNT com Amicacina 500 mg três vezes por semana por um ano, Claritromicina 500mg 12/12 horas e Etambutol 1,2g/dia por 18 meses. Por causa do anticoagulante e da Carbamazepina a CLR foi substituída por pirazinamida por seis meses associada à ofloxacina por 18 meses. O Rx de tórax normalizou com quatro meses e no décimo mês apresentou imagem arredondada no ápice D que em tomografias computadorizadas repedidas com intervalo de quatro meses concluiu-se ser espessamento pleural sem sinais de malignidade. **conclusão:** Os autores chamam atenção para esse caso raro de micobacteriose pleural em paciente soro-negativa para o HIV sem causa evidente para imunossupressão, exceto pelo uso de corticosteróides durante o AVE.

P0457 INFLUÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS LINFOTRÓPICO PARA CÉLULAS T HUMANAS TIPO 1 (HTLV-1) NO CURSO CLÍNICO, ASPECTOS BACTERIOLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS DA TUBERCULOSE PULMONAR

MARIA DE LOURDES SANTANA BASTOS¹; FLÁVIA SILVA BASTOS²; TASSO LEITE PRIMO CHAGAS BARRETO³; IANA CARINE MACHADO BISPO⁴; OHANA CAROLINE MACHADO BISPO⁵; INGRID PUIG CARDOSO⁶; NEREIDE PIMENTEL PEREIRA⁷; EDGAR M. CARVALHO⁸

1.HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,4,5,6.ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA, SALVADOR, BA, BRASIL; 7,8.COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HTLV-1; TUBERCULOSE; TUBERCULOSE PULMONAR

Introdução: Estudos prévios têm mostrado um aumento da prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo HTLV-1 e que a infecção pelo HTLV-1 aumenta a mortalidade de pacientes com tuberculose. Como a infecção causada por este vírus diminui a resposta ao PPD in vitro e in vivo, tem sido considerado que uma supressão da resposta imune mediada pelo vírus seja a causa da maior mortalidade da tuberculose em pacientes com HTLV-1. **Objetivos:** 1) Determinar se a infecção pelo HTLV-1 modifica o quadro clínico e a resposta imune na tuberculose; 2) Avaliar se a tuberculose interfere nas manifestações clínicas da infecção

pelo HTLV-1. **Métodos:** Este é um estudo prospectivo com a participação de 13 pacientes co-infectados com tuberculose e HTLV-1 e 25 pacientes com tuberculose. Aspectos clínicos, radiológicos e baciloscopia seriada foi realizada nos dois grupos. Teste intradérmico com PPD e a produção de citocinas in vitro por células mononucleares não estimuladas ou estimuladas com PPD por 48 horas foi determinado por ELISA. **Resultados:** Casos e controles foram comparáveis com relação a idade, sexo, renda, uso de álcool e tabagismo. Não houve diferença entre os grupos com relação aos sintomas, duração da doença, alterações radiológicas e resposta ao PPD. Houve uma tendência para uma maior frequência de hospitalização e tratamento prévio para tuberculose no grupo dos co-infectados, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($P>0.05$). A frequência de pacientes com baciloscopia com 2 ou 3+ foi maior nos pacientes somente com tuberculose do que nos pacientes co-infectados ($P<0.05$). Não houve diferença entre os grupos com relação a efeitos colaterais medicamentosos. Enquanto 2 (8%) dos casos foi a óbito, morte não foi observada nos controles. Sintomas de bexiga hiperativa foram observados em 4 (16%) dos 25 pacientes com HTLV-1 e tuberculose. Nestes casos, sinal de Babinsky foi documentado, o que em associação com a presença de bexiga hiperativa, configura a ocorrência de mielopatia e TNF- α foram mais elevadas e oligossintomática. As concentrações de IFN- nos pacientes com TB e HTLV-1 do que no grupo com TB isolado ($P<0.05$). **Conclusão:** Estes dados não apoiam a hipótese de que uma diminuição da resposta imune causada pela infecção viral piora a tuberculose. A maior resposta inflamatória e menor carga bacilar observada nos pacientes co-infectados sugerem que uma resposta inflamatória exacerbada resulte em pior prognóstico destes pacientes. Adicionalmente a frequência elevada de sintomas urinários e de sinal de Babinsky nos pacientes co-infectados com tuberculose e HTLV-1, sugere que a tuberculose pode agravar as manifestações neurológicas relacionadas ao HTLV-1.

P0458 MOXIFLOXACINA MASCARANDO O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR: RELATO DE UM CASO

IANA OLIVEIRA E SILVA RIBEIRO; FLÁVIA RAYANE SOUZA CÂNDIDO; JOSÉ AUGUSTO TARGINO DE ALMEIDA FILHO; NILCE ARIANE DOS SANTOS SPENCER

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, NATAL, RN, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MOXIFLOXACINA; DIAGNÓSTICO; TUBERCULOSE

Introdução: De acordo com dados da III Diretriz para Tuberculose da SBPT, até 2007 o Brasil ainda estava entre os 22 países responsáveis por 90% dos casos de tuberculose do mundo. Apesar deste dado, houve uma diminuição tanto na incidência quanto na mortalidade por tuberculose no Brasil, 26% e 32% respectivamente. O esquema terapêutico atualmente preconizado é o RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) e as quinolonas são utilizadas para tuberculose multirresistente. A moxifloxacina, uma fluorquinolona, é prescrita juntamente com outras drogas como esquema para superresistência¹. Vários trabalhos discorrem sobre a moxifloxacina como uma boa opção terapêutica para a tuberculose, quando associada alguns tuberculostáticos^{2,3,4}. Entretanto, quando utilizada isoladamente, parece mascarar a tuberculose pulmonar ativa⁵. **Objetivos:** Relatar um caso de difícil diagnóstico

de tuberculose pulmonar, pelo uso inadequado de Moxifloxacina. **Métodos:** homem, 47 anos, hipertenso, tabagista há 30 anos (100cig/dia) e há 01 ano deixou de fumar quando começou a apresentar tosse seca que passou a produtiva, com expectoração purulenta, acompanhada de episódios de febre de 38° a 38,5° quase diariamente. Negava calafrios, sudorese, dispnéia, dor torácica, astenia, anorexia ou perda de peso. Não ganhou peso após parar de fumar. Procurou pneumologista, que lhe prescreveu Moxifloxacina 400mg/dia 10 dias, após diagnóstico de pneumonia, por ausculta pulmonar com estertores finos no 1/3 superior do hemitórax esquerdo e radiografia de tórax com pequena opacidade neste mesmo local. Obteve melhora significativa dos sintomas, porém 01 mês após o término da medicação, voltou a apresentar tosse produtiva e expectoração mucopurulenta. Retornou ao mesmo médico que lhe prescreveu mais 10 dias da mesma medicação, após tomografia computadorizada de tórax (TCT) sugestiva de tuberculose, porém duas baciloscopias e broncoscopia com lavado brônquico, negativas. O paciente melhorou, mas 02 meses após a segunda tomada da Moxifloxacina, voltou a apresentar tosse produtiva mais frequente e hemoptóicos. Utilizou por conta própria a mesma medicação por mais 10 dias, ficando 03 meses, oligossintomático, até que apresentou dois episódios de hemoptise que o levou a procurar outro pneumologista. Foram solicitadas nova TCT e baciloscopias, esclarecendo o diagnóstico. **Resultados:** 1° TCT: pequena opacidade com cavitação em ápice pulmonar esquerdo; duas baciloscopias de escarro negativas; lavado brônquico negativo para BAAR e cultura do lavado negativa para *Mycobacterium tuberculosis*; 2° TCT de tórax: grande cavidade em ápice pulmonar esquerdo e duas baciloscopias positivas. **Conclusão:** com o relato deste caso, os autores reforçam que a escolha de um antibiótico para tratamento de pneumonia, deve ser extremamente criteriosa, uma vez que as quinolonas, sobretudo a moxifloxacina, pode ser capaz de mascarar o diagnóstico de uma tuberculose pulmonar.

P0459 MICOBACTERIOSE FAMILIAR

ELIZABETH CLARA BARROS⁰¹; MARIA ROMI DANTAS CARVALHO⁰²; MARIA EDNA MOURA⁰³; TEREZA CRISTINA JUAÇABA PINHEIRO⁰⁴; CREUSA LIMA CAMPELOS⁰⁵; SHEILA FERREIRA VALE

1.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3,4.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5,6.LABORATÓRIO CENTRAL DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: MICOBACTERIOSE; FAMILIAR; IMUNOSSUPRESSÃO

Introdução: A maioria dos indivíduos imunocompetentes pode se infectar com micobactérias não tuberculosas (MNT) sem desenvolver doença. O surgimento da aids, o aumento da esperança de vida, e o uso de imunossupressores cada vez maior têm propiciado uma maior incidência de doença por essas micobactérias. Raros são os relatos de casos de micobacterioses em pessoas do mesmo domicílio. **Objetivos:** Relatar a ocorrência de micobacteriose pulmonar em marido e esposa concomitante à filha com tuberculose pulmonar. **Métodos:** Revisão de prontuário para o relato dos casos clínicos. As culturas para BK foram realizadas no Laboratório Central do Estado do Ceará em meio de Löwenstein-Jensen seguindo-se de testes bioquímicos para diferenciação entre *Mycobacterium tuberculosis* e MNT. A identificação da espécie foi feita no Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) pelo método do PRA – Análise de restrição de

produto de PCR. Resultados: Paciente 1 (marido)- 55 anos, tabagista e etilista grave, HIV- e com teste tuberculínico (TT) = 3 mm. Fez o primeiro tratamento incompleto para tuberculose (TB) pulmonar em 2001. Em 10-04-2003 foi iniciado novo tratamento para TB pulmonar com Esquema 1 Reforçado (EIR) (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) com BAAR positivo (+) no escarro, recebendo alta curado. Em 09-09-2005 foi iniciado novo tratamento para TB pulmonar com BAAR (+) no escarro sendo posteriormente identificado *Mycobacterium Kansaii* em culturas para BK de março e setembro-2005. A radiografia (Rx) do tórax mostrava destruição do parênquima pulmonar direito e terço médio esquerdo e ele evoluiu para o óbito em 19-11-05. Paciente 2 (esposa)- 56 anos, negava uso de quaisquer drogas, diabética tipo 1 iniciou EI para TB pulmonar com BAAR (+) de 02-09-05 e Rx de tórax normal. Outro escarro de 05-09-05 apresentou BAAR negativo (-) e cultura para BK (+) para MNT (enviada para o CRPHF para tipificação, sem sucesso). Foi mantido o EI, pois ela evoluía bem com culturas para BK (-), tendo sido o esquema estendido para 18 meses pela suspeita de MNT. Em setembro e dezembro de 2008 duas culturas de escarro para BK foram (+) com testes bioquímicos acusando MNT e mais uma vez não foi possível se identificar a espécie. O Rx e a tomografia computadorizada do tórax eram normais, o HIV-, mas, como ela era sintomática respiratória sem resposta à antibióticos e tinha duas culturas (+) para MNT, então foi iniciado esquema com Amicacina, Claritromicina e Etambutol e ela recebeu alta com seis culturas (-) em dezoito meses. Paciente 3 (filha)- 16 anos, hígida, negava uso de quaisquer drogas, iniciou EI em 31-08-05 com sintomas respiratórios persistentes, HIV-, Rx de tórax normal, TT = zero e cultura do escarro (+) para *Mycobacterium tuberculosis*, obtendo cura com seis meses. Conclusão: Os autores chamam atenção para a ocorrência desses dois casos de micobacteriose familiar com um terceiro caso de TB pulmonar em pacientes HIV- sem causa evidente para imunossupressão.

PO460 RENDIMENTO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HUPE- UERJ)

THIAGO THOMAZ MAFORT; TEREZINHA CUNHA VARGAS; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; THIAGO PRUDENTE BARTHOLLO; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA; DOMENICO CAPONE; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; BAAR; CULTURA

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa muito presente em nosso país (36/100 mil habitantes), no Estado (70/100 mil habitantes) e no Município do Rio de Janeiro (96/100 mil). O diagnóstico preciso da TB se baseia na cultura do material e identificação do *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), embora a pesquisa de BAAR e o estudo anatomopatológico aproximem muito o diagnóstico. A cultura em meio de Löwenstein-Jensen (LJ) é muito usada por ser mais econômica, mas como o resultado final só fica disponível em 30 a 40 dias, este método serve mais para confirmar a hipótese diagnóstica. **Objetivos:** 1-Avaliar o rendimento do diagnóstico e tratamento dos pacientes com tuberculose confirmada por cultura para MTB; 2- Analisar o perfil epidemiológico desta população.

Métodos: Estudo de coorte dos anos de 2008 e 2009, de todos os pacientes que concluíram o tratamento de tuberculose confirmada por método de cultura, analisando a procedência dos doentes, sexo, idade, órgão atingido, esquemas terapêuticos utilizados, relação entre culturas positivas e BAAR, efeitos colaterais e desfecho. Foram excluídos para esta análise os casos de tuberculose que não apresentavam cultura positiva para MTB e os pacientes que realizaram tratamento sem confirmação por BAAR ou biópsia. **Resultados:** De 274 casos tratados em nosso ambulatório nos dois anos citados, tivemos 117 pacientes com cultura positiva para MTB e 6 pacientes que apresentaram *Mycobacterium non tuberculosis*. Quarenta e um doentes eram do sexo feminino (39,7 + 13,95 anos) e 76 do sexo masculino (41,2 + 15,4 anos). Quanto à localização da TB tivemos: pulmão 76 casos; pleura 18; linfonodos 11; rim 3; outros 9. Apenas 54 pacientes (46%) eram provenientes do município do Rio de Janeiro. Quatorze doentes (12%) eram HIV positivos, quando adquiriram TB. Os esquemas terapêuticos foram: RIP 71 casos; RIPE 20; REI 11; esquema 3 ou SEO 15. Dezesesseis pacientes (14%) tiveram efeitos colaterais. A cura ocorreu em 79 casos (68%). Vinte (17%) abandonaram o tratamento, 10 (9%) perderam o seguimento clínico, cinco (4%) foram transferidos e dois (2%) faliram. Treze pacientes estavam em uso de imunodepressor e outros nove eram alcoólatras. **Conclusão:** Sessenta e sete casos de TB pulmonar com cultura positiva tiveram BAAR negativo (57,2%). O percentual de cura (68%) é semelhante à do Estado do Rio de Janeiro (68,2%). O número de abandonos (17%) foi maior que o esperado para o Estado (14,2%) e não teve relação com a distância do domicílio do paciente.

PO461 RELATO DE CASO: TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA SOB FORMA DE LESÕES ULCERATIVAS EM PACIENTE DE 62 ANOS COM DPOC ASSOCIADA

LUCAS VITORINO ELIAM1; THALITA DE OLIVEIRA MATOS2; ANDREIA ALVES FERREIRA3; BRUNO PEREIRA RECIPUTTI4; JOAO GABRIEL PICCIRILLI MADEIRAS; LORENA SEABRA FERNANDES6; MARCELO FOUAD RABAH17; GIOVANA DAS GRAÇAS FORTINI MESQUITA8

1,2,3,4,5,6,8. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL; 7. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, GOIANIA, GO, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE ENDOBRÔNQUICA; DPOC; TUBERCULOSE

Introdução: A tuberculose endobrônquica (TBEB) é uma forma incomum de apresentação da tuberculose, que corresponde ao acometimento dos brônquios e/ou traquéia. O quadro clínico geralmente é inespecífico e na maioria das vezes relacionado à forma pulmonar da doença. Relatamos o caso de uma paciente com TBEB que demonstrou lesões ulceradas na broncoscopia, dificultando o diagnóstico. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 62 anos, procedente de Goianésia (GO), com história de asma brônquica na infância e portadora de doença do refluxo gastro-esofágico. Há 8 anos começou a apresentar episódios de tosse persistente com expectoração muco-amarelada, dispnéia e sibilância, sendo na ocasião diagnosticada com bronquiectasia confirmada pela tomografia computadorizada (TC) de tórax. Há aproximadamente 3 meses retorna ao serviço com persistência dos mesmos sintomas, acrescido queixas de inapetência e de infecções respiratória de repetição nos últimos anos. Ao exame físico, notou-se a presença de

estertores grossos e sibilos difusamente à ausculta pulmonar. Iniciado tratamento com quinilona, corticóide oral e fisioterapia, porém evoluiu com agravamento da dispnéia e aumento do volume expectorado. Uma nova TC de tórax evidenciou atelectasia em lobo superior direito mecanismo cicatricial, atelectasia do segmento lateral do lobo médio, câmara laminar de pneumotórax, drícas e císticas com processo inflamatório. Realizada broncoscopia, observou-se lesões ulceradas na parede traqueal e infiltrativas nos brônquios principais com redução na luz e presença de secreção muco-purulenta difusamente. Na análise do lavado bronco-alveolar constatou-se reação inflamatória crônica em vias aéreas inferiores com exsudação neutrofílica e BAAR positivo (+3/+4). E na biópsia endobrônquica, o histopatológico mostrou reação granulomatosa crônica contendo granulomas de células epitelióides e gigantes multinucleadas, com focos de necrose coagulativa, BAAR positivo e ausência de fungos e sinais de malignidade, o que levou ao diagnóstico de TBEB. Iniciado tratamento quimioterápico convencional para tuberculose pulmonar em associação com corticosteróides, apresentando melhora progressiva do quadro. Discussão: A TBEB é uma forma rara em adultos imunocompetentes, estando mais frequentemente relacionada à forma pulmonar primária observada na infância. A TBEB pode ainda simular outras afecções, como asma, carcinoma endobrônquico, sarcoidose, paracoccidiodomicose, tornando o diagnóstico ainda mais difícil e aumentando as chances de estenose traqueobrônquica como seqüela. O diagnóstico é dado especialmente pela TC e pela broncoscopia. De acordo com os achados broncoscópicos as lesões são classificadas em sete subtipos: caseosas ativas; hiperêmicas-edematosas; fibroestenóticas; tumorais; granulares; ulcerativas e bronquíticas inespecíficas. Os estudos demonstraram que as lesões caseosas ativas eram as mais frequentes, enquanto que as lesões ulcerativas mais infrequentes.

P0462 IMPACTO DA QUALIDADE DA AMOSTRA NA BACILOSCOPIA DIRECTA DE EXPECTORACAO, LNRT MOÇAMBIQUE

ESMERALDO TIAGO CAMBONEIA EZEMBRO; KHALID ISSUFO ESMAIL AZAM

INS-LNRT, MAPUTO, MOÇAMBIQUE.

PALAVRAS-CHAVE: QUALIDADE; EXPECTORAÇÃO; BACILOSCOPIA

Moçambique faz parte dos 22 países em vias de desenvolvimento que albergam 80% dos caso de tuberculose, ocupando actualmente o 19º lugar na lista da OMS. O diagnóstico laboratorial da TB é fundamentalmente através da baciloscopia da expectoração pelo método de ziehl-Neelsen, onde a qualidade da amostra desempenha um papel importante na sensibilidade deste método. Com vista a chamar a atenção do pessoal envolvido no diagnóstico laboratorial da TB em Moçambique, realizou-se um estudo no LNRT para avaliar a importância da qualidade da amostra na baciloscopia directa de expectoração para diagnóstico da tuberculose pulmonar. De Junho a Outubro de 2009, foram classificadas macroscopicamente e examinadas 2744 amostras de expectoração provenientes de várias

unidades sanitárias do país. **Resultados:** Das 1633 amostras classificadas como mucóides, 21% tiveram baciloscopia positiva. Das 143 mucopurulentas, 37% foram positivas; das 96 hemoptóicas 15% foram positivas; e das 882 salivas, 10% foram positivas. **Conclusão:** Neste estudo concluiu-se que os cuidados e boas praticas na fase pre-analítica garantem a fiabilidade dos resultados evitando deste modo os falsos positivos ou negativos. As amostras de expectoracoes mais representativas foram as mucupurulentas(37% de positividade).

P0463 EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TUBERCULOSE NO LABORATÓRIO NACIONAL DE REFERÊNCIA DA TUBERCULOSE DE MOÇAMBIQUE, 2005 – 2009

KHALID ISSUFO ESMAIL AZAM; ESMERALDO TIAGO CAMBONEIA EZEMBRO

INS-LNRT, MAPUTO, MOÇAMBIQUE.

PALAVRAS-CHAVE: EVOLUÇÃO; DIAGNÓSTICO; TUBERCULOSE

O Laboratório Nacional de Referência da Tuberculose, localizado em Maputo, recebe amostras provenientes da maioria dos laboratórios de tuberculose de Moçambique, com vista a realizar exames complementares a baciloscopia, como é o caso da cultura e teste de sensibilidade as drogas (TSA). O objectivo deste estudo foi de avaliar a evolução do diagnóstico da tuberculose durante os últimos cinco anos (2005 – 2009). **Métodos:** O estudo é retrospectivo baseado em dados extraídos dos livros de registo e arquivos estatísticos anuais do laboratório, nos quais as baciloscopias, culturas e TSA anuais foram analisados e comparados no MS Excel. **Resultados:** Os Resultados mostraram que o LNRT atendeu: 7.822 Doentes ou suspeitos de TB em 2005, 6.840 em 2006, 9.814 em 2007, 8.140 em 2008 e 8.642 em 2009, respectivamente. Do total de 13.398 baciloscopias realizadas em 2005, 17.74% foram positivas; em 2006 foram realizadas 11.721 baciloscopias, das quais 17.11% foram positivas; em 2007 foram realizadas 12.518 baciloscopias, das quais 19,65% foram positivas; em 2008 foram realizadas 13.979 baciloscopias, das quais 21,46% foram positivas, e em 2009 foram realizadas 13.945 baciloscopias das quais 17,77% foram positivas. Das 4.859 culturas realizadas em 2005, 21,42% foram positivas, com índice de contaminação de 2,99%; em 2006 foram realizadas 4.150 culturas, das quais 26.19% foram positivas, com índice de contaminação de 2,74%; em 2007 foram realizadas 5.596 culturas, das quais 27.41% foram positivas, com índice de contaminação de 2,34%; em 2008 foram realizadas 7.657 culturas, das quais 33.45% foram positivas com índice de contaminação de 1,31%, e em 2009 foram realizadas 13.090 culturas 18,10%, com índice de contaminação de 9,23%. No que concerne aos TSA, em 2005 foram testados 418 culturas de *Mycobacterium tuberculosis* que resultou em 27.51% de resistentes; em 2006 das 289 culturas testadas, 60.89% foram resistentes; em 2007 foram testadas 364 culturas, das quais 54.94% foram resistentes; em 2008, foram submetidos ao TSA 577 culturas, das quais 63.60% foram resistentes, e

2009 submetidos ao TSA 655 culturas, das quais 52,52% foram resistentes a pelo menos uma droga. **CONCLUSÕES:** Concluiu-se que ao longo dos anos houve um aumento de casos de tuberculose acompanhados de aumento de casos de resistência às drogas

P0464 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR COM CULTURA NEGATIVA OU NÃO REALIZADA

THIAGO THOMAZ MAFORT; THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; TEREZINHA CUNHA VARGAS; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; DOMENICO CAPONE; ROGÉRIO RUFINO; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; DIAGNÓSTICO; CULTURA NÃO REALIZADA

Introdução: A tuberculose (TB) tem uma alta incidência em nosso país (36/100 mil habitantes), no Estado (70/100 mil habitantes) e no Município do Rio de Janeiro (96/100 mil). Seu diagnóstico de certeza se baseia na cultura do material e identificação do *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). A cultura em meio de Löwenstein-Jensen (LJ) é o método mais utilizado, mas o resultado final é liberado tardiamente e o tratamento tem que ser iniciado com base no BAAR do escarro – que pode ser negativo em 30 a 40% dos casos – ou no quadro clínico e radiológico. **Objetivos:** Avaliar o rendimento do diagnóstico da tuberculose pulmonar e o tratamento dos pacientes com cultura para MTB negativa ou inexistente e com BAAR positivo ou negativo no escarro. **Métodos:** Estudo de coorte dos anos de 2008 e 2009, de todos os pacientes que fizeram o tratamento de TB pulmonar, não confirmada por método de cultura (negativa para MTB ou não realizada), analisando sexo, idade, esquemas terapêuticos utilizados, relação entre culturas negativas e BAAR e desfecho. Foram excluídos para esta análise os casos de tuberculose que apresentavam cultura positiva para MTB. **Resultados:** De 274 casos tratados em nosso ambulatório nos dois anos citados, 151 tinham cultura negativas para MTB ou não realizadas. Destes, 69 pacientes (45,7%) foram tratados para TB pulmonar. Quarenta e sete casos (68,1%) foram do sexo masculino e 33 pacientes (47,8%) apresentaram BAAR positivo. Nos outros 36 (52,2%), com BAAR negativo, o diagnóstico foi realizado pelo conjunto dos dados clínicos e radiológicos (RX/TC), da resposta ao tratamento no final do segundo mês e pela resolução das variáveis de desfecho clínico e radiológico. Quatro doentes (5,8%) eram HIV positivos. Os esquemas terapêuticos foram: RHZ 51 casos; RHZE 9; RHE 6; SEZE ou SEO 3. A cura ocorreu em 47 casos (68,1%), 12 (17,3%) abandonaram o tratamento, 3 foram transferidos, 2 permaneciam em tratamento. Três casos tinham dados incompletos, houve uma falência de tratamento e um óbito. **Conclusão:** O percentual de cura (68,1%) foi semelhante ao do Estado do Rio de Janeiro (68,2%). O número de abandonos (17,3%) foi maior que o esperado para o Estado (14,2%). O óbito e a falência do tratamento não decorreram de erro diagnóstico. A avaliação criteriosa do quadro clínico e radiológico é importante para o diagnóstico da TB escarro negativo.

P0465 TUBERCULOSE: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NA CIDADE DE ITAPECURU-MIRIM, MARANHÃO

RAPHAEL ROCHA VELOZO; BRUNO ROCHA VELOZO; ALESSANDRA ARAÚJO DE CASTRO; SINARA MARQUES DOS SANTOS; IVO ROBERTO DOS SANTOS CARDOSO; MARIANA FERREIRA MEIRELES; AMÉRICO DE SÁ LIMA; MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA RAMOS COSTA
UFMA, SÃO LUÍS, MA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; EPIDEMIOLOGIA; PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE

Introdução: Embora conhecida desde a Antiguidade, a Tuberculose continua preocupando as autoridades sanitárias até os dias de hoje. Desde 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Tuberculose uma emergência mundial e estima-se que aproximadamente dois milhões de óbitos no mundo anualmente sejam atribuídos à doença. O Estado do Maranhão é considerado hiperendêmico em tuberculose, sendo considerado como um dos estados de prioridade para as ações de controle de agravo pelo Ministério da Saúde desde 1999. **Objetivos:** Estudar os perfis clínico e epidemiológico da Tuberculose em pacientes do Município de Itapecuru-Mirim no Estado do Maranhão. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo da incidência de Tuberculose na população deste município. Foi realizado levantamento de dados a partir do Livro de Registro e Controle de Tratamento dos casos de Tuberculose fornecidos pelo Centro Municipal de Saúde de Itapecuru-Mirim. Foram selecionados todos os pacientes acima de 15 anos com diagnóstico confirmado ou presumido de Tuberculose e atendidos neste município no período de 2001 a 2006. **Resultados:** No período de 2001 a 2006, 132 pacientes maiores de 15 anos foram notificados como portadores de Tuberculose no município de Itapecuru-Mirim – MA. Verificou-se equivalência da doença em ambos os sexos e predomínio em adultos jovens (63%). A incidência foi em média de 44 casos por 100.000 habitantes por ano de estudo. Com relação aos aspectos clínicos, 92% dos doentes apresentaram tuberculose pulmonar, 7% apresentaram tuberculose extra-pulmonar e apenas 1% com forma pulmonar e extra-pulmonar simultaneamente. De todos os casos, a baciloscopia foi realizada em 122 pacientes e apenas 76 destes (62%) apresentaram escarro positivo para BK. O exame radiológico (radiografia simples do tórax) foi empregado em 124 dos 132 enfermos, sendo que 121 casos apresentaram alterações radiológicas sugestivas para a doença e apenas 03 não mostraram nenhuma alteração compatível. Dados importantes sobre a evolução dos casos mostram que 78% do total evoluíram para cura, 7% para óbito e outros 7% abandonaram o tratamento. **Conclusão:** A investigação possibilitou conhecer as características da tuberculose na população estudada, além de avaliar, indiretamente, o serviço de saúde dirigido ao controle da doença em Itapecuru-Mirim, Maranhão. Os resultados mostram que a Tuberculose é uma doença que afeta predominantemente a população economicamente ativa do Município. O número total de casos obtidos durante o estudo revela dados ainda alarmantes para a região e que podem não representar o número real de doentes.

P0466 AVALIAÇÃO DA TUBERCULOSE LATENTE (TBL) EM USUÁRIOS DE BLOQUEADORES DO TNF-ALFA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA

FERNANDO QUEIROZ SINDEAUX DE CASTRO; ALINE MENEZES SAMPAIO; MARINA SILVEIRA MENDES; GABRIELA LIMA SILVEIRA; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; CARLA RENATA BRITO; NARA GRANJA NUNES; GEORGE CAVALCANTE DANTAS

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BLOQUEADORES DO TNF- α DOENÇAS INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS

Introdução: O uso dos bloqueadores do TNF- α no tratamento das doenças inflamatórias crônicas: artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante (ES), doença de Crohn (DC) e psoríase elevou o risco de desenvolvimento das doenças infecciosas entre elas, a tuberculose (TB). As III Diretrizes para Tuberculose, SBPT, 2009 recomenda investigar sintomas sugestivos de TB, coletar dados epidemiológicos, realizar radiografia de tórax e Teste tuberculínico (TT) para avaliação da TB latente (TBL) em pacientes antes do início da terapêutica com agentes anti TNF- α . O diagnóstico da TBL é feito pela positividade do TT ≥ 5 mm associado à exclusão de TB doença, nesses pacientes está indicado o tratamento com isoniazida. **Objetivos:** Avaliar a aderência das recomendações (III Diretrizes) para o rastreio da TBL em usuários de bloqueadores do TNF- α no Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC). **Métodos:** Foi realizado estudo descritivo retrospectivo de prontuários pacientes em uso de bloqueador de TNF- α no período de 2005 a 2010. A análise estatística foi feita com o EpiInfo versão 3.5.1. **Resultados:** Foram revisados 104 prontuários. A distribuição por gênero foi idêntica (52 H e 52 M). A idade média dos pacientes foi 49,8922 anos, sendo que 26% estava na faixa de 50 a 59 anos. Em relação à doença de base, tivemos diagnósticos reumatológicos – artrite reumatóide e espondilite (82,7%), dermatológicos – psoríase (14,4%) e gastroenterológico – doença de Chron (2,9%). Na avaliação clínica, a maioria (88,5%) era de assintomáticos respiratórios. Contato com paciente de TB foi relatado em 5,7% dos indivíduos estudados. Quatro (3,8%) pacientes referiram TB pulmonar tratada. Dos 104 pacientes, 58 (55,8%) fizeram o teste tuberculínico (TT). Desses, 27/58 (46,5%) apresentaram TT ≥ 5 mm e 31/58 (53,4%) tiveram TT < 4 mm. Oitenta e dois (78,84%) pacientes realizaram radiografia de tórax. Desses, a análise radiológica do tórax foi normal em 72 (89,02%) e em 9 (10,97%) foram observadas alterações radiológicas mínimas. O tratamento da TBL com isoniazida foi indicado em 35/104 (33,65%) pacientes do grupo estudado. Dos que fizeram tratamento, 54,81% estavam dentro dos critérios estabelecidos pelas III Diretrizes para TB, SBPT 2009. **Conclusão:** No HUWC, a aderência as recomendações para avaliação da TBL neste grupo de risco foi baixa, principalmente em relação à realização do TT (apenas 55,8% dos pacientes) que define a indicação do tratamento da TBL, o que é preocupante. É necessário implementar medidas para a adoção do protocolo clínico para o rastreio e prevenção da TB doença neste grupo de pacientes, pois a tendência é a expansão do uso de medicações imunobiológicas como os bloqueadores do TNF- α .

P0467 TENDENCIA DA TUBERCULOSE EM IDOSOS – PARANÁ

ANA PAULA FROTA CERVELLI MACHADO¹; MARCIA MERONY CAMARGO PINHEIRO²; BETINA MENDEZ ALCÂNTARA GABARDO³

1.SMS, MORRETES, PR, BRASIL; 2,3.SESA, PARANAGUÁ, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; IDOSOS; PREVALENCIA

Introdução: A tuberculose é uma grave endemia de magnitude mundial, onde um terço desta população está infectada. Estima-se mundialmente de 2002 a 2020 que haja 1 bilhão de infectados, 150 milhões de doentes e 36 milhões de óbito – Cantalice Filho, 2007. Os idosos estão predispostos a reativação endógena, pela extensa exposição temporal numa época de tratamento ineficaz. Em idosos é uma patologia complexa, com comorbidades associadas, que favorecem a letalidade e gravidade. A doença é resultado da recrudescência da infecção latente por longos períodos. A OMS assinala como as principais causas, o advento da AIDS, as desigualdades sociais, o envelhecimento populacional e os grandes movimentos migratórios (WHO, 1980). A incidência começa a se deslocar para os idosos. Entre 1986 - 1996 a proporção de casos em idosos subiu de 10,5% para 12%. A cidade de Morretes, onde foi realizado o estudo, fica no litoral, com extensa área de mata atlântica, tem um movimento migratório pelo turismo e por moradores com empregos temporários fora do município. **Objetivos:** Traçar a tendência da prevalência de tuberculose notificada nos idosos em Morretes. **Métodos:** Estudo epidemiológico, descritivo, tipo levantamento. Usado como fontes de dados para a série histórica, dados da SESA, SINAN, SMS, Morretes, IBGE. População de referência foi a de tuberculose notificada, e a de estudo foi portadores de tuberculose notificada em idosos. **Resultados:** Morretes apresenta uma crescente taxa de coeficiente de incidência (124/100.000) chegando a 5 vezes a média do estado (24/100.000). De 2004 -2009 houve 14% de tuberculose notificada em idosos em Morretes e 9% no Paraná. Já se considerarmos acima de 55 anos, houve 45% em Morretes e 19% estadual. A letalidade encontrada neste período foi de 33,33% para Morretes 3 27,59% no Paraná. Não houve casos de coinfeção TB/HIV. Sugerindo dados subestimados. A razão dos coeficientes de incidência de tuberculose notificada entre Morretes e Paraná é de 5,17. A prevalência da tuberculose é maior em áreas de grande concentração populacional e de precárias condições socioeconômicas e sanitárias. Isto não é a característica de Morretes, não havendo aglomerados populacionais. **Conclusão:** Morretes há um elevado percentual de idosos com tuberculose, alta taxa de letalidade, valores superiores ao estadual. Isto reflete a tendência da prevalência deslocar-se para os idosos. Isto dificulta a redução dos casos, e cria uma condição preocupante para a taxa de resistência, abandonos de tratamento e letalidade elevada. Não há PSF no município, o que torna imperativo uma busca criteriosa dos contatos e dos sintomas respiratórios. Será necessário uma análise mais detalhada das relações sociais e das interações Homem-meio ambiente para tentar elucidar esta magnitude da tuberculose notificada, acima de 56 anos.

PO468 INSERÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM ENFERMARIA DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO CEARÁELIZABETH CLARA BARROSO¹; MARIA CLARA BRASILEIRO BARROSO²¹UNIVERSIDADE DE FORTALEZA E MINISTÉRIO DA SAÚDE, FORTALEZA, CE, BRASIL; ²UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.**PALAVRAS-CHAVE:** TERAPIA OCUPACIONAL; TUBERCULOSE; HOSPITALIZAÇÃO

Introdução: A Tuberculose (TB) é considerada uma doença negligenciada e de alta endemicidade. O adoecimento por TB está relacionado a fatores de risco como: fome, miséria, situação de vulnerabilidade social, consumo de bebidas, drogas ilícitas e baixa escolaridade. A hospitalização está recomendada apenas para os casos mais graves. A Terapia Ocupacional (TO) tem enfoque biopsicossocial. **Objetivos:** Verificar as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes internados na enfermaria de Tuberculose (TB) do Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda a fim de justificar a real necessidade da inserção da Terapia Ocupacional (TO) nesse serviço. **Métodos:** Foi realizado um estudo exploratório-descritivo com análise de prontuários dos pacientes internados no Hospital Dr. João Elísio Holanda, situado em Maracanaú-CE, em março de 2010 para a elaboração do perfil destes pacientes. **Resultados:** Foram analisados 20 prontuários. A média de idade foi 41,1 anos e 65% (14/20) eram do gênero masculino. 55% (11/20) procediam de Fortaleza, 35% (7/20) de Maracanaú e 10% (2/20) de outras cidades do Ceará. 45% (9/20) não tinham escolaridade, 55% (11/20) tinham ensino fundamental incompleto. Entre os que tinham renda (30%-6/20) três eram aposentados e os outros eram: manicure, office boy e agricultor. 60% (12/20) tinham em média 2,4 tratamentos anteriores para TB. Quanto à moradia, 70% (14/20) tinham residência, 20% (4/20) eram moradores de rua, 5% (1/20) residiam em instituição de longa permanência e 5% (1/20) eram presidiários. O tempo de permanência hospitalar foi 40,4 dias. A avaliação dos hábitos revelou 50% (10/20) de estilistas graves, 45% (9/20) de tabagistas e 45% (9/20) de usuários de drogas ilícitas. 30% (6/20) tinham TB multirresistente. Quanto às co-morbidades eles tinham: 55% (11/20), insuficiência respiratória, 20% (4/20), hemoptise recente, 20% (4/20), doenças psiquiátricas, 15% (3/20), câncer, 15% (3/20), TB pleural associada e 30% (6/20) outras co-morbidades. Todos tinham teste anti-HIV negativo. **Conclusão:** O perfil demonstrado estabeleceu que os pacientes se encontravam em situação de vulnerabilidade biopsicossocial e se beneficiariam com os recursos da Terapia Ocupacional.

PO469 PNEUMOMEDIASTINUM COMPLICATING PUL MONARY TUBERCULOSIS WITH DIABETIC KETO CIDOSIS: A CASE REPORTBRUNO MENDONÇA PROTÁSIO; JAMILE ROSÁRIO KALIL; JOÃO GABRIEL ROSA RAMOS; KETTY LISIE LIBARDI LIRA; ALEX TEIXEIRA GUABIRU; OLÍVIA CARLA DANTAS DO BOMFIM; GEÓRGEA HERMÓGENES FERNANDES; THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.**PALAVRAS-CHAVE:** TUBERCULOSE; PNEUMOMEDIASTINUM; DIABETIC KETOACIDOSIS

Introduction: Pneumomediastinum has been described as a rare complication of diabetic ketoacidosis and pulmonary tuberculosis. We describe below a case report of spontaneous pneumomediastinum in a patient with diabetic ketoacidosis

and pulmonary tuberculosis simultaneously. **CASE REPORT:** A 43-year-old man with no known past medical history was admitted in July 2010 at the emergency department of the São Paulo University Hospital (USP) complaining of dyspnea, cough and hemoptysis for 3 months. The patient also reported polyuria and polydipsia in the previous week. The physical examination was normal except for severe dehydration. Initial investigation revealed: haemoglobin 16.1mg/dl; hematocrit 51%, WBC count: 22.100 cell/mm³; blood glucose level 695 mg/dl; blood urea nitrogen concentration, 39 mg/dl, serum creatinine value, 1.4 mg/dl, serum sodium 108mmol/L (sodium corrected for glucose levels: 118mmol/L); serum potassium 6.5mmol/L. Urinalysis revealed 4500 leucocytes/ml, 19500 red blood cells/ml and ketonuria, "1+/4+". Venous blood gas analysis revealed a pH of 7.05, a bicarbonate of 8.0 mEq and a base deficit of 22.1. Measured glycated haemoglobin was 13.9%. Anti-HIV (ELISA) was negative. Chest radiography demonstrated a cavitation in the right middle lobe, associated with evidence of pneumomediastinum. Computed tomography of the thorax was performed, which confirmed the presence of pneumomediastinum associated with soft tissue emphysema in the neck. CT also showed the presence of a cavitation in the upper lower lobe of the right lung, measuring 4.7 x 3.0 cm, with multiple ill-defined opacities and areas of ground glass attenuation in right lower lobe. Diagnosis of probable decompensated type-1 diabetes mellitus presenting as diabetic ketoacidosis (DKA) due to pulmonary tuberculosis was made and the patient was treated for DKA with aggressive hydration and insulin therapy. Acid-fast bacilli were later demonstrated in the sputum (2+4+) in two consecutive samples and anti-tuberculosis drugs were introduced following clinical improvement. Surgical consultation advised a conservative approach for the pneumomediastinum. Follow-up chest x-ray, performed four days later, showed spontaneous resolution of the pneumomediastinum. The patient demonstrated a rapid response to the treatment, with clinical improvement and complete resolution of the ketoacidosis and was discharged on the twelfth day of hospitalization, with outpatient follow-up, in use of anti-tuberculosis drugs and daily doses of insulin. **Discussion/Conclusion:** Pneumomediastinum is a rare complication of pulmonary tuberculosis and diabetic ketoacidosis. The clinical presentation of mediastinal emphysema associated with these two diseases may be variable and therefore clinicians should be alert to this diagnosis. Although pneumomediastinum may be associated with important pathologies and life-threatening complications, most cases follow a benign course and should be treated conservatively.

PO470 TUBERCULOSE GENITAL EM PACIENTE MENO-PAUSADA: RELATO DE DOIS CASOS

MARINA SILVEIRA MENDES; CARLA RENATA BRITO; GABRIELA LIMA SILVEIRA; SAMUEL XIMENES FEIJÃO; DAVID ANTÔNIO CAMELO CID; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; FRANCISCO DA CHAGAS MEDEIROS; FERNANDO QUEIROZ SINDEAUX DE CASTRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; GENITAL; EXTRA-PULMONAR

Introdução: A tuberculose genital é uma das várias formas de apresentação da tuberculose e, em geral, se apresenta de forma secundária à doença pulmonar. Estima-se que 5% a 13% das pacientes com tuberculose pulmonar desenvolvem

tuberculose no trato genital. As trompas de Falópio são mais comumente afetadas (90%), seguido pelo endométrio (50%), e os ovários (10% a 30%). A tuberculose cervicovaginal é rara, representa 3% dos casos de tuberculose genital, com poucos casos relatados no Brasil. A forma pelviperitoneal pode ser confundida com carcinoma avançado do ovário, porque apresenta-se com sinais e sintomas inespecíficos, tais como dor pélvica, massa anexial comumente associado com ascite e CA-125 elevado. Existem poucos casos relatados em mulheres na pós-menopausa na literatura. **Objetivos:** Relatar dois casos de tuberculose extrapulmonar genital em pacientes menopausadas atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza-CE. **Métodos:** Descrição clínico-laboratorial, de imagem e anatomo-patológica dos casos analisados. **Resultados:** Caso 1. Paciente do sexo feminino, 70 anos, menopausada, procurou atendimento médico com queixa de corrimento vaginal fétido que evoluiu para um sangramento vaginal sanioso constante, de moderada quantidade, iniciado há quatro meses. O exame ginecológico mostrou uma lesão ulcerada de cerca de 1 cm de diâmetro com bordas elevadas e fundo avermelhado localizada no lábio anterior do colo do útero, com sangramento ativo. O diagnóstico foi confirmado através da biópsia da lesão, que revelou várias células epitelióides e granulomas com células gigantes de Langhans. A radiografia de tórax revelou infiltrado do tipo intersticial e cavidade apical no lobo superior do pulmão direito, sugestivo de tuberculose pulmonar ativa. Caso 2. Paciente do sexo feminino, 58 anos, menopausada, procurou atendimento médico com queixa de desconforto abdominal há cinco meses, associado a um aumento de volume abdominal, astenia, náuseas, vômitos e perda de peso (12kg). A video-histeroscopia mostrou distorções da superfície endometrial, por projeções polipóides amareladas, com presença de material de aspecto sugestivo de degeneração caseosa. O diagnóstico foi confirmado através da bacterioscopia direta positiva para BAAR e cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. na secreção endometrial. Nos dois casos, houve melhora clínica após o tratamento para tuberculose. **Conclusão:** A tuberculose genital é uma das várias formas de apresentação da tuberculose e deve ser considerada no diagnóstico diferencial das doenças genitais, apesar de sua raridade. Importante lembrar que em geral, se apresenta de forma secundária à doença pulmonar.

P0471 TUBERCULOSE DE TIREÓIDE: Um RELATO DE CASO.

FLAVIA DE SOUZA MATOS; ADRIANA RODRIGUES BARRETTO; JOSÉ MARIA DE CASTRO ABREU JUNIOR
HUJBB/UFPa, BELÉM, PA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR; TIREÓIDE; RELATO

Introdução: A tuberculose de tireóide é uma condição clínica muito rara, mesmo em países com alta prevalência de tuberculose, com uma incidência estimada de 0,1 % ao ano. Somado a isso, os sintomas inespecíficos e os achados laboratoriais pobres são responsáveis por atrasos no diagnóstico correto e aumento de morbidade e mortalidade dos pacientes acometidos. **Objetivos:** Realizar estudo de caso de um paciente com diagnóstico de Tuberculose de tireóide. **Materiais e Métodos:** Realizou-se estudo tipo relato de caso, baseado em anamnese do paciente e coleta de dados do prontuário. **Resultados:** MRB, 28 anos, sexo masculino, pardo, solteiro, ajudante de pedreiro, procedente

de Abaetetuba-PA. Relata história de surgimento de bócio de crescimento rápido em novembro de 2008, sem sintomas de tireotoxicose, que por surgimento de sintomas compressivos, necessitou tratamento com tireoidectomia subtotal em janeiro de 2009 em outro serviço, na ocasião, o estudo histopatológico sugeriu processo inflamatório inespecífico. Procurou o serviço de Pneumologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto em abril de 2009 com queixa de tosse produtiva há 8 meses, dor em hemitórax direito tipo pleurítica e febre alta há 3 dias. Foi internado com suspeita de abscesso pulmonar. Durante a internação, observou-se nodulação em topografia de tireóide que evoluiu com fístula que drenava secreção de aspecto purulento. Houveram três baciloscopias negativas, mas cultura para BK em lavado broncoalveolar positiva, sendo iniciado esquema 1 para tuberculose pulmonar. Foi solicitada a realização de revisão de lâmina da peça da tireóide, a qual evidenciou necrose de aspecto caseoso e infiltrado linfomononuclear permeado por células gigantes multinucleadas esboçando granulomas, sem achado de micobactérias no material, mas pelas características histológicas e confirmação de tuberculose em sítio pulmonar fechou-se o diagnóstico de tuberculose de tireóide. Após a instituição do tratamento específico o paciente apresentou melhora progressiva e significativa do quadro clínico. Mantém seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Apesar de tratar-se de entidade clínica de apresentação rara é importante incluir a tuberculose de tireóide no diagnóstico diferencial de nódulos tireoideanos, especialmente os de crescimento rápido e que fistulizam.

P0472 ANÁLISE DO IMPACTO PSICOLÓGICO DO PACIENTE AO SABER QUE ESTÁ COM TUBERCULOSE

HELIO RIBEIRO SIQUEIRA1; ELIZABETH TRINDADE ANDRADE2; ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO3; RITA CASSIA MIRANDA MOTTA4; DOMENICO CAPONE5; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG6; TEREZINHA CUNHA VARGAS7; THIAGO THOMAZ MAFORT8

1,3,5,6,7,8.SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2.SERVIÇO DE PSICOLOGIA MÉDICA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 4.HOSPITAL RAFAEL DE PAULA SOUZA, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; IMPACTO PSICOLÓGICO; DIAGNÓSTICO

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença grave, que pode levar à destruição do órgão afetado, à morte e à transmissão para pessoas próximas se a forma for pulmonar. Esta enfermidade guarda, no inconsciente coletivo, os estigmas de morte, longo período de tratamento, separação dos familiares e rejeição da sociedade por medo de contágio. O paciente, já com sintomas clínicos importantes, quando recebe o diagnóstico da doença, tem possivelmente um grande trauma psicológico que pode subverter toda a sua vida. **Objetivos:** Avaliar, nos pacientes do ambulatório de TB do H.U. Pedro Ernesto – UERJ, o impacto psicológico sentido pelo doente e como este conhecimento pode ajudar a aliviar o sofrimento psicológico, melhorar a relação médico-paciente, favorecer a aderência ao tratamento e aumentar o índice de cura. **Métodos:** A pesquisa ocorreu em um período de 13 meses. Foram entrevistados, por uma psicóloga, 105 pacientes com diagnóstico de TB e tratamento iniciado há pelo menos um mês. As entrevistas foram realizadas com base em um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas, permitindo fluidez da conversa e observação das reações dos pacientes. **Resultados:** Dos 105 pacientes, 92

responderam à pesquisa e seguiram o tratamento (grupo 1). Um segundo grupo de 13 doentes abandonou o tratamento em período variável após a entrevista e será analisado separadamente. No grupo 1 havia 44 mulheres (mediana 24 anos) e 48 homens (mediana 35anos) e predominavam pessoas com baixa escolaridade (34). As bebidas alcoólicas eram consumidas por 14 doentes, drogas ilícitas por 8 e havia 14 casos de HIV (+). No segundo grupo havia 5 mulheres e 8 homens. As pessoas com baixa escolaridade eram 4 e os desempregados 7. Drogas ilícitas eram usadas por 2 casos, o alcoolismo ocorria em 5 e havia 3 casos de HIV (+). O Quadro 1 mostra os sentimentos mais comuns relatados pelos doentes. **Conclusão:** A análise do impacto psicológico, sentido pelos pacientes, mostra a necessidade de um psicólogo na equipe de saúde para aliviar o doente em relação às suas dúvidas, angústias e medos iniciais, melhora a relação do mesmo com o Serviço e ajuda a aderência ao tratamento. É curioso que, em seis casos, o diagnóstico de TB trouxe alívio aos doentes que acreditavam estar com câncer. Em relação aos casos de abandono, nota-se o maior uso de drogas, a pouca escolaridade, o desemprego e a as profissões de baixa escolaridade. O médico com TB também sofre um forte impacto, como relata uma das autoras, que atendia doentes multirresistentes (MR) e se viu com TB. Sua angústia só melhorou quando soube que não era MR, mas depois de curada não teve mais como voltar a trabalhar com TB.

Quadro 1. Sentimentos mais comuns relatados pelos doentes

Nervosismo: 7	Tristeza: 30	Susto: 7	Preocupação: 15
Depressão: 8	Pavor: 3	Angústia: 5	Medo da morte: 15
Ansiedade: 4	Medo: 2	Rejeição: 2	Alívio por medo de neoplasia: 6

PO473 CARACTERÍSTICAS DOS PORTADORES DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE QUE EVOLUÍRAM PARA O ÓBITO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO CEARÁ DE 2000 A 2008

ELIZABETH CLARA BARROSO1; TÂNIA REGINA BRIGIDO DE OLIVEIRA2; MARIA ROMI DANTAS CARVALHO3; MARIA EDNA MOURA4; CARLA BRÍGIDO OLIVEIRAS

1.UNIVERSIDADE DE FORTALEZA E SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3,4.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MULTIRRESISTENTE; ÓBITO

Introdução: A Tuberculose Multirresistente (TBMR) é uma ameaça ao controle da tuberculose mundialmente. Seu tratamento é dispendioso, muito prolongado e tem eficácia inferior ao tratamento básico, resultando em elevadas taxas de falência e óbito. **Objetivos:** Identificar as características relacionadas aos óbitos em pacientes registrados no serviço de tisiologia do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes referência para TBMR no estado do Ceará, no período de 2000 a 2008. **Métodos:** Considerou-se TBMR o portador de bacilo resistente a pelo menos rifampicina e isoniazida detectado em teste de sensibilidade (TS) realizado pelo método das proporções em meio de cultura de Löwenstein Jensen no Laboratório Central do Estado de Ceará (LACEN) ou falência ao Esquema III preconizado, à época, pelo

Ministério da Saúde. Foi realizado um estudo exploratório descritivo através da análise de prontuários. **Resultados:** Foram registrados no período 124 pacientes com TBMR. Destes 53,2% (66/124) obtiveram cura, 23,4% (29/124) evoluíram para falência, 17,7% (22/124) foram ao óbito e 5,7% (7/124) abandonaram o tratamento. Dos 22 óbitos, 54,5% (12/22) eram do gênero masculino com média de idade igual a 40,4 anos, variando de 19 a 60. 40,9% (9/22) eram tabagistas, 18,2% (4/22) eram etilistas graves e 13,6% (3/22) eram drogaditos. Quanto ao quadro radiológico, 100% tinham formas cavitárias, sendo 86,4 % (19/22) do tipo cavitário bilateral e 13,6% (3/22) cavitário unilateral. Encontrou-se que a média dos períodos entre o primeiro tratamento para TB e o primeiro para TBMR foi de 5,6 anos, variando de zero a 26 anos. O número de tratamentos anteriores ao da TBMR foi em média quatro, variando de dois a nove (por abandono, falência ou recidiva). A média de tempo entre a data da coleta do material para cultura para BK com TS e o início do tratamento para TBMR foi 6,9 meses. A média do período entre o início desse tratamento e o óbito foi 2,2 anos. Verificando os motivos dos óbitos encontrou-se 13,7 % (3/22) não relacionados à TB (dois óbitos por choque séptico e um por acidente vascular encefálico) e 83,4 % (19/22) relacionados à TB. Destes, 63,1% (12/19) por insuficiência respiratória crônica dependente de oxigenoterapia, 10,5% (2/19) por hemoptise fulminante e 26,4% (5/19) por outras causas relacionadas à doença. **Conclusão:** As características mais fortemente associadas aos óbitos foram as cavidades pulmonares especialmente as bilaterais o que pode ser consequência do número de tratamentos anteriores e do atraso no início dos tratamentos, refletido pelo tempo decorrido entre a coleta de material e o diagnóstico de TBMR, e, entre o diagnóstico e o início do tratamento, 6,9 meses, o dobro do tempo máximo para a realização do TS (três meses). Isto está de acordo com o alto índice encontrado de óbitos por insuficiência respiratória crônica. Chama-se atenção, ainda, para a faixa etária em que estes óbitos ocorrem.

PO474 COMPLICAÇÕES DA VACINAÇÃO POR BCG EM ADULTO

FAUSTO MORABITO; DAVID LOPES LIMA CAVALCANTI COELHO; ELIAS JOSÉ GONÇALVES; THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES

DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA, INSTITUTO DO CORAÇÃO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; BCG; ADENITE

Introdução: A vacina BCG é derivada de uma cepa viva de *Mycobacterium bovis*, considerada uma vacina segura, porém algumas reações ocorridas após a vacinação são descritas na literatura. Em adultos, a vacinação com BCG está indicada apenas em contatos de hanseníase multibacilar. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 41 anos, vacinada em maio 2008 com BCG, devido ao contato domiciliar com hanseníase virshoviana. Evoluiu com hiperemia local, vesiculações, seguido de ulceração e linfonodomegalia axilar direita. Foi introduzido isoniazida 400mg/dia com melhor clínica

inicial. Após dois meses ocorreu recrudescimento das lesões, associado a edema de membro superior direito, foi realizado exame histológico da lesão que demonstrou presença de um processo inflamatório crônico granulomatoso e iniciado tratamento com drogas anti-tuberculosáticas por seis meses. Após o final do tratamento, novo aumento linfonodal axilar direito com sinais flogísticos exuberantes foi observado. Realizado exérese do linfonodo com anátomo patológico demonstrando presença de material necrótico e pesquisa de BAAR negativa. Devido à presença de sintomas constitucionais, de lesão cutânea em cicatriz cirúrgica e mama direita, optou-se por iniciar novo esquema para tuberculose. Paciente evoluiu com melhora clínica e involução das lesões, encontra-se em seguimento clínico sem uso de medicação específica. Conclusão: Apesar de vacinação com BCG ser utilizada há vários anos, com baixa incidência de complicações. Reações adversas são relatadas principalmente em crianças e portadores de deficiências imunológicas.

PO475 ANÁLISE DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CANDIDATOS AO USO DO BLOQUEADOR DO TNF-ALFA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA COMO SUBSÍDIO À AVALIAÇÃO DA TUBERCULOSE LATENTE (TBL)

FERNANDO QUEIROZ SINDEAUX DE CASTRO; ALINE MENEZES SAMPAIO; MARINA SILVEIRA MENDES; GABRIELA LIMA SILVEIRA; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; CARLA RENATA BRITO; KARINE PASCHOAL BOTELHO; RAFAEL DA SILVA HOLANDA

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: BLOQUEADORES DO TNF- α TUBERCULOSE LATENTE

Introdução: A terapia com bloqueadores do TNF- α é considerada extremamente eficaz no tratamento de processos inflamatórios crônicos, como na artrite reumatóide, espondilite anquilosante, doença de Crohn, psoríase, etc.. No entanto, a elevação do risco de complicações infecciosas, particularmente a tuberculose, tem sido descrita. O risco de adoecimento por TB em usuários de bloqueadores de TNF pode aumentar quando associado ao uso de imunossupressores, à idade avançada, à presença de co-morbidades (diabetes mellitus, doenças renais, câncer). Conhecer o perfil desses pacientes é importante para a decisão de tratamento e para o manejo terapêutico durante o uso de isoniazida. **Objetivos:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em tratamento com bloqueadores do TNF- α , em Hospital Universitário. **Métodos:** Foi realizado estudo descritivo retrospectivo de prontuários de pacientes em uso de bloqueador de TNF-alfa no Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC/UFC) no período de 2005 a 2010. A análise estatística foi feita com o EpiInfo versão 3.5.1.. **Resultados:** Foram avaliados 104 prontuários de pacientes em uso de bloqueadores do TNF- α inscritos em ambulatórios especializados do HUWC/UFC, dos quais metade (52/104) era do sexo feminino. A idade média foi de 49,8922 anos, 45,2% (47/104) tinha entre 40 a 59 anos. 27,9% (29/104) estava abaixo dos 40 anos e 25% (26/104) acima dos 60 anos. Não havia informação de idade em 2 prontuários. Em relação à doença de base, observou-se

a seguinte distribuição: artrite reumatóide e espondilite (82,7%), psoríase (14,4%) e doença de Chron (2,9%). Em relação a co-morbidades, 20,2% (21/104) apresentaram apenas uma e 32,7% (34) apresentaram duas ou mais co-morbidades. As mais referidas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e osteoporose. 47,1% (49) dos pacientes não referiram nenhuma co-morbidade. Quanto ao uso de imunossupressores em geral, 59 (56,7%) pacientes faziam uso de prednisona e 69 (66,3%) de metotrexato. Seis (5,8%) pacientes relatam contato anterior com pacientes com TB e quatro (3,8%) referiram tratamento prévio para TB pulmonar. Sobre a vacinação contra tuberculose, 3 (2,9%) pacientes não referiram cicatriz da vacina, 2 (1,9%) relataram ter cicatriz e sobre 99 (95,2%) pacientes não se teve informação. O histórico de tabagismo e de etilismo ocorreu em 1,92% e 0,96% dos pacientes respectivamente. A maioria (88,5%) era de assintomáticos respiratórios. Dos 58 (55,8%) pacientes que fizeram o teste tuberculínico (TT), 46, 5% (27) apresentaram TT $\geq$ 5mm e 53,4% (31) tiveram TT $\leq$ 4mm, sendo de 3,56mm a média do TT. Oitenta e dois (78,84%) pacientes realizaram radiografia de tórax, sendo observadas alterações radiológicas mínimas em 9 (10,97%) desses pacientes. **Conclusão:** A determinação do perfil do paciente candidato ao uso de medicamento anti-TNF é importante para a avaliação do risco de adoecimento por TB e para o manejo terapêutico durante o uso de isoniazida.

PO476 PERFIL DA FARMACORRESISTÊNCIA NOS PORTADORES DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE DO ESTADO DA PARAÍBA, 2002 -2009.

GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA¹; VANESSA LUNA ARAÚJO TEOTONIO²; GEORGIA FREIRE PAIVA WINKELER³; ALECSANDRA BEZERRA MONTEIRO DE OLIVEIRA⁴; DINALVA SOARES LIMA⁵; ITATHIANA MARIA CUNHA BENTO DA SILVA⁶

^{1,2,3,4}HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; ⁵SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL; ⁶UFPB, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; RESISTÊNCIA; PARAIBA

Introdução: A incidência da Tuberculose (TB), alcançou o pico máximo no ano de 2004 seguido de uma queda lenta, com observação de cura aproximada de 85% dos casos em que adotaram a Estratégia de Tratamento diretamente Observado(DOTS). O Brasil está entre os 23 países responsáveis por 80% da carga de TB no mundo, com 90.000 mil novos casos/ano. Infelizmente, os dados bacteriológicos sobre Tuberculose Multirresistente são mais escassos, devido a poucos laboratórios capazes de realizar Culturas e testes de sensibilidades aos tuberculostáticos. O banco de dados da vigilância epidemiológica de tuberculose multirresistente (TBMR) demonstra que, entre 2000 a 2009, foram notificados 3.414 novos casos no Brasil. Em 96% dos casos, a resistência foi adquirida após realização de 2,8 tratamentos prévios em média. **Objetivos:** O objetivo principal foi identificar o perfil de Resistência aos tuberculostáticos do *Mycobacterium tuberculosis* isolado na Cultura do escarro em meio de Lowenstein-Jensen(LJ), dos pacientes com TBMR assistidos no Hospital Clementino Fraga em João Pessoa Paraíba, no período de janeiro 2002 a julho 2009. **Métodos:** Foi realizada a análise detalhada de quarenta prontuários dos pacientes portadores de Tuberculose Multirresistente(TBMR) assistidos no ambulatório do Hospital de Referência Clementino Fraga, em João Pessoa-PB, nos períodos de Março de 2002 até

dezembro de 2009, além do acesso da validação dos casos, por meio da internet ao Banco de dados da Vigilância Epidemiológica de TBMR do Centro de Referência Professor Hélio Fraga -RJ. Foram analisadas os resultados das Culturas de escarro realizadas em meio LJ pelo Laboratório Central da Paraíba com os respectivos testes de sensibilidade. Resultados: O estudo realizado por meio da análise de Quarenta prontuários dos pacientes com Tuberculose Multirresistente, além, da análise do banco de dados da Vigilância Epidemiológica de TBMR. Os quarenta pacientes realizaram cultura do escarro e teste de Sensibilidade, semeados em meio de LJ. O perfil de resistência aos fármacos encontrado foi o seguinte: Rifampicina/Isoniazida (5%), Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida (12,5%), Rifampicina/Isoniazida/Etambutol(5%),Rifampicina/Isoniazida/Etonamida(5%),Rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol (5,9%). Conclusão: Evitar a seleção de resistência é a maior meta no controle da tuberculose. A detecção precoce de TBMR através de cultura para BK e teste de sensibilidade é uma importante medida na vigilância epidemiológica para alcançar esse objetivo. O estudo caracteriza o perfil da farmacoresistência da TBMR na Paraíba. Sua importância traduz-se na implementação de novas estratégias e políticas públicas de saúde auxiliares à DOTS, visando controle mais eficaz da doença.

PO477 SITUAÇÃO DIAGNÓSTICO-TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE PULMONAR EM UMA UNIDADE SANITÁRIA REFERÊNCIA PARA A DOENÇA EM PORTO ALEGRE-RS.

VERONICA DA SILVA PAIVA1; JOSÉ DA SILVA MOREIRA2; MARISA PEREIRA3

1.FACULDADE DA SERRA GAÚCHA, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL;
2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DIAGNÓSTICO; TUBERCULOSE PULMONAR; EPIDEMIOLOGIA
A Tuberculose pulmonar tem diagnóstico preciso, tratamento efetivo em condições ideais. Todavia, diversos problemas podem ocorrer na condução rotineira dos casos. Objetivos: Estudar pacientes com o diagnóstico de tuberculose pulmonar, tratados em uma Unidade Sanitária em Porto Alegre (RS), relacionando os desfechos com a situação bacteriológica inicial (bacilíferos/não-bacilíferos), dados demográficos, HIV-Tb, e alcoolismo. Métodos: De junho de 2005 a junho de 2007, foram analisados em prontuários (SINAN-TB) de pacientes com o diagnóstico de tuberculose pulmonar (TBp), tratados principalmente com Rifampicina, Hidrazida e Pirazinamida (RHZ). Casos extrapulmonares da doença, mudança de diagnóstico, transferência, e com dados incompletos, foram excluídos. Consideraram-se os desfechos como “cura” e “não cura” (esta por abandono ou óbito). Resultados: De 292 casos de tuberculose, em geral, 117 (40,0%) tinham formas extrapulmonares, e 175 (60,0%) forma pulmonar, 131 (74,8%) dos quais microbiologicamente confirmados (123 por bacterioscopia, 8 por cultura do escarro), e 44 (25,2%) sem confirmação. Dos 175 pacientes com TB, 60,0% eram homens, 69,0% de cor branca, 84,0% com idade entre 20 e 59 anos, e 61,1% com escolaridade de 1º e 2º graus; 16,6% eram alcoolistas, e de 166 que foram testados, 42,7% eram HIV+. “Cura” ocorreu em 133 (76,0%) pacientes, 95 (71,4%) dos quais haviam tido

confirmação bacteriológica. “Não cura” verificou-se em 42 (24,0%) pacientes, 37 deles por abandono do tratamento (33 dos quais, sendo de casos microbiologicamente confirmados: 21,1% de 131). Conclusão: A maioria dos casos de tuberculose diagnosticados e tratados no período 2005-2007 foram de TB. Predominaram os casos de “cura” (76,0%). “Não cura” associou-se significativamente com a presença de HIV+ ($X^2=30$ $P \leq 0,001$) e com os níveis mais baixos de escolaridade ($X^2 = 21,18$ $P < 0,001$). Condição bacteriológica inicial, sexo, faixas etárias e hábito alcoólico não se revelaram significativamente relacionados com os desfechos.

PO478 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO CEARÁ NO PERÍODO DE 2000 A 2008.

ELIZABETH CLARA BARROSO1; CAMILLA MARIA VASCONCELOS RIBEIRO2; SÂMIA MAGALHÃES CARVALHO3; LUIZA SOUSA GOMES XAVIER4; ROMANA CATARINA MAIA MONTEIRO5

1.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, MINISTÉRIO DA SAÚDE E UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL;
2,3,4,5.UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MULTIRRESISTÊNCIA; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica que acomete principalmente regiões sócio-economicamente mais frágeis e a TB multirresistente (TBMR) é um óbice para o controle da TB. Objetivos: Determinar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de TBMR no Estado do Ceará para que se possa auxiliar os órgãos competentes na elaboração de ações em saúde que visem o controle da TB no Brasil. Métodos: Foi realizado um estudo exploratório-descritivo com análise dos dados de todos os pacientes cadastrados no Sistema de Vigilância Epidemiológica para TBMR e residentes no Ceará, no período de 2000 a 2008. Considerou-se TBMR o portador de bacilo resistente a pelo menos rifampicina + isoniazida (R+H) detectado em teste de sensibilidade (TS) realizado pelo método das proporções em meio de cultura de Löwenstein Jensen. Resultados: O total de casos de TBMR notificados no Estado no período foi 204. Desses pacientes, 54,4% (111) eram do sexo masculino. 65,7% dos notificados (134) eram procedentes de Fortaleza (Capital do Estado), 16,2% (33) de Maracanaú e 18,1% (37) de outros municípios do Ceará. 71,5% deles estavam na faixa etária de 25-54 anos e 63,3% (129) tinham escolaridade menor que 3 anos de estudo. Quanto à ocupação: 11,3% (23) eram donas de casa, 10,8% (22) eram desempregados, 8,3% (17) eram profissionais autônomos ou assalariados, 2,9% (6) eram aposentados e 66,7% (136) se enquadravam noutras categorias. Um total de 70% dos bacilos isolados eram resistente a três (R+H e outra droga) ou mais drogas. Investigou-se o local de contágio em 188 pacientes, sendo a maioria desconhecido 63,8% (120/188), porém, 32,4% (61/188) afirmaram provável contágio intradomiciliar. Todos os pacientes apresentavam TB pulmonar e a radiografia de tórax evidenciou acometimento bilateral cavitário em 70,6%. Eram alcoolistas 11,8% (24) e 3,4% (7) eram usuários de drogas ilícitas. Todos foram submetidos à sorologia anti-HIV e dois foram positivos. Dos casos novos notificados, no período, 6,4% (13) haviam realizado um tratamento prévio para TB; 24,5% (50) dois tratamentos; 67,7% (138) três ou mais tratamentos e 1,5% (3) não

informaram. Em relação ao desfecho: 54,4% (111) obtiveram alta por cura, 16,7% (34) evoluíram para óbito por TB, 2% (4) tiveram óbito por outra causa, 18,6% (38) apresentaram falência, 5,9% (12) abandonaram o tratamento, 0,5% (1) foi transferido para outra unidade da federação e 1,5% (3) estão em tratamento favorável. Conclusão: Predominaram, neste estudo, adultos jovens do sexo masculino com baixa escolaridade e vivendo em más condições sócio-econômicas. Além disso, as altas taxas de contágio intradomiciliar e de desfecho desfavorável da doença reforçam a relevância da formulação de novas ações em saúde que visem, através de um trabalho multidisciplinar intervir no processo saúde/doença aumentando a adesão ao tratamento, diminuindo a multidrogarresistência e aumentando as taxas de cura.

P0479 ANÁLISE DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HUPE- UERJ)

THIAGO THOMAZ MAFORT; HELIO RIBEIRO SIQUEIRA; DOMENICO CAPONE; TEREZINHA CUNHA VARGAS; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; THIAGO PRUDENTE BARTHOLLO; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA
DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR; TUBERCULOSE PLEURAL

Introdução: A tuberculose (TB) tem uma alta incidência em nosso país (36/100 mil habitantes), no Estado (70/100 mil habitantes) e no Município do Rio de Janeiro (96/100 mil). Em pessoas adultas ela é mais comum no pulmão (90% dos casos), mas pode ocorrer em qualquer outro órgão. A localização extrapulmonar (EP) está mais associada à infecção pelo HIV. **Objetivos:** Identificar as localizações mais frequentes de TB EP; desfechos do tratamento e a associação com o HIV. **Métodos:** Estudo de longitudinal dos pacientes com TB EP em acompanhamento no ambulatório de TB do Hospital Universitário Pedro Ernesto durante o período de 2008 a 2010. **Resultados:** Dos 274 casos de TB, 129 (47%) tiveram doença EP. Destes, eliminamos 11 pacientes da análise por apresentarem dados incompletos. A TB pleural foi a forma EP mais comum, tendo sido observada em 68 casos. O diagnóstico foi realizado por cultura positiva (C(+)) para Bacilos de Koch (BK) no líquido pleural e na biópsia em 17 pacientes e havia lesão granulomatosa em 50. A cura ocorreu em 38 pacientes. Houve 13 casos de abandono de tratamento, 2 falências e 6 transferências para outras instituições. Três pacientes ainda estão em tratamento e falta informação sobre a evolução em 6. Dentre os 68 pacientes com TB pleural, 4 (6%) tinham HIV (+). A TB ganglionar foi diagnosticada em 16 casos. Um paciente, que apresentou doença ganglionar mediastinal e HIV (-), foi tratado sem confirmação bacteriológica, tendo evoluído com cura. Nos demais houve confirmação diagnóstica através de C(+) e/ou biópsia. Ao todo 10 casos evoluíram com cura. Observamos a ocorrência de falência em um caso HIV (+) e 5 pacientes abandonaram o tratamento. Dos 16 pacientes com TB ganglionar, 5 (31,2%) apresentaram HIV (+). Os demais 34 pacientes com TB EP tinham doença cutânea (8), renal (5), disseminada (5), articular (4), óssea (3), intestinal (2), peritoneal (2), perianal (2), pericárdica (2) e laringea (1). O diagnóstico foi alcançado pela concomitância

de TB pulmonar (TB disseminada, de laringe, perianal) ou por biópsias realizadas durante acompanhamento nas especialidades clínicas do HU. Posteriormente, todos os 34 pacientes foram referenciados para acompanhamento no ambulatório de tuberculose. Observamos a evolução para cura em 28 pacientes. Um paciente solicitou transferência para outra unidade e outros 5 apresentaram abandono. Neste grupo, a sorologia para HIV foi positiva em 3 casos (8,8%). Conclusão: O derrame pleural foi a manifestação extrapulmonar mais frequente da TB, mas ainda de difícil diagnóstico. O acometimento ganglionar é comum nos casos de HIV (+).

P0480 PERFIL CLÍNICO RADIOLÓGICO FUNCIONAL DE PACIENTES COM SINTOMAS DE ASMA APÓS TUBERCULOSE

ROBERTA FITTIPALDI PALAZZO1; RONALDO NASCENTES DA SILVA2; MARCUS BARRETO CONDE3; LUANA DE SOUZA ANDRADE4; ROGÉRIO VILELA RODRIGUES5

1,2,3,4,5. *INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 5. INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.*

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; ASMA; SEQUELA

Introdução: A Tuberculose (TB) pulmonar causa alterações nas vias aéreas que podem estar associadas ao aumento da resistência ao fluxo aéreo expiratório e quadro clínico de dispnéia e chiado, episódica ou permanente. **Objetivos:** Descrever características clínico-radiológicas e funcionais de pacientes com clínica sugestiva de asma brônquica iniciado após TB pulmonar. **Métodos:** Estudo descritivo. Foram elegíveis pacientes atendidos no ambulatório de asma do Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro, um hospital universitário de referência terciária, no período de janeiro à dezembro de 2009. Os critérios de inclusão foram idade maior ou igual a 18 anos, prontuário disponível, ausência de quadro de asma brônquica na infância, história de asma de início temporal após TB pulmonar e sem antecedentes pessoais de atopia. Os critérios de exclusão foram prontuários incompletos. **Resultados:** No período de janeiro à dezembro de 2009, foram atendidos 139 pacientes com quadro clínico de asma. 20 (15%) apresentaram sintomas de asma após quadro de TB pulmonar confirmado (n=10) ou com suspeita radiológica, caracterizada pela presença de imagem de sequele de TB (n=10). Todos tiveram seus dados funcionais analisados. 16 pacientes (80%) apresentavam distúrbio ventilatório obstrutivo puro; sendo que 13 (81,25%) destes apresentavam prova broncodilatadora (PBD) positiva. O distúrbio funcional misto esteve presente em 4 (20%) pacientes, com prova broncodilatadora positiva em 2 (50%). Na amostra analisada (n=20), 15 pacientes (75%) tiveram PBD positiva. Nenhum paciente apresentou distúrbio funcional restritivo puro. Todos receberam prescrição inicial para tratamento clínico regular com glicocorticoide inalatório. Restante dos dados ainda em análise. **Conclusão:** A TB pulmonar pode deixar sequele funcional de hiperreatividade brônquica fazendo diagnóstico diferencial com asma brônquica.

P0481 TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE: OCORRÊNCIA DE CASOS NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE E EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DE PERNAMBUCO

IONE RODRIGUES CASTRO¹; MARIA MADILEUZA CARNEIRO NEVES²; HAIANA CHARIFKER SCHINDLER³

1,2,LACEN - PE, RECIFE, PE, BRASIL; 3.CPQAM/ FIOCRUZ, RECIFE, PE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE; TUBERCULOSE MULTIDROGARRESISTENTE

Introdução: A tuberculose continua sendo um sério problema de saúde pública. A pobreza, a aids e o abandono do tratamento são alguns dos fatores que têm dificultado seu controle. Entre esses problemas, um dos mais preocupantes tem sido o fenômeno da multirresistência. **Objetivos:** Determinar a ocorrência de casos de tuberculose multirresistente na Região Metropolitana do Recife e em municípios do interior de Pernambuco; identificar o perfil de resistência das cepas do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* a quatro drogas de primeira linha, utilizadas no tratamento antituberculose, isoniazida, rifampicina, etambutol e estreptomicina; analisar nos casos identificados de multirresistência as seguintes variáveis: município de residência dos portadores de TBMR, forma clínica de tuberculose, gênero, idade e situação clínica dos pacientes. **Métodos:** Estudo de coorte, quantitativo, retrospectivo, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2009. As análises foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences* para Windows, versão 13.0 e no Excel 2003. **Resultados:** Foram analisados cerca de 977 testes de sensibilidade, realizados no Laboratório Central de Pernambuco (LACEN-PE). Desses, foram classificados 593 testes, 426 (71,8%) apresentaram sensibilidade às quatro drogas testadas e 167 (28,2%) apresentaram resistência a pelo menos a uma droga. Foram identificados 90 casos (15,2%) de tuberculose multirresistente, por apresentarem resistência simultânea à isoniazida e à rifampicina e 77 (13,0%) casos de monorresistência e polirresistência. Do total de casos de multirresistência identificados, 60 (67%) pacientes eram do sexo masculino e 30 (33%) pacientes do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 17 a 67 anos, sendo a média etária de 38,6 anos ($\pm 12,58$) e mediana de 39 anos. Identificamos 58 (64,4%) casos de multirresistência em pacientes que estavam em controle de tratamento e 32 (35,6%) casos em pacientes que realizaram exames para investigação diagnóstica de tuberculose. Dos 90 casos que apresentaram multirresistência, 86 (95,6%) cepas foram isoladas de amostras pulmonares e 04 (4,4%) de amostras extrapulmonares. **Conclusão:** O número de casos de tuberculose multirresistente se manteve estável entre 2006 a 2009. Os municípios que apresentaram maior número de casos de tuberculose multirresistente foram: Recife, Jaboatão dos Guararapes e Cabo de Santo Agostinho.

P0482 TAMPONAMENTO CARDÍACO: UMA EMERGÊNCIA EM TUBERCULOSE

ELIAS JOSÉ GONÇALVES¹; THIAGO COSTA DE ARAÚJO DANTAS²; FAUSTO MORABITO³; DAVID LOPES LIMA CAVALCANTI COELHO⁴; SAMIA RACHED⁵; RAFAEL SILVA MUSOLINO⁶; ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES⁷; MARCIA SEISCENTOS⁸

1,2,3,4,5,6,7,HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 8,HC, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; PERICARDIO; TAMPONAMENTO

O envolvimento pericárdico constitui uma das formas de tuberculose extrapulmonar com a infecção iniciando a partir do pulmão, gânglios linfáticos adjacentes, ou através de propagação linfática e/ou hematogênica. A morbimortalidade é alta. Acontece em até 17% dos imunocompetentes e, em 34% dos indivíduos com HIV. Estima-se que no Brasil ocorre em até 2% dos casos, sendo rara a concomitância com a forma pulmonar. **Caso Clínico:** Paciente de 41 anos, sexo feminino, procedente de São Paulo, ex tabagista (± 10 anos / maço), negava hábitos etílicos, co-morbidades, história de contato com tuberculose. Referia emagrecimento (± 10 Kg) e sudorese noturna, febre não aferida e dispnéia progressiva, no período de dois meses. Procurou Pronto Socorro com quadro de piora da dispnéia. Ao exame físico apresentava, taquicardia, hipofonose de bulhas cardíacas, turgência das jugular e edema periférico. Na radiografia de torax observou-se aumento da silhueta cardíaca e opacidade em lobo superior direito. O ecocardiograma demonstrava presença de volumoso derrame pericárdico. Feito diagnóstico de tamponamento foi submetida a pericardiocentese com biópsia do pericárdio. Após o procedimento evoluiu com síndrome de desconforto respiratório agudo com necessidade de ventilação mecânica. O exame do líquido pericárdico demonstrou tratar-se de um líquido sero hemático, linfocítico com alta celularidade e ADA de 60 u/l. A biópsia pericárdica: ausência de granuloma e, a pesquisa para BAAR negativo. Posteriormente foi realizado broncoscopia com LBA e biópsia transbronquial que demonstrou: pesquisa de BAAR e cultura positiva e anatomopatológico inconclusivo. Introduzido esquema básico para tuberculose (RHZE) e corticóide oral na dose de 1mg/Kg/peso; evoluiu com melhora e sem sequelas no final do tratamento (Ecocardiograma de controle FE: 0.74, sem sinais de derrame). **Conclusão:** Entre as causas de pericardite com tamponamento cardíaco no nosso meio, importante destacar a tuberculose. O tratamento precoce na suspeita de tuberculose, associado ao corticosteróide, embora controverso, pode estar associado a uma menor probabilidade de sequelas graves, como espessamento pericárdico e desenvolvimento de insuficiência cardíaca.

P0483 INCIDÊNCIA ANUAL E PERFIL DE RESISTÊNCIA DA TBMR NO ESTADO DO CEARÁ DE 2000 A 2009

ELIZABETH CLARA BARROS¹; CAMILLA MARIA VASCONCELOS RIBEIRO²; SÂMIA MAGALHÃES CARVALHO³; LUIZA SOUSA GOMES XAVIER⁴; ROMANA CATARINA MAIA MONTEIRO⁵

1.SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, MINISTÉRIO DA SAÚDE E UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL; 2,3,4,5.UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MULTIRRESISTÊNCIA; INCIDÊNCIA

Introdução: De acordo com o II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos anti-tuberculose (anti-TB), realizado entre os anos de 2007-2008, detectou-se um aumento da resistência primária à isoniazida (H) associada à rifampicina (R) (de 1,1 para 1,4%) em relação ao I Inquérito realizado de 1995 a 1997, o que justificou a inclusão do quarto fármaco (Etambutol-E) no tratamento inicial da TB (R, H, pirazinamida-Z e E). **Objetivos:** Avaliar a incidência anual da TB multirresistente (TBMR) e o perfil de resistência aos fármacos de primeira linha usados no tratamento dos portadores de TB no Estado do Ceará, a fim de saber se o referido estado vem seguindo a tendência nacional de resistência. **Métodos:** Foi realizado um estudo exploratório-descriptivo com análise dos dados de todos os pacientes

cadastros no Sistema de Vigilância Epidemiológica para TBMR e residentes no Ceará, no período de junho de 2000 a dezembro de 2009. Incluiu-se o ano de 2000, mesmo a partir de junho, porque foi o primeiro ano de fornecimento de medicamentos, a demanda era reprimida e, portanto, o número registrado foi considerado o real para o ano. Considerou-se TBMR o caso do portador de bacilo resistente a pelo menos RH mais uma terceira droga (E, estreptomicina-S, Z ou etionamida-Et) detectado em teste de sensibilidade realizado pelo método das proporções em meio de cultura de Löwenstein Jensen ou resistente apenas a RH com falência ao Esquema III (S, E, Z e Et) preconizado, à época, pelo Ministério da Saúde. **Resultados:** No período de 2000 a 2009 as notificações dos casos de TBMR, por ano, foram respectivamente: 20, 28, 22, 16, 18, 20, 21, 32, 27 e 31. A incidência média foi 23,5 casos por ano com desvio padrão (dp) $\pm 5,58$. Os percentuais de bacilos resistentes a três ou mais drogas, por ano foram respectivamente: 70% (14/20), 64% (18/28), 68% (15/22), 37% (6/16), 83% (15/18), 60% (12/20), 52% (11/12), 72% (23/32), 96% (26/27) e 90% (28/31). A diferença desses percentuais para cada ano foi de casos com resistência a apenas RH. O percentual de resistência a três ou mais drogas por ano variou de 37% a 96 % com média de $69,20 \pm 16,72$. **Conclusão:** A incidência anual se mostrou estável com leve tendência a aumento nos três últimos anos da década. O percentual de resistência a três ou mais drogas foi alto o que pode ser justificado pelo fato de que, no período do estudo, pacientes com bacilo resistente a apenas a RH tinham indicação de usar EIII, já que, o bacilo era sensível às quatro drogas desse esquema. Existe motivo para preocupação, pois, o ideal era que tivesse havido alguma tendência à diminuição na incidência. O ministério da Saúde já fez, recentemente, mudanças na normas de tratamento da TB sensível (TBS) e TBMR, sendo, no entanto, necessária uma vigilância permanente no Programa de controle da TBS e TBMR.

PO484 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO ATORES NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM TUBERCULOSE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANALUCIA ABREU MARANHÃO; AMÁBELA AVELAR CORDEIRO; VITOR GRÖPPO FELIPE; MARIANA ALONSO FERREIRA; MARIANA FERNANDES ALVES; PRISCILA MAGALHÃES CARDOSO; GUILHERME FREDERICO SPITZ

UFRJ, MACAÉ, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; EDUCAÇÃO; SAÚDE

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença que mata cerca de três milhões de pessoas por ano. O Brasil ocupa o 19º lugar no ranking dos 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde. Fomentar o engajamento de profissionais, não pertencentes aos programas de controle da TB, na prestação de um atendimento de alta qualidade é um importante propósito do programa nacional de controle de tuberculose, como estratégia de descentralização das ações. As Unidades de Estratégias de Saúde da Família são espaços privilegiados para o desenvolvimento de ações de educação em saúde para a prevenção da tuberculose, principalmente pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que desempenham importante papel como elo entre os profissionais de saúde e a população. **Objetivos:** Este trabalho visa apresentar experiência de formação de ACS em TB, desenvolvida no âmbito do Programa Educação

pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). **Métodos:** As ações educativas, baseadas na educação dialógica, foram realizadas por 15 graduandos envolvidos no PET – Saúde da UFRJ – Macaé, capacitados previamente como multiplicadores. Os recursos audiovisuais utilizados foram desenvolvidos coletivamente com a participação dos graduandos, docentes e profissionais de saúde envolvidos no PET – Saúde. Foram realizados dois encontros nas ESF (4h); a exibição do filme “Volta Landico”; e uma capacitação coletiva de três dias (12h). Cada atividade consistia de apresentação da temática, enfocando a prevenção, a busca ativa e o tratamento e de debate sobre os conhecimentos e as experiências dos ACS. A avaliação foi feita mediante a redação de uma frase que descrevesse a opinião dos participantes. **Resultados:** Participaram dos encontros nas seis ESF, participantes do PET – Saúde, 54 ACS. A exibição do filme contou com público de 51 pessoas, entre ACS e gestores da ESF. A capacitação foi acompanhada por 240 ACS e técnicos de enfermagem. Os ACS participaram ativamente, questionando e expondo a necessidade da educação permanente para qualificação das atividades educativas por eles realizadas. As atividades promoveram um ambiente de diálogo entre os atores envolvidos, permitindo a troca de experiências, sensibilização, conscientização, participação. **Conclusão:** Esse trabalho permitiu ampliar o conhecimento/saberes de docentes, discentes, profissionais de saúde, ACS sobre a prevenção e o tratamento da tuberculose, permitindo a aproximação do saber técnico-científico do saber popular. O fortalecimento da relação da universidade com os serviços de saúde poderá influenciar a formação técnica, solidária e humanística dos graduandos em saúde. O envolvimento de toda a equipe de Saúde contribuirá para a redução da incidência e prevalência da tuberculose, já que esta doença está diretamente relacionada à falta de informações sobre prevenção e aos serviços de saúde.

PO485 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES INTERNADOS COM TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL DO AMAZONAS, 2009

JESEM YAMALL ORELLANA1; PAULO SOUZA VIANA2; MARIA FRANÇA DOURADO3; JOSÉ ALBUQUERQUE SILVA4; SAMANTHA BARROS ANDRADES; LIHSIEH MARRERO6

1.INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE-ILMD/FIOCRUZ, MANAUS, AM, BRASIL; 2.ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS/UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 3.4.PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-PIBIC/ILMD-FAPEAM, MANAUS, AM, BRASIL; 5.PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS, AM, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MORBIDADE HOSPITALAR; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: Os registros de internações hospitalares em prontuários despontam como importantes fontes de dados, por fornecerem informações mais seguras e abrangentes sobre as características do doente e da internação. **Objetivos:** Descrever e analisar, as características clínico-epidemiológicas de indivíduos internados com tuberculose (TB), no período de 01/01 a 31/12/2009, na Unidade da Federação que apresenta a segunda maior carga da doença no Brasil. **Métodos:** Levantamento de dados secundários, de base hospitalar, sobre morbidade por TB em um Hospital de Referência Estadual (Manaus-AM). A partir da revisão dos

prontuários, foram extraídos dados clínico-epidemiológicos em formulário previamente estruturado e testado. Os dados foram sistematizados e analisados no Excel e SPSS 9.0. **Resultados:** Foram identificadas 163 internações (81,6% residiam em Manaus); 84,0% eram da forma pulmonar, 13,5% extra-pulmonar e 2,5% mista. A principal co-morbidade foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (15,4%), seguida por Diabetes Tipo-II (11,7%), Desnutrição Energético-Protéica (10,5%), Pneumonia (9,9%), Derrame Pleural (9,3%) e HIV/AIDS (6,8%). O principal motivo de internação foi “estado geral que não permitiu tratamento em ambulatório” (43,5%), seguido de “complicações graves da tuberculose ou de co-morbidades” (19,6%) e “Causas Sociais” (15,3%). O tempo médio de internação foi 30,9 dias, variando de 1-205 dias. Do total de internações, 65,6% ocorrerem em homens e 34,4% em mulheres ($\chi^2=30,7$; g.l.=1; p-valor=0,0001). A média de idade nos homens foi 47,9 e 45,8 nas mulheres. Na comparação do tempo médio de internação entre as faixas etárias 15,0-49,9 anos (24,0 dias) e 50,0-86,0 (41,0 dias), notou-se que os maiores de 50 permanecem internados, em média, 17 dias a mais ($t=-2,750$; g.l.=98,2; p-valor=0,007). Apenas 25,8% dos prontuários apresentaram mais de cinco registros de pesagem. Em 76,6% dos casos foi realizada baciloscopia (36,2% positivas); em 60,1% exame de Raio-X; em 11,7% cultura de escarro (6,1% positivas); e em apenas 21,5% o exame diagnóstico para HIV (2,1% positivos). O óbito foi observado em 17,8% dos internos, três eram MDR. **Conclusão:** A descrição clínico-epidemiológica de pacientes com TB, proporcionada pelo método de revisão de prontuários, evidencia sua superioridade em relação as usuais análises de dados informatizados, não deixando dúvidas quanto a importância sanitária da morbidade hospitalar por TB, sobretudo, as de longo prazo e que ocorrem entre homens e maiores de 50 anos. A forma pulmonar apresentou maior frequência, reforçando a sua relevância sobre a dinâmica de transmissão da doença. Apesar da notoriedade que doentes internados com TB, geralmente, apresentam quadros clínicos mais graves em relação àqueles que recebem atenção ambulatorial, a elevada letalidade da TB apresentada nesta análise, não só nos remete a reflexões sobre a extensão dos desafios a serem vencidos em nível hospitalar, como também, na atenção básica do Amazonas.

PO486 PAPEL DAS METALOPROTEINASES E DE SEUS INIBIDORES E DO TGF- β NO ESPESSAMENTO PLEURAL EM DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO

ROBERTA KARLA BARBOSA DE SALES; MÁRCIA SEISCENTO; FRANCISCO SUSO VARGAS; LEILA ANTONANGELO; MILENA M P ACENCIO; CARLOS SERGIO ROCHA SILVA; KIYOMI K UEZUMI; LISETTE RIBEIRO TEIXEIRA
DIVISÃO DE PNEUMOLOGIA - LABORATÓRIO DE PLEURA - INCOR HC FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE PLEURAL; ESPESSAMENTO PLEURAL; METALOPROTEINASES

O desequilíbrio entre as metaloproteinases (MMPs) e seus inibidores (TIMPs) e a expressão da citocina pró-fibrótica, TGF- β , desempenham um importante papel no remodelamento da matriz extracelular. O aumento destes marcadores poderia estar relacionado à progressão clínica da tuberculose pleural, em particular do espessamento pleural. **Objetivos:** avaliar em pacientes com tuberculose pleural, os níveis das MMPs, dos TIMPs e do TGF- β no líquido pleural e soro, correlacionando os achados com o espessamento pleural (PT) analisado no final do tratamento. **Métodos:** Os níveis de MMPs (1, 2, 8 e

9), TIMPs (1 e 2) e TGF- β de 11 pacientes foram analisados pelo método de ELISA. O espessamento pleural foi avaliado em tomografia de alta resolução e mensurado através de escores de 0 a 1, onde 0 < 3 mm ou 1 > 3mm. Análise estatística: teste t e correlação de Pearson. **Resultados:** Os níveis MMP9 e TGF- β foram significativamente mais elevados nos pacientes com espessamento pleural > 3 mm (escore1). Observamos correlação significativa entre a MMP 9 e TGF- β no líquido pleural ($r=0,71$; $p=0,022$) e soro ($r=0,63$; $p=0,036$). Os níveis das MMPs 1, 2, 8 e das TIMPs 1, 2 foram semelhantes, independente do tamanho do espessamento pleural. **Conclusão:** existe uma correlação entre os níveis elevados de MMP9 e TGF- β , e o espessamento pleural de pacientes com tuberculose pleural. Estes achados sugerem que estes agentes possam ser úteis como potenciais marcadores de fibrose pleural.

Apoio: CNPq e FAPESP

PO487 LESÃO CAVITADA EM PACIENTE COM ESCLEROSE SISTÊMICA

FREDERICO HOMEM SILVA1; FERNANDA MELO2; FLÁVIA BITTAR ARANTES3; FERNANDO MACIEL BARBOSA4; ULISSES CORRÊA COTTA5; RODRIGO MIQUELANTI MELO6; BEN HUR BRAGA TALIBERTI7; THULIO MARQUEZ CUNHA8

1,2,3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL; 8.UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA/UNIFESP, UBERLÂNDIA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; ESCLEROSE SISTÊMICA; CAVITAÇÃO PULMONAR

Introdução: A Esclerose Sistêmica (ES) é uma doença rara que afeta pele e outros órgãos, principalmente pulmão, trato gastrointestinal, rins e coração. Há superprodução e depósito de colágeno, com conseqüente fibrose das estruturas envolvidas. **Relato de Caso:** Sexo feminino, 33 anos, diagnosticada ES há 10 anos, forma cutânea difusa, desnutrida (IMC=17kg/m²) em uso de corticóide, apresentou dor ventilatório-dependente em hemitórax esquerdo associada a tosse seca e emagrecimento (6kg em 3 meses) sem febre. Raio X de Tórax evidenciou opacidade intersticial difusa de padrão reticular. TC de tórax mostrou padrão de vidro fosco bilateralmente além de cavitação em lobo inferior direito. A espirometria mostrou distúrbio ventilatório restritivo acentuado, ecocardiograma compatível com a normalidade e eletrocardiograma com taquicardia sinusal. Foi isolado no lavado broncoalveolar bacilos ácido-álcool resistentes com cultura positiva para *Mycobacterium* sp. Iniciado tratamento com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol e suporte nutricional com boa resposta clínica. **Discussão:** As principais manifestações pulmonares da ES são a hipertensão pulmonar que ocorre em 10-15% dos casos e o acometimento intersticial encontrado em 66% dos portadores da doença, sendo os principais padrões pneumonia intersticial não específica e pneumonia intersticial usual vistas respectivamente em 76% e 11% dos pacientes. A apresentação radiológica de cavitação é incomum na ES e a imunossupressão, tanto pelo tratamento, quanto pela própria doença, propicia acometimento pulmonar por doenças oportunistas. A evolução insidiosa aponta a possibilidade de doença com tendência a sintomatologia crônica, desta forma, abscesso pulmonar, pneumonia comunitária e vasculites (Granulomatose de Wegener) tornam-se pouco prováveis. A ausência de acometimento mucocutâneo, medular e retículo-endotelial

não favorece a suspeita de Histoplasmose, assim como o aspecto radiológico, que também não sugere acometimento fúngico, à exceção da infecção por *Aspergillus*, embora a topografia da lesão não seja a mais comum. A tuberculose secundária por reativação de foco quiescente torna-se o principal diagnóstico diferencial. A forma pós-primária é a mais comum em adultos, sendo 85% dos casos com apresentação pulmonar. Os achados mais frequentes são opacidades heterogêneas e cavidades que ocorrem em 60-70% dos casos. A confirmação diagnóstica se dá pelo isolamento do agente (baciloscopia/cultura). A corticoterapia prolongada e a desnutrição protéico-calórica possivelmente contribuíram fortemente para a reativação da doença. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para a cura bem como para evitar seqüelas pulmonares mais significativas. O suporte nutricional perfaz-se como fonte complementar ao tratamento antimicrobiano.

PO488 TUBERCULOSE OCULAR: PERFIL DE SEIS CASOS ATENDIDOS EM PORTO ALEGRE/RS (C. S. MODELO E PAVILHÃO PEREIRA FILHO) NO PERÍODO DE JULHO /2009 A JUNHO/2010.

MARISA PEREIRA1; KARIN ALINE RAUBER2

1.PAVILHÃO PEREIRA FILHO SANTA CASA POA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA CASA DE POA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; OCULAR; UVEÍTE

Introdução: O Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total da tuberculose mundial. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/MS), o Brasil notifica cerca de 90 mil casos de tuberculose, sendo que 75 mil são casos novos. A tuberculose ocular é encontrada em 1 a 2 % dos pacientes com TB pulmonar e pode comprometer todas as estruturas oculares e seus anexos. Devido à dificuldade em se isolar o agente na tuberculose ocular, o seu diagnóstico costuma ser presuntivo. Para tanto, considera-se a evidência epidemiológica, a clínica (sistêmica e ocular) e a resposta imunológica (PPD). **Objetivos:** Analisar o perfil dos pacientes com diagnóstico de tuberculose ocular com relação a diversas variáveis, como idade, gênero, cor, presença de TB pulmonar, vacinação com BCG, comorbidades, sintomas ao diagnóstico, tratamento prescrito e evolução do quadro clínico. **Métodos:** Estudo retrospectivo, onde analisamos 6 pacientes com diagnóstico presuntivo de tuberculose ocular através da revisão de prontuários e fichas de dados do SINAN. Estas informações foram coletadas seguindo um protocolo previamente formulado, que abrangia itens de relevância para a patologia. Todos os pacientes foram atendidos no Serviço de Tisiologia do Centro de Saúde Modelo e Pavilhão Pereira Filho, no período entre julho/2009 e junho/2010. **Resultados:** Entre os 6 pacientes, 5 eram mulheres e 1 homem; 5 brancos e 1 não-branco; idades entre 27 e 81 anos (média 54 anos). Os sintomas predominantes foram: diminuição da acuidade visual, borramento visual, hiperemia, fotofobia e dor ocular. Na fundoscopia os achados mais frequentes foram: edema de mácula, uveíte posterior e uveíte anterior bilateral. Somente 1 paciente recebeu BCG intradérmica na infância. Foram relevantes as seguintes comorbidades: 1 paciente era hipertensa, 1 apresentava síndrome de marfan, 1 síndrome de Reiter. Todos apresentavam sorologia negativa para HIV. O radiograma de tórax foi normal em 4 pacientes e 2 tinham TB residual. Pesquisa de BAAR foi

negativa nos 2 pacientes com TB residual no radiograma de tórax. A reação de Mantoux foi fortemente positiva em todos os casos (variando entre 13 e 24 mm). O tratamento foi RHZ em 2 pacientes, RHZE em 2, RHZ e corticóide oral em 1 e RHZE e colírio corticóide em 1. Com relação aos desfechos, 1 teve tratamento suspenso por interação grave dos tuberculostáticos com outras drogas e 5 tiveram alta por cura (critério clínico e oftalmológico). **Conclusão:** A hipótese de tuberculose ocular deve ser considerada em nosso meio como importante diagnóstico diferencial das uveítes, devido ao nosso momento epidemiológico. Esta atitude poderá evitar maiores danos à acuidade visual.

PO489 TUBERCULOSE OCULAR – RELATO DE CASO

MARISA PEREIRA1; KARIN ALINE RAUBER2

1.PAVILHÃO PEREIRA FILHO SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.HOSPITAL SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; OCULAR; UVEÍTE

Introdução: O Brasil ocupa posição de destaque entre os 22 países responsáveis pela maioria dos casos de tuberculose no mundo. A tuberculose ocular está presente entre 1 a 2 % dos pacientes com tuberculose pulmonar, podendo comprometer todas as estruturas oculares e seus anexos. As queixas oculares mais comuns são baixa de acuidade visual, hiperemia ocular, dor ocular, fotofobia e lacrimejamento. Devido à dificuldade em se isolar o agente na tuberculose ocular, o diagnóstico é presuntivo na maioria dos casos.

Objetivos: relato de caso: paciente com diagnóstico presuntivo de tuberculose ocular. **Métodos:** Identificação do caso por ficha de notificação do SINAM, com coleta dos dados através do preenchimento de protocolo previamente estruturado. **Resultados:** A.A.L, feminina, 81 anos, negra, cozinheira, natural e procedente de Porto Alegre/RS. Em fevereiro/2010 consultou no ambulatório de Tisiologia do Centro de Saúde Modelo, com diminuição da acuidade visual, borramento visual e fotofobia há cerca de 3 meses. Negava tosse, dispnéia, emagrecimento, febre ou outros sintomas constitucionais. Negava história de contato recente com tuberculose pulmonar e tratamento prévio para esta patologia. Hipertensão em tratamento farmacológico. Não tabagista. Sorologia negativa para HIV. Na investigação oftalmológica inicial foram realizados até então fundosopia e angiofluoresceinografia, com os seguintes resultados: fundoscopia evidenciou edema de mácula e uveíte posterior em olho direito; a angiofluoresceinografia não evidenciava alterações no olho esquerdo, e no olho direito havia pontos hiperfluorescentes em torno da fóvea com vazamento do contraste ao longo do exame sugerindo a presença de edema macular. Não havia sinais de coroidite. Discreta opacidade dos meios. **Conclusão:** Alteração pode estar relacionada à uveíte posterior. O radiograma de tórax apresentou lesões fibroatelectásicas em lobos superiores e a reação de Mantoux teve positividade de 13 mm. Com tais resultados, o diagnóstico presuntivo de tuberculose ocular foi estabelecido e a paciente iniciou tratamento com esquema RHZE em fevereiro de 2010. Não apresentou efeitos colaterais com a medicação, tendo boa resposta ao tratamento (ausência dos sintomas iniciais), além da angiofluoresceinografia 3 meses após início do tratamento sem lesões sugestivas de uveíte. Teve alta por cura em agosto de 2010, segundo critérios clínicos e oftalmológicos. **Conclusão:** Este caso ilustra a necessidade de incluir tuberculose no diagnóstico diferencial

das uveítes em nosso meio. Reforça também a importância do trabalho conjunto entre oftalmologistas e tisiologistas para o sucesso diagnóstico e terapêutico, além de prevenir alterações significativas da acuidade visual.

PO490 TUBERCULOSE PULMONAR ASSOCIADA A SARCOIDOSE: RELATO DE CASO

TARCIANE ALINE PRATA; ELIANE VIANA MANCUZO; SILVANA SPÍNOLA MIRANDA; JULIANA BERNARDES COSTA; KARLA FRAUCHES FINOTTI; ANA PAULA PARAGUASSU; VALÉRIA MARIA AUGUSTO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE PULMONAR; SARCOIDOSE; DIAGNÓSTICO

Introdução: Tuberculose e sarcoidose são doenças crônicas granulomatosas semelhantes em diversos aspectos. A tuberculose, doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch (BK) é caracterizada pela presença de granulomas com necrose caseosa, enquanto a sarcoidose não possui etiologia conhecida e à histologia, apresenta granulomas não-caseosos. **Objetivos:** Relatar caso de sarcoidose concomitante a tuberculose pulmonar, ressaltando as dificuldades do diagnóstico diferencial das mesmas e a importância da história clínica e dos exames complementares no diagnóstico. **Relato do caso:** N.C.S., 23 anos, sexo feminino, em acompanhamento na Dermatologia devido a história de sarcoidose, não-tabagista, sem contato com tuberculose. Relato de início de lesões cutâneas disseminadas, em pápulas, há 8 meses, associadas a emagrecimento, inapetência, tosse oligoprodutiva, dispnéia aos esforços e picos febris isolados. Exames: HGB9,8 Hm 4,7 HCT 31,3 VCM66 HCM20 GL2980 (S2000 L490 M470 E10 Bas0) Plq 123000. Anti-HIV negativo. HBsAg e anti-HCV não reatores. Radiografia de tórax: cavitação em ápice E e linfonodomegalia para-hilar à E. Ultra-som de abdome: esplenomegalia. Dosagem de enzima conversora de angiotensina normal. Cálculo em urina de 24h dentro dos limites da normalidade. Fundoscopia sem alterações. Biópsia da mão direita: derme com infiltrado inflamatório granulomatoso não caseificante e pesquisa de BAAR negativa. Apesar da histologia fortemente sugestiva de sarcoidose, o encontro de provável cavitação à radiografia de tórax motivou o encaminhamento à Pneumologia, para complementação do diagnóstico diferencial. **Teste tuberculínico:** não reator. **Tomografia computadorizada de tórax:** opacidade parcialmente cavitada em LSE. **Exame do escarro:** BAAR positivo em 2 amostras. **Lavado broncoalveolar:** BAAR positivo e cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. Foi iniciado o esquema RHZE e um mês após, pela piora das manifestações sistêmicas, corticoterapia com prednisona 0,5mg/kg/dia, havendo melhora significativa do quadro, inclusive das lesões cutâneas. **Discussão:** As manifestações clínicas e radiológicas apresentadas para a paciente poderiam ser explicadas tanto pela sarcoidose, quanto pela tuberculose. O teste tuberculínico não-reator provavelmente decorreu da anergia cutânea observada na sarcoidose. A cavitação pulmonar é um achado incomum na sarcoidose, mas é o padrão clássico da tuberculose. A sarcoidose foi diagnosticada a partir da história clínica, da biópsia de pele fortemente sugestiva e da evolução favorável com o uso da corticoterapia. Após o isolamento do *Mycobacterium tuberculosis* foi possível também o diagnóstico de tuberculose. **Conclusão:** Apesar de ser rara a associação de sarcoidose e tuberculose, com poucos casos publicados, este relato demonstra a concomitância destas

duas patologias e a importância dos achados clínicos, histopatológicos, baciloscopia e cultura para micobactérias no diagnóstico diferencial.

PO491 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS PACIENTES DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA CLEMENTINO FRAGA/ PARAIBA/BRASIL.

GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA¹; VANESSA LUNA ARAÚJO TEOTONIO²; GEORGIA FREIRE PAIVA WINKELER³; ALECSANDRA BEZERRA MONTEIRO DE OLIVEIRA⁴; KELLY REJANE LEITE DE FIGUEREDOS⁵; AGOSTINHO HERMES MEDEIROS NETO⁶; DINALVA SOARES LIMA⁷; TÚLLIO ROCHA PETRUCCI⁸

^{1,2,3,5,6}HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL;

^{4,8}HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL;

⁷SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA, JOÃO PESSOA, PB, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE; EPIDEMIOLOGIA; PARAIBA

Introdução: A tuberculose é uma das mais importantes patologias infecciosas no mundo atualmente e estima-se que cerca de um terço da população global esteja infectada pelo agente etiológico, *Mycobacterium tuberculosis*. O Brasil está entre os 23 países mais afetados pela tuberculose, com 40 milhões de pessoas infectadas, 90.000 mil novos casos/ano. A tuberculose multirresistente (TBM^R), definida como a ocorrência de resistência simultânea à isoniazida e à rifampicina em espécies de *Mt*, constitui, atualmente, a principal ameaça ao controle da tuberculose a nível mundial. O banco de dados da vigilância epidemiológica de tuberculose multirresistente (TBM^R). O banco de dados da vigilância epidemiológica de tuberculose multirresistente (TBM^R) demonstra que, entre 2000 e 2010, foram notificados 3.414 novos casos novos no Brasil (casos confirmados e prováveis). **Objetivos e Métodos:** Nesse contexto, o estudo visa conhecer a realidade epidemiológica dos pacientes com Tuberculose Multirresistente, assistidos no Hospital de Referência Clementino Fraga em João Pessoa /Paraíba/Brasil, por meio das informações contidas nos prontuários e notificações, no período de janeiro 2002 a julho 2009. **Resultados:** Na análise dos dados, de Janeiro de 2002 a Julho de 2009, foram notificados 40 casos de TBM^R, delineando um perfil dos pacientes, quanto ao sexo, o predomínio do masculino (72,5%) e com relação a faixa etária a maior prevalência ocorreu em adultos entre 35 e 55 anos (60%), com destaque para etnia parda (18%). A escolaridade dos casos notificados por anos de estudo, apresentou um maior percentual, de 0 a 3 anos (55%). A apresentação radiológica mais relacionada a TBM^R foi a forma bilateral cavitária (40%). Não se constatarem casos de TBM^R extrapulmonares. O Alcoolismo foi a comorbidade mais encontrada em 15% dos casos, apenas 1 paciente era usuário de drogas ilícitas. Todos os pacientes realizaram sorologia para HIV, onde (7,5%) eram positivos. Todos os pacientes tinham realizado tratamento prévio. O perfil de resistência aos fármacos foi RH (5%), RHZ (12,5%), RHE (5%), RHET (5%), RHZE (5,9%). **Conclusão:** Evitar a seleção de resistência é a mais relevante premissa da tuberculose. A detecção precoce de TBM^R através de cultura para BK e teste de sensibilidade é uma importante medida de controle de saúde pública. Nossos resultados são compatíveis com dados nacionais, em que predomina em indivíduos com menor escolaridade, com apresentação radiológica bilateral

e cavitária. O estudo caracteriza os aspectos epidemiológicos dos pacientes de TBMR na Paraíba, cuja importância traduz-se na implementação de novas estratégias e políticas públicas de saúde no controle mais eficaz da doença.

P0492 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS DE FRONTEIRAS DO ESTADO DO ACRE, AMAZÔNIA, BRASIL

WESLEN LUIZ PINTO BARROS; MARCOS FELIPE SALLA CORREA, SANDRA MÁRCIA CARVALHO DE OLIVEIRA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO, AC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FRONTEIRA; ACRE; TUBERCULOSE

Introdução: As doenças infecciosas têm seu destaque na história da humanidade por constituírem grandes problemas de saúde pública. Na Amazônia a Tuberculose tem importância epidemiológica pois manifesta-se de forma prevalente. No Estado do Acre apresenta taxa intermediária de incidência, exercendo grande impacto sobre a população dos municípios fronteiriços. Há necessidade de implementação de medidas de prevenção e controle voltados especificamente para a realidade da população destes municípios, pois ainda que seja conhecida a presença da doença nessas populações, há significativa carência de estudos epidemiológicos a respeito do tema, como acentua Ruffino Netto (2002) a tuberculose não é um problema de saúde pública emergente e tampouco reemergente, ela é um problema presente e ficante, há longo tempo. Este trabalho vem reafirmar a importância de estudos epidemiológicos sobre a tuberculose no Acre. **Material e Métodos:** Estudo do tipo exploratório - descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, no qual foi levantado o número de casos de tuberculose nos municípios de fronteira do Estado do Acre no período de 2001 a junho de 2009, sendo o parâmetro para determinar a prevalência da tuberculose o número de casos novos registrados por ano. Nesta pesquisa foram utilizados alguns procedimentos como: leituras, fichamentos e colóquios de algumas obras relacionadas ao tema proposto; entrevista e coleta de dados junto a órgãos responsáveis pelo monitoramento da tuberculose no Acre, bem como utilização e sistematização das informações acerca da tuberculose constantes de bancos de dados do projeto SISFRONTEIRAS (dataSUS), referentes ao período de 2000 a 2007 e de informações sobre a situação da tuberculose nos serviços de saúde das cidades da Bolívia (Montivideo, Cobija e Bolpebra) e do Peru (Iñapari); Foi feita tabulação e sistematização dos dados. **Resultados e Discussão:** Foi notificado um total de 825 casos novos de tuberculose nos municípios de fronteira do Estado do Acre no período de 2001 a junho de 2009. Em 2008 esta incidência foi de 30/100000 casos novos notificados. A prevalência entre os sexos e a idades foram de encontro à literatura consultada, sendo o maior acometimento em adultos homens. O município estudado com maior taxa de incidência no ano de 2008 foi Plácido de castro (42/100000), talvez por sua divisa com a Bolívia. Assis Brasil teve um surto em 2009 podendo estar relacionada com suas fronteiras. Contudo esses coeficientes, não expressam a real situação existente em muitas áreas críticas, principalmente devido à falta de notificação. E problemas sociais mascaram ainda

mais a epidemiologia da tuberculose, a baixa escolaridade é reflexo de todo um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à doença. **Conclusão:** Após observado o padrão epidemiológico dos municípios estudados, evidencia-se a importância de se fazer um estudo do fluxo das pessoas nesses municípios e do manejo destes pacientes.

P0493 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM TISIOLOGIA E PNEUMOLOGIA NO PAÍS.

PATRICIA ROSAS1; ROSALI SOUZA2; LENA VANIA PINHEIRO3; GILDA BRAGA4; JOSE ROBERTO LAPA E SILVA5

1,5.UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4.IBICT, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA; PNEUMOLOGIA; PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Introdução: A comunicação científica na área da Saúde é fundamental para a gestão da ciência e para a Saúde Pública. A literatura médica provê estímulo para o avanço na promoção, prevenção, diagnóstico e terapêutica de agravos da saúde, pois tratamentos de sucesso descritos na literatura médica podem ser determinantes para a cura ou mesmo sobrevivência das pessoas. Assim, investigar padrões de comunicação científica da área da Tisiologia e Pneumologia no Brasil, no processo de geração de conhecimento, é disseminação e transferência de informação. **Objetivos:** Identificar a produção científica de autores brasileiros de Tisiologia e Pneumologia, incluindo aspectos relacionados ao periódico científico como canal formal de comunicação e incluindo também os autores da área no período de 1998 a 2006. **Métodos:** Foram construídos dois bancos de dados: 1) Autores que publicaram pelo menos um artigo completo abordando temas da Tisiologia e Pneumologia em periódico científico no período analisado e 2) Periódicos onde tais autores comunicaram suas observações científicas. O período analisado, 1998 a 2006 foi subdividido em 3 outros subperíodos. **Resultados:** A produtividade científica mostrou incremento temporal nos três subperíodos analisados e distribuiu-se quase igualmente entre periódicos nacionais e estrangeiros. O conhecimento científico em Tisiologia e Pneumologia no período analisado foi divulgado em um grande número de periódicos (872). O número de artigos em periódicos estrangeiros cresceu mais do que em periódicos nacionais. Dos 461 autores que constituíram a base no período estudado, apenas 28 publicaram quase 30% dos artigos, denotando forte concentração em um número pequeno de autores. Mais de 90% dos artigos tiveram autoria múltipla. Em relação à área principal de atuação, 28% são tisiopneumologistas, seguidos dos imunologistas, fisioterapeutas, infectologistas e pediatras. Considerando-se que a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, única entidade nacional representativa da especialidade, em 2009 possuía 3.000 membros, verificou-se que apenas 4,3% dos pneumologistas contribuíram no período para a produção e/ou difusão do conhecimento científico na área. **Conclusão:** A produção científica em Tisiologia e Pneumologia é altamente concentrada em poucos periódicos no Brasil. O Jornal Brasileiro de Pneumologia é o periódico

mais utilizados pelos autores. A produção científica em Tisiologia e Pneumologia em muito ultrapassa a formação profissional da especialidade médica. O interrelacionamento de subáreas dentro de uma área maior contribui para o seu desenvolvimento.

PO494 TUBERCULOSE DE PALATO MOLE SIMULANDO NEOPLASIA DE CAVIDADE ORAL METASTÁTICA: RELATO DE CASO

MARCELO BASSO GAZZANA¹; RAFAEL CORREA COELHO²; CARLOS JESUS PEREIRA HAYGERT³; MARIELE BEVILAQUA⁴; HENRIQUE ABELIN⁵; LISSANDRA DAL LAGO⁶

1,2.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4,5,6.UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; CANCER DE CAVIDADE ORAL; ADENOMEGLIAS CERVICAIS

Introdução: A tuberculose é uma doença endêmica e prevalente. Apesar de poder comprometer qualquer órgão, os pulmões são os mais frequentemente envolvidos. Entretanto, algumas manifestações são incomuns, incluindo aquelas em cavidade oral. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com tuberculose de palato mole. **Métodos:** Revisão do prontuário e documentação fotográfica dos exames de imagem e microbiológicos. **Resultados:** Homem de 62 anos, de raça negra, pintor, tabagista, alcoolista, procurou serviço de emergência com dor cervical intensa. Referia também odinofagia há 3 meses, disfagia, emagrecimento de 8 kg no período, anorexia, febre intermitente e tosse produtiva. Ao exame físico, havia volumosas adenomegalias cervicais dolorosas, endurecidas e coalescentes. Na cavidade oral, observou-se massa em palato mole que deslocava a úvula para a direita e envolvia as amídalas. TC cervical confirmou os achados clínicos de extenso envolvimento cervical. Como a impressão inicial foi de neoplasia de cavidade oral avançada, foi colocada sonda de gastrostomia. Foi realizada biópsia da lesão, que evidenciou inflamação granulomatosa crônica com células gigantes e sem células neoplásicas. Durante a hospitalização, houve disfunção respiratória, sendo solicitado radiograma de tórax que demonstrou extenso infiltrado pulmonar bilateral. A suspeita inicial foi de linfângite carcinomatosa. Lavado broncoalveolar broncoscópico demonstrou presença de BAAR. Revisão da lamina da cavidade oral verificou a presença de BAAR em pouca quantidade. Paciente negou contato com pessoas com tuberculose. Iniciou tratamento do RHZ apresentando boa evolução. **Conclusão:** A tuberculose do palato mole deve ser considerada no diagnóstico diferencial das lesões na cavidade oral, mesmo em pacientes cujo quadro clínico e epidemiológico sugira neoplasia de orofaringe.

PO495 A ADESÃO AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE E HIV EM UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO NO INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS (IPEC)- FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO EM 2008 A 2009.

ANGELICA CONCEIÇÃO LYPORAGE FERREIRA¹; NATALIA MEDEIROS DE LIMA²; VALÉRIA CAVALCANTE ROLLA³

1,2.INSTITUTO OSWALDO CRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 3.INSTITUTO DE PESQUISA EVANDRO CHAGAS, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; ADESÃO; HIV

Introdução: O recrudescimento da epidemia de tuberculose representa um dos mais graves e persistentes problemas contemporâneos. O abandono do tratamento dessa doença, estimado atualmente em 8% no Brasil, é considerado um dos maiores obstáculos ao combate da tuberculose no país e à emergência de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes. **Objetivos:** Avaliar a adesão de 50 pacientes ao tratamento concomitante HIV e tuberculose, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. **Métodos:** O presente estudo consiste em avaliar a adesão de pacientes arrolados em um ensaio clínico randomizado para duas doses distintas do anti-retroviral efavirenz (600mg e 800mg), associado aos dois análogos de nucleosídeos e esquemas para tuberculose contendo rifampicina. A adesão ao tratamento foi avaliada durante as respectivas consultas, realizadas mensalmente, através da contabilidade dos medicamentos dispensados. Ambos os tratamentos foram auto-administrados. A adesão foi avaliada usando-se os seguintes parâmetros: $\geq 90\%$, entre 50 e 90% e $<50\%$. **Resultados:** A adesão média à dosagem de 600mg foi equivalente a 72%. Dentre estes, 40% (n= 10) apresentaram adesão $\geq 90\%$, 32% (n=08) atingiram a faixa da adesão de 50% a 90%. Já 20% (n=05) apresentaram uma adesão $<50\%$. Dentre eles, 03 apresentaram reações adversas relacionadas aos tuberculostáticos e interromperam o tratamento por orientação médica e 02 abandonaram o tratamento por conta própria. Para o regime de 800mg, a adesão média corresponde a 68%. Dentre eles, 24% (n= 06) apresentaram adesão ao tratamento $\geq 90\%$, 40% (n= 10) atingiram a faixa da adesão de 50% a 90% e 28% (n=07) apresentaram adesão $<50\%$. Dentre eles, 03 abandonaram o tratamento por conta própria, 03 tiveram reações adversas aos tuberculostáticos e 01 reação adversa ao TARV e descontinuíaram os tratamentos por orientação médica. **Conclusão:** A adesão ao tratamento observada foi baixa se considerarmos que estes indivíduos participam de um ensaio clínico e recebe toda a atenção necessária para seu tratamento da equipe multidisciplinar. A maior quantidade de comprimidos usados pelo grupo de 800mg pode ter contribuído para a menor adesão observada neste grupo. Esforços devem ser direcionados para oferecer suporte ao grupo de menor adesão.

PO496 OSTEOMIELE TUBERCULOSA ESTERNAL E ALCOOLISMO: UM RELATO DE CASO.

ANDRÉ LUIZ DA FONSECA POTRATZ; THÚLIO MINÁ VAGO; HEIDE SHIHO NAGATANI FEITOZA; ÍTALO CADE JORGE; THAIS BERNAL SOTO; CARLOS URBANO GONÇALVES FERREIRA JÚNIOR; CRISPIM CERUTTI JÚNIOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA, ES, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: OSTEOMIELE TUBERCULOSA; TUBERCULOSE; PROPEDEÚTICA

Introdução: Osteomielite esternal por tuberculose é incomum, mas, devido a sua indolência e aos diagnósticos diferenciais, investigação completa é necessária. Cirurgia cardíaca aberta é o principal fator de risco para essa apresentação da doença, embora haja outros, como o alcoolismo. A seguir, relatamos caso de adulto jovem masculino, ex-alcoolista, queixando-se de massa esternal, perda ponderal e febre noturna persistente. **Relato de caso:** Negro, 27 anos, não fumante e ex-alcoolista, foi admitido no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Vitória/ES) devido a massa esternal dolorosa e indolente de surgimento havia um ano. Também relatou perda ponderal

(14kg em 7 meses), febre noturna persistente, sudorese noturna nos últimos 4 meses, assim como contato próximo, nos últimos 2 anos, com mulher portadora de tosse crônica. Exame físico na admissão revelou mucosas moderadamente pálidas, cicatriz de vacina BCG em braço direito, avaliação cardíaca normal, FR = 32 ipm, ausculta respiratória normal, adenopatia axilar direita e extensa massa externa, com bordas eritematosas e endurecidas, com ponto de flutuação central, dolorosa à palpação. Propedêutica laboratorial revelou anemia normocítica, trombocitopenia e sorologia para HIV (ELISA) negativa. Teste de Mantoux positivo (enduração = 20mm). US da lesão revelou abscesso loculado, diâmetro = 10cm, com extensão ultrapassando o esterno e infiltrando-se no mediastino. TC de tórax mostrou extensa lesão osteolítica invadindo cartilagens costais e mediastino, acompanhada de adenopatia hilar. Pelo aspecto acastanhado do aspirado do abscesso, suspeitou-se de nocardiose e terapia com sulfametoxazol/trimetoprim foi iniciada. Com piora da condição clínica, paciente desenvolveu sinais de compressão do plexo braquial (paresia e parestesia em mão esquerda), e a antibióticoterapia foi mudada para amicacina e imipenem. PAAF, realizada na admissão, evidenciou BAAR, e culturas mostraram-se positivas para micobactérias, ainda não especificadas. Paciente, então, foi submetido a esternectomia total e costectomia segmentar, e tratamento para tuberculose (TB) com rifampicina, isoniazida e pirazinamida foi iniciado. Logo, paciente mostrou sinais de melhora clínica. Exame histopatológico de material cirúrgico revelou osteomielite com típica formação de granuloma tuberculoso. Discussão: TB esternal afeta predominantemente jovens adultos do sexo masculino, com ou sem fatores predisponentes, residindo em áreas onde a TB é endêmica. Diagnósticos diferenciais incluem malignidade, sarcoidose, actinomicose, nocardiose e infecções fúngicas. Embora contribua para menos de 1% de todos os casos de TB, atenção para osteomielite esternal é necessária em países endêmicos, como o Brasil.

PO497 O TABAGISMO COMO UM FATOR DE RISCO PARA A DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA EM MEMBROS INFERIORES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ANA CAROLINA DE MORAES OLIVEIRA; MARISA DO CARMO FERREIRA SANTOS

PUC - CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA CRÔNICA; TABACO; FATORES DE RISCO

Intrudução: Dentre as afecções vasculares a que mais ocasiona complicações é a doença arterial obstrutiva crônica (DAOC), que atinge 6,5% da população, além de possuir etiologia multifatorial, portanto o reconhecimento dos fatores de risco se torna primordial para a prevenção e controle do aparecimento da doença arterial periférica. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo verificar quais as influências do uso do tabaco na manifestação da doença arterial obstrutiva crônica em membros inferiores, com intuito de analisar as circunstâncias em que o uso do tabaco é considerado um fator de risco e qual sua prevalência na isquemia vascular periférica. **Métodos:** Para isso foi realizado um estudo de natureza bibliográfica utilizando 25 artigos, obtidos através da coleta de dados em periódicos da Biblioteca do Centro de Ciências da Vida da PUC - Campinas e Biblioteca da Faculdade de Ciências

Médicas da Universidade Estadual de Campinas e em periódicos "on line" obtidos através da Biblioteca virtual da em Saúde (BVS), BIREME (Centro Latino-Americana e do Caribe em ciência da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciência da Saúde) e Cochrane, do período 1999 a 2009, rastreando artigos publicados em português e utilizando como descritores: doença arterial crônica, tabagismo, aterosclerose, doenças vasculares periféricas, fatores de risco. **Resultados:** O uso do cigarro é o fator de risco mais significativo da Doença Arterial Obstrutiva Periférica, além de estar diretamente associado com o aumento da incidência de amputações, decorrente da doença arterial periférica. A prevalência é maior no sexo masculino e pessoas com idade acima de 70 anos; Pacientes já diagnosticados com doença arterial crônica, mais de 80% são tabagistas e na maioria das vezes analfabetos, e desconhecem os malefícios do tabaco. **Conclusão:** Concluímos que o uso do tabaco é o mais importante fator de risco modificável para a Doença Arterial Obstrutiva Crônica, e o fumo possui uma associação direta com a doença coronariana o que eleva o risco de aumentar a incidência da doença periférica. Enfatiza-se a importância de que os profissionais da área de saúde estejam empenhados e atentos ao controle, prevenção e tratamento do tabagismo, pois, é um fator de risco evitável.

PO498 FATORES RELACIONADOS AO TABAGISMO E AO SEU ABANDONO

DIOGO BARBALHO CARDOSO; ANA PAULA COTA PINTO COELHO; MARCELO RODRIGUES; ANDY PETROIANUUFMG, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ABANDONO DO USO DO TABACO; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: O tabagismo é um vício, provocado pela nicotina e por outras substâncias tóxicas presentes no cigarro e é a maior causa isolada e evitável de óbito no mundo ocidental. Estima-se que cerca de três milhões de pessoas morrem por ano devido ao fumo, diminuindo sua expectativa de vida em aproximadamente oito anos. Dessa forma, é de fundamental importância que programas antitabagismo sejam implementados, para prevenir doenças decorrentes do fumo. Entre os benefícios da interrupção do tabagismo destacam-se a redução do risco de isquemia e infarto do miocárdio e a menor progressão de doenças pulmonares. De modo geral, os fumantes são portadores de maior quantidade de doenças do que a população em geral. **Objetivos:** Verificar a prevalência do hábito de fumar em um grupo profissional e evidenciar quais fatores estão relacionados ao tabagismo e ao seu abandono. **Métodos:** Foram avaliados, prospectivamente, 494 funcionários da Procuradoria Geral de Justiça de Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte, consecutivos e aleatoriamente incluídos. Eles responderam a questionário relacionado ao tabagismo, com vista à avaliação de fumantes, não-fumantes e ex-fumantes. Foram incluídas as variáveis idade, sexo, nível educacional, estado civil, prática de atividades esportivas, religião e uso de bebidas alcoólicas. A existência de correlação entre o tabagismo e as variáveis estudadas foi verificada utilizando o teste de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Aos fumantes foi também aplicado o teste de Fagerstrom modificado, para estabelecer o grau de dependência ao vício. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP no dia

18 de março de 2009. **Resultados:** Nesta amostra, 58% dos funcionários eram do sexo feminino e 42% do sexo masculino. A idade variou entre 16 e 69 anos, com média de $36,1 \pm 10,5$ anos. Do total pesquisado, 8,2% eram fumantes regulares, 3,5% fumantes ocasionais, 13,3% ex-fumantes e 74,9% não-fumantes. Entre os fumantes, 76,5% tinham pouca dependência, 13,7% dependência moderada e 9,8% dependência grave. Verificou-se que a prática de religião ($p < 0,001$), independentemente da crença ($p = 0,642$), e a prática de atividades esportivas ($p = 0,002$) são fatores de proteção em relação ao tabagismo. Uso de bebidas alcoólicas ($p < 0,001$) e idade mais avançada ($p = 0,002$) correlacionaram-se com o tabagismo. Entretanto, não houve associação do tabagismo com sexo ($p = 0,38$), nível educacional ($p = 0,086$), ou estado civil ($p = 0,392$). Entre os ex-fumantes, os três principais fatores que os levaram a parar de fumar foram iniciativa própria (23,4%), receio de ter doença grave (13,83%) e odor do cigarro (13,3%). **Conclusão:** Indivíduos jovens, praticantes de atividade física e religiosa, não consumidores de bebidas alcoólicas são menos suscetíveis ao vício do cigarro.

PO499 PREVALÊNCIA DO TABAGISMO EM ACADÊMICOS DE MEDICINA

TIAGO GUIMARÃES GOMEZ BARRETO; ALENCAR DE SOUZA FERREIRA ALENCAR; FLAVIANE REBELLO SIQUEIRA; VÍCTOR RODRIGUES DE OLIVEIRA; ADRIELLE ARRUDA FRANCO; PEDRO SAMORA COSTA PEREIRA; THIAGO SESTI SILVA CRUZ; UBIRAJARA MARQUES GUIMARÃES
UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS, ARAGUARI, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PREVALÊNCIA; TABAGISMO; ACADÊMICOS DE MEDICINA

Introdução: O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens no mundo e no Brasil, antes visto como um estilo de vida é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil temos cerca de 200 mil mortes por ano em decorrência do tabagismo. No ano de 2008, 14,8% dos jovens brasileiros entre 18 e 24 anos tinham o hábito de fumar. Há 20 anos esse percentual era de 29%, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Objetivos:** Avaliar a prevalência do tabagismo em estudantes de medicina de Araguari - MG (UNIPAC), abordando fatores associados, como início e condições relacionadas ao vício. **Materiais e Métodos:** Os dados foram coletados de uma amostra de 307 acadêmicos matriculados na Famed/Unipac no 1º semestre letivo de 2010, que responderam a um questionário anônimo autoaplicável, contendo perguntas sobre consumo e atitudes relacionadas ao tabagismo. **Resultados:** Na amostra de 307 acadêmicos avaliados a média de idade foi de $22,8 \pm 4,6$ anos sendo que destes 11,07% são tabagistas, com predomínio do sexo masculino (76,46%) entre os tabagistas, sendo que dentro desse grupo a idade média foi de $24 \pm 4,5$ anos, com idade média de início do hábito de fumar de $15,7 \pm 1,8$ anos, no qual 73,53% alegaram que iniciaram o hábito por influência dos amigos e/ou modismo. Foi observado consumo médio de 13 cigarros por dia, além disso, 50% já tentaram parar o vício por pelo menos duas vezes; 70,58% associaram o hábito de fumar a quadros de ansiedade, além do mais, 30,28% dos tabagistas também alegaram ter dificuldades para dormir, contudo entre os não tabagistas

apenas 23,25% alegaram dificuldades para dormir; outro fator importante é que 41,18% dos tabagistas referiram já ter feito uso de drogas ilícitas, já entre os não tabagistas 15,7% responderam ter feito uso dos mesmos. Entre os ex-tabagistas (4,88% da amostra), 100% alegaram ter parado de fumar por vontade própria sem a necessidade de medicamentos, terapia ou qualquer outro meio. **Conclusão:** Observamos que a prevalência do tabagismo entre os estudantes de Medicina é semelhante à média nacional, com predomínio do sexo masculino, além disso, segundo os dados apurados, o fator tabagismo apresentou uma grande correlação com o uso de drogas ilícitas se compararmos os resultados dos tabagistas com o dos não tabagistas; esses dados são preocupantes, já que como futuros profissionais da saúde, os acadêmicos são formadores de opinião e servem como exemplo para a sociedade. Isso leva a pensar que é importante que certas medidas sejam tomadas no intuito de diminuir a incidência do tabagismo entre acadêmicos de Medicina devido à influência que os mesmos tem dentro da comunidade.

PO500 ADOLESCENTES FUMANTES EXIBEM MAIOR GRAU DE ESTRESSE DO QUE OS NÃO FUMANTES.

AMANDA GIMENES BONILHA; ANTÔNIO RUFFINO-NETTO; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESTRESSE; ADOLESCÊNCIA

Introdução: A adolescência é o período de maior risco para início e estabelecimento da dependência ao fumo. É nessa fase que a maioria dos fumantes se inicia no vício. Experiências estressantes podem estar envolvidas com a experimentação dos cigarros. O conhecimento de como o estresse influencia a experimentação dos cigarros e a manutenção do vício entre adolescentes é um elemento importante para o estabelecimento de estratégias educacionais de prevenção mais focalizadas e eficazes. **Objetivos:** Avaliar e comparar o grau de estresse entre adolescentes fumantes e não fumantes. **Métodos:** Estudantes do ensino médio foram convidados a responder um questionário padronizado aplicado durante o período de aulas. O estresse foi avaliado pela Escala de Estresse Percebido. **Resultados:** Os questionários foram respondidos por 1274 alunos do ensino médio do Município de Ribeirão Preto selecionados a partir de 7 escolas sorteadas. Desse total de alunos, 130 (10,2%) referiam uso de cigarros nos últimos 30 dias. A idade média dos fumantes foi de $16,24 \pm 1,04$ anos, havendo 61 sujeitos do sexo feminino e 69 do masculino. Um grupo controle foi formado a partir dos alunos que nunca experimentaram cigarros, com pareamento por idade e gênero. A idade do grupo controle foi $16,24 \pm 1,04$ anos. Os fumantes tiveram uma idade média de experimentação dos cigarros igual a $13,43 \pm 2,18$ anos. A média do escore do questionário de dependência nicotínica de Fagerström foi de $1,58 \pm 2,06$. O grupo de fumantes exibiu um Escore de Estresse Percebido significativamente superior ao do grupo controle ($27,11 \pm 8,33$ X $24,78 \pm 8,16$). Não houve correlação significativa entre os Escores de Estresse com o teste de Fagerström ou com a idade de experimentação. **Conclusão:** Estresse psicológico parece ser um elemento importante para a Introdução no tabagismo.

APIOIO: FAPESP, processo 09/50562-0

PO501 ESTUDO MORFO-FUNCIONAL DO APARELHOS PIRATÓRIO EM RATOS EXPOSTOS À FUMAÇA DO CIGARRO E AO ÁLCOOL

KARLA LUCIANA MAGNANI¹; DANIELE CRISTINA CATANE²; VERA LÚCIA CAPELOZZI³; MARIA APARECIDA CUSTÓDIO DOMINGUES⁴; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANE⁵

1.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.5.PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ALCOOLISMO; ESTRESSE OXIDATIVO

Introdução: Visto que 80-95% dos estilistas são também tabagistas, é desejável que modelos experimentais de estudo dos efeitos deletérios do consumo crônico do álcool incluam grupos com a associação de etilismo e tabagismo, permitindo desta forma, mimetizar, de maneira mais precisa, os efeitos do abuso crônico do álcool em humanos. **Objetivos:** Investigar os efeitos da exposição crônica à fumaça do cigarro e ao álcool nas alterações morfo-funcionais provocadas por estas agressões no aparelho respiratório de ratos. **Métodos:** cento e vinte ratos machos Wistar foram divididos em oito subgrupos de quinze animais (controle, tabagista, alcoolista e alcoolista + tabagista) em dois tempos experimentais (180 e 260 dias). A evolução do peso e comprimento dos animais foi aferida semanalmente. As alterações morfo-funcionais pulmonares (presença de reação inflamatória e estimativa de enfisema) foram avaliadas através do estudo histológico em microscopia óptica e eletrônica e estudo da complacência do pulmão isolado. **Resultados:** o peso corpóreo e o comprimento dos animais dos três grupos experimentais foram menores que os do grupo controle, sendo os menores valores de peso os do grupo alcoolista + tabagista. A estimativa de enfisema pulmonar também foi maior nos alcoolista + tabagistas. Os animais dos grupos tabagista e tabagista + alcoolista apresentaram menor complacência e maior incidência de bronquiolite. **Conclusão:** Tanto o tabaco quanto o álcool afetaram o crescimento do animal. As alterações pulmonares foram mais pronunciadas nos grupos expostos ao tabaco.

PO502 ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO DO APARELHO RESPIRATÓRIO EM RATOS EXPOSTOS À FUMAÇA DO CIGARRO E AO ÁLCOOL

KARLA LUCIANA MAGNANI¹; DANIELE CRISTINA CATANE²; VERA LÚCIA CAPELOZZI³; MARIA APARECIDA CUSTÓDIO DOMINGUES⁴; ANTONIO JOSÉ MARIA CATANE⁵

1.ALUNO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.5.PÓS-GRADUAÇÃO EM BASES GERAIS DA CIRURGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 3.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 4.DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ALCOOLISMO; ESTRESSE OXIDATIVO

Introdução: O tabaco e o álcool, que tanto agredem o organismo, estão associados em mais de 80% dos etilistas. A progressão e controle do crescimento celular normal e

anormal podem estar alterados no uso crônico destas drogas. **Objetivos:** Investigar os efeitos da exposição crônica a fumaça do cigarro e ao álcool nos distúrbios imunohistoquímicos provocados por estas agressões no aparelho respiratório de ratos. **Métodos:** cento e vinte ratos machos Wistar foram divididos em oito subgrupos de quinze animais (controle, tabagista, alcoolista e alcoolista + tabagista) em dois tempos experimentais (180 e 260 dias). O estudo imunohistoquímico foi realizado através da pesquisa da expressão de survivina, proteína P53, antígeno nuclear de proliferação celular (PCNA) e do índice apoptótico, pela técnica de TUNEL, no parênquima pulmonar e na traquéia. **Resultados:** Os animais do grupo tabagista e tabagista + etilista apresentam maior expressão para a survivina nas traqueias e maior índice apoptótico bronquiolar. Os três grupos experimentais apresentaram imunexpressão negativa para a proteína P53. **Conclusão:** A redução da expressão do PCNA provocada pelas duas drogas, e o maior índice apoptótico bronquiolar nos tabagistas, podem ser responsáveis pelo enfisema. A exposição negativa da P53 sugere que apesar da agressão a carcinogênese ainda não ocorreu.

PO503 PERFIL DOS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DE TABAGISMO EM GRUPO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO

MARIANA ROQUE BESERRA; ÂNGELA SANTOS FERREIRA; RENATA NATARIO TOSTES ALVIM; REGINA CELIA SIQUEIRA SILVA; RENATA ULIANA; VILMA APARECIDA SILVA FONSECA; CYRO TEIXEIRA SILVA JUNIOR; MIGUEL ABIDON AIDÉ

UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; EPIDEMIOLOGIA; ABANDONO DO USO DE TABACO

Introdução: História tabágica e características sócio-demográficas dos tabagistas devem ser avaliadas previamente ao tratamento pois podem interferir nas taxas de abstinência a curto e longo prazo. **Objetivos:** Analisar o perfil dos tabagistas e fatores associados ao sucesso do tratamento. **Métodos:** Foram avaliados 137 pacientes que participaram de 6 sessões de grupo do programa de tratamento do tabagismo no Hospital Universitário Antônio Pedro, no período de março de 2007 a dezembro de 2009. Características sócio-demográficas e história de dependência à nicotina (escala de Fagerstrom) foram estudadas. Os dados foram coletados através das entrevistas iniciais de avaliação. **Resultados:** Dos 137 pacientes avaliados, 95 (69 %) eram do sexo feminino, com média de idade de 50,7 ± 8,9 anos (23-76). A maioria (70%) tinha cursado pelo menos o ensino médio completo. Oitenta e um pacientes (59%) moravam sozinhos e 56 (41%) viviam com companheiro (a). História familiar de tabagismo foi verificada em 115 (84%). Dos 137 pacientes, 97 (71,0 %) apresentavam grau de dependência à nicotina elevado ou muito elevado. A média de cigarros fumados foi de 26 ± 14 cigarros/dia, a idade de início do tabagismo foi 15,7 ± 3,8 anos e o tempo médio de tabagismo de 34,7 ± 9,9 anos. A maioria (69 %) já tinha feito uma ou mais tentativas para parar de fumar. Os motivos relatados no início do grupo para parar de fumar foram: saúde (66%), qualidade de vida (20%), família (19%), outros (23%). Alguns pacientes apresentaram mais de um motivo. Após 6 sessões de tratamento em grupo, 104 (76 %) pararam de fumar. Dos 104 que pararam, apenas 6 pacientes (6%) não utilizaram medicação enquanto que entre os 33

que não pararam, 13 (39%) não utilizaram. Na avaliação de risco relativo, o uso de medicamentos (OR=8,12, p= 0,0004) e a condição de viverem com companheiro(a) (OR=2,66, p=0,027) contribuíram significativamente para o sucesso do tratamento. Conclusão: É importante realizar uma avaliação prévia do perfil do fumante que procura um centro especializado para que medidas possam ser tomadas antes e durante a abordagem terapêutica com objetivo de aumentar a taxa de sucesso do tratamento.

PO504 TRATAMENTO EM GRUPO DOS TABAGISTAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO: AVALIAÇÃO IMEDIATA E APÓS SEIS MESES DE ACOMPANHAMENTO

MARIANA ROQUE BESERRA; ÂNGELA SANTOS FERREIRA; RENATA NATARIO TOSTES ALVIM; REGINA CELIA SIQUEIRA SILVA; RENATA ULIANA; VILMA APARECIDA SILVA FONSECA; GLADIS I YAMPARA; CYRO TEIXEIRA SILVA JUNIOR

UFF, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRATAMENTO; ABANDONO DO USO DE TABACO

Introdução: Tabagismo é doença crônica e recorrente. Apesar da atual disponibilidade de recursos eficazes para o tratamento, ainda é alto o índice de recaída. **Objetivos:** Avaliar o sucesso imediato e após seis meses de tratamento. **Métodos:** Foram avaliados 137 pacientes que participaram de 6 sessões semanais de grupo do programa de tratamento do tabagismo no Hospital Universitário Antônio Pedro no período de março de 2007 a dezembro de 2009. Os dados sócio-demográficos e a história de dependência à nicotina foram coletados das entrevistas de avaliação inicial. Para avaliação de recaída foi utilizado um roteiro de entrevista telefônica. No momento da entrevista existiam pacientes que haviam concluído o tratamento entre 6 meses e 2 anos. Neste trabalho apresentaremos os resultados de 6 meses pós tratamento. **Resultados:** Dos 137 pacientes avaliados, 95 pacientes (69%) eram do sexo feminino, com média de idade de $50,7 \pm 8,9$ anos (23-76). A maioria (71%) apresentava grau de dependência à nicotina elevado ou muito elevado. Cento e dezoito pacientes (86%) fizeram tratamento medicamentoso e 19 pacientes (14%) não usaram medicação. Os medicamentos utilizados foram: adesivo de nicotina (78 pacientes); bupropiona (10 pacientes); adesivo de nicotina e bupropiona (16 pacientes); vareniclina (14 pacientes). O tempo médio de medicação foi de 2 meses e 18 dias. Dos 104 pacientes que pararam, apenas 6 pacientes (6%) não utilizaram medicação. Em relação às taxas de abstinência os resultados foram: na sexta e última sessão de grupo 76% dos pacientes haviam parado de fumar. Entretanto, apenas 52% destes permaneciam abstinentes após seis meses de acompanhamento. O tempo médio para recaída foi de 5 meses. **Conclusão:** As elevadas taxas de abstinência imediata (76%) e após 6 meses de tratamento (52%) possivelmente estão relacionadas ao maior conhecimento do perfil destes pacientes, acompanhamento a longo prazo e utilização de terapia farmacológica. Entretanto, a queda de abstinência observada em 6 meses sugere que só estudos de longo prazo poderão indicar aos clínicos a real eficácia deste tratamento. A dependência de qualquer droga é doença crônica.

PO505 TABAGISMO ENTRE PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO SUL DO BRASIL

RAFAEL BALSINI BARRETO¹; RAFAEL STEINWANDTER²; THAIS ROSSONI WEBER³; ANDRÉ PACHECO SILVA⁴; JOICE MANES⁵; RAFAELLA DABOIT CASTAGNA⁶; MARIANGELA PIMENTEL PINCELLI⁷; LEILA JOHN MARQUES STEIDLE⁸

^{1,2,6,7,8} UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; ^{3,4,5} HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PACIENTES INTERNADOS; CESSAÇÃO TABÁGICA

Introdução: Atualmente a OMS considera a dependência do tabaco uma doença de proporções pandêmicas, responsável por mais de 50 doenças e por mortes precoces, logo abordar fumantes que procuram serviços de saúde por quaisquer motivos é sempre recomendável. Em geral, pacientes hospitalizados compõem um grupo específico de indivíduos, que oportunamente necessita de abordagem comportamental e eventualmente farmacológica, no entanto poucas instituições disponibilizam essa abordagem durante a internação. Conhecer as características dessa população para instituir estratégias futuras dirigidas aos tabagistas hospitalizados é fundamental. **Objetivos:** Avaliar a prevalência de tabagismo e o perfil de pacientes hospitalizados no HU-UFSC. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal em que foram incluídos todos os pacientes maiores de 18 anos, hospitalizados há mais de 24 horas e em condições clínicas de participar do estudo, após assinarem o TCLE. Durante dois dias do mês de maio de 2010, eles foram convidados a responder a um questionário estruturado com perguntas fechadas sobre: dados demográficos, socioeconômicos, motivo da internação e aspectos do perfil tabágico. Foi realizada análise descritiva dos Resultados. **Resultados:** Foram entrevistados 127 pacientes, dos quais 23 eram tabagistas atuais (18%), 43 ex-tabagistas (34%) e 61 não tabagistas (48%). Os tabagistas tinham em média $43,3 \pm 14,8$ anos, 60% eram do sexo masculino, tinham renda mensal familiar média de $3,6 \pm 2,3$ salários, 91,3% possuíam no máximo o ensino fundamental completo, 78,3% eram trabalhadores ativos; a maioria (52,2%) encontrava-se internada por motivos clínicos, enquanto 30,4% por motivos cirúrgicos. Perfil tabágico: idade de início foi em média $17,1 \pm 8,8$ anos; 61% iniciaram por influência de amigos, carga tabágica média foi de $29 \pm 23,5$ anos/maço; 65,2% tinham consumo diário de até 20 cigarros; graus de dependência (Fagerström): muito baixo (9%), baixo (18%), médio (18%), elevado (36%), muito elevado (18%); tentativas anteriores de cessação – 74% dos tabagistas; desejo de cessação – 70%; fumo durante a internação – 30,4%; gostaria que existisse fumódromo – 65,2%; aceitariam receber tratamento específico – 65,2%; estado motivacional antes da internação: 52,2% em pré-contemplação, durante a internação: 34,8% em fase de ação; síndrome de abstinência – 17,4%; tabagismo passivo associado – 78,3%; 60% dos pacientes apresentavam mais de dois sintomas respiratórios. **Conclusão:** Apesar de interesse institucional, constata-se que o tabagismo constitui um problema presente e negligenciado, inclusive entre nossos pacientes hospitalizados. Embora pequena, a amostra sugere que a maioria dos tabagistas internados tem alta dependência, encontram-se motivados à cessação e gostariam de receber tratamento durante esse período.

Conhecendo melhor essa população, podemos desenvolver um programa permanente de cessação ao tabagismo, aproveitando o momento sensibilizador da internação.

P0506 PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO EM ESTUDANTES DO SEXTO ANO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

LEONARDO DIAS RIBEIRO; ÂNGELA SANTOS FERREIRA; VILMA APARECIDA SILVA FONSECA; ANTONIO CARLOS FERREIRA CAMPOS; NICOLAU PEDRO MONTEIRO; MIGUEL ABIDON AIDÉ; CARLOS ROBERTO M. DE ANDRADE; CRISTOVÃO CLEMENTE RODRIGUES
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; EPIDEMIOLOGIA; ESTUDANTES DE MEDICINA
Introdução: Profissionais de saúde têm influência significativa no hábito de fumar dos pacientes. Estudos demonstram que a prevalência do tabagismo nos estudantes de medicina é inferior à da população geral. **Objetivos:** Avaliar a prevalência e as características do tabagismo nos estudantes do sexto ano de medicina da Universidade Federal Fluminense. **Métodos:** Estudo transversal realizado com alunos do sexto de medicina nos meses de agosto e setembro de 2007, utilizando questionário auto-aplicável contendo perguntas sobre dados demográficos, história tabágica e opinião sobre tabagismo no ambiente hospitalar. **Resultados:** Dos 147 alunos matriculados, foram incluídos no estudo 140 que responderam o questionário, 95 eram do sexo feminino e 45 do sexo masculino, com média de idade de 25 anos. A prevalência de tabagismo nos estudantes foi de 6,43%, inferior à demonstrada na literatura. Apesar de apresentarem grau moderado de dependência à nicotina não tinham interesse em parar de fumar. Todos os tabagistas e ex-tabagistas bebiam regularmente o que demonstra a ligação entre o uso das duas drogas. Apesar da maioria dos estudantes (fumantes, ex-fumantes e não fumantes) responder que o fumo não deveria ser permitido nas dependências do hospital, 2,9% deles disseram que não se incomodavam diante de pessoas fumando dentro da unidade, demonstrando desconhecimento ou negligência aos malefícios do tabagismo passivo. **Conclusão:** É importante que as escolas médicas tenham uma maior atuação, inserindo e dando maior ênfase ao ensino do tabagismo em seus currículos, já que médicos que fumam são mais permissivos e menos inclinados a tratar pacientes tabagistas.

P0507 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HANNA NOSCHANG¹; SIBELE KLITZKE²; LUIZ AUGUSTO PIRES DE LIMA³; JÚLIO CÉSAR STOBBE⁴

1,2,3.UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL;
4.HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; INTERNAÇÃO HOSPITALAR; HOSPITAIS LIVRES DE TABACO

Introdução: Apesar da maioria dos hospitais brasileiros serem considerados ambientes livres de tabaco, alguns pacientes conseguem manter o consumo de cigarros dentro destas instituições. É extremamente importante que pacientes hospitalizados cessem o uso do tabaco em função de sua influência na recuperação da sua saúde e da saúde dos demais pacientes internados, uma vez que o tabagismo predispõe à recorrência de diversas doenças e prejudica os processos de cicatrização. **Objetivos:** Determinar a

prevalência de tabagismo ativo durante a internação hospitalar de pacientes submetidos à intervenção cirúrgica e identificar os aspectos sócio-demográficos da população em estudo. **Métodos:** O estudo, do tipo transversal, foi realizado no Hospital São Vicente de Paulo, hospital de referência em alta complexidade, na cidade de Passo Fundo – RS, onde foram entrevistados 88 pacientes tabagistas internados para a realização de procedimentos cirúrgicos no período de dezembro de 2008 a novembro de 2009. Para a coleta de dados, utilizou-se questionário sob a forma de uma entrevista estruturada de dados demográficos, o Teste de Dependência Nicotínica de Fargerström e o CAGE para definir dependência alcoólica. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 50,35 ± 15,31 anos e 53 (60,2%) eram do sexo masculino. Do total, 10 pacientes (11,4%) fumaram no ambiente hospitalar. Desses, 7 (70%) eram do sexo masculino e 6 (60%) tiveram tempo de escolaridade inferior a 11 anos. A média da renda per capita foi de 1,9 salários mínimos. Sete pacientes coabitavam com tabagistas no domicílio e nenhum deles havia realizado tratamento prévio para a cessação do tabagismo. Segundo o Teste de Fargerström, 6 (60%) foram classificados como dependentes à nicotina, sendo que 2 deles apresentaram elevada dependência. Com relação ao CAGE, 2 (20%) pacientes foram considerados dependentes de álcool, dos quais apenas um apresentou concomitante dependência à nicotina. Referentemente ao questionamento de doenças crônicas, por autorrelato, todos os 10 tabagistas ativos responderam ter doença crônica, sendo que 8 citaram mais de 3 diagnósticos. Comparando-se os grupos de tabagistas ativos e abstinentes durante a internação, observou-se média de idade 8 anos maior no grupo ativo e renda per capita superior em 27%. Um número maior de dependência nicotínica e menor de dependência alcoólica caracterizaram o grupo ativo. Evidencia-se que 1 paciente que estava abstinente há 7 dias, fumou durante a internação. **Conclusão:** Desse modo, fica claro que o tabagismo não é incomum em pacientes internados em hospitais livres de tabaco, fato que deve ser considerado pelas instituições de saúde. Afinal, o tabagismo é uma doença que carece de intervenções terapêuticas e planejamento de medidas de controle efetivas também no ambiente hospitalar.

P0508 IMPACTO DA ANGIOPLASTIA CORONARIANA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

HANNA NOSCHANG¹; SIBELE KLITZKE²; LUIZ AUGUSTO PIRES DE LIMA³; JÚLIO CÉSAR STOBBE⁴

1,2,3.UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL;

4.HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, PASSO FUNDO, RS, BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; angioplastia; intervenção pró-ativa

Introdução: Situações de crise e eventos envolvendo sérios riscos para a saúde, como infarto agudo do miocárdio, admissão hospitalar, cirurgia e perda de parentes por doenças relacionadas ao cigarro, podem representar uma importante motivação para a cessação do tabagismo. Sabe-se que a cirurgia de revascularização do miocárdio é um importante determinante para cessação do tabagismo, entretanto, dados relacionados à angioplastia coronariana não são bem compreendidos. **Objetivos:** Determinar a taxa de cessação do tabagismo em pacientes submetidos à angioplastia coronariana para revascularização miocárdica. **Métodos:** O estudo, do tipo série de casos, foi realizado no Hospital São

Vicente de Paulo, na cidade de Passo Fundo – RS, onde foram entrevistados 18 pacientes tabagistas internados para a realização de angioplastia coronariana no período de janeiro a novembro de 2009. Utilizou-se questionário de dados demográficos e o Teste de Dependência Nicotínica de Fagerström. Na alta hospitalar, foi realizada intervenção breve pró-ativa para cessação tabágica de acordo com o Consenso Nacional sobre Abordagem e Tratamento do Fumante. Os pacientes foram seguidos de forma domiciliar, 30 dias após alta hospitalar, onde foi realizada a mensuração do monóxido de carbono no ar exalado (COex) e da carbohemoglobina (%COHb), aliado à pergunta se fumou nas últimas 24 horas. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 49,8 anos $\pm$ 11,6 e 16 (89,9%) eram do sexo masculino. Em relação à escolaridade, 10 (55,6%) tiveram tempo de estudo inferior a 11 anos. A média da renda per capita foi de 1,5 salários mínimos. Nove pacientes coabitavam com tabagistas no domicílio e apenas um havia realizado tratamento prévio para a cessação do tabagismo. Segundo o Teste de Fagerström, 12 (66,7%) foram classificados como dependentes à nicotina, sendo que três desses apresentaram elevada dependência. Após a intervenção hospitalar sistemática breve, em visita domiciliar 30 dias após a angioplastia, 11 (61%) pacientes referiram não ter fumado nas últimas 24h. A mensuração do COex no grupo abstinente apresentou média inferior em 14,1 pontos em relação ao grupo ativo ($5,6 \pm 5,9$ PPM versus $19,7 \pm 15,38$ PPM, respectivamente). De forma análoga, a mensuração do %COHb revelou valores inferiores no grupo abstinente ($0,98\% \pm 22,1\%$ versus $2,33\% \pm 2,61\%$ no grupo ativo). A análise de tabagismo passivo, que não foi realizada em nosso estudo, pode servir como viés nos resultados das mensurações domiciliares do COex/COHb. **Conclusão:** Embora este seja um estudo de pequenas proporções, limitado a uma variável única, os dados obtidos foram aferidos de forma objetiva pelo COex/COHb e corroboram com trabalhos que demonstram que o momento da internação hospitalar e principalmente procedimentos como cirurgia de revascularização do miocárdio e angioplastia deixa o indivíduo mais vulnerável à intervenção para cessação do tabagismo, sendo assim, uma importante janela de oportunidade.

PO509 ATENDIMENTO INDIVIDUAL SISTEMÁTICO: UM NOVO MODELO NO COMBATE AO TABAGISMO. Resultados DE 100 PACIENTES.

THIAGO PRUDENTE BÁRTHOLO; THIAGO THOMAZ MAFORT; JOSE GUSTAVO OLIVEIRA; FILIPE DOS SANTOS LIMA; RAFAELA MADUREIRA BARCELOS; JULIANA AMENDOLA ANISIO; ROGÉRIO RUFINO; CLAUDIA HENRIQUE DA COSTA

UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; MODELO DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL; FAGESTRÖM

Introdução: As consultas ambulatoriais realizadas no Ambulatório de antitabagismo do Serviço de Pneumologia – UERJ utilizam um novo modelo de atendimento. Diferente da clássica metodologia de avaliação em grupos, as consultas ambulatoriais são individualizadas e sempre realizadas por médico treinado no tema. A técnica utilizada é a cognitiva comportamental aliada, se necessário, ao uso de medicações. **Objetivos:** a) Analisar o perfil clínico dos tabagistas no

ambulatório da PPC; b) Avaliar a eficácia desse novo método de atendimento. **Métodos:** Estudo observacional do período de 2008 a 2010 dos 100 primeiros pacientes avaliados. Na primeira consulta, objetiva-se conhecer os hábitos dos pacientes, entender a relação com o cigarro, definir os fatores desencadeantes, aplicar o questionário de Fagerström e traçar uma estratégia individualizada. Os pacientes são remarcados para as semanas subsequentes e, a partir daí, é definida a necessidade ou não do uso de medicação. Desde a primeira consulta são solicitados hemograma, perfil lipídico, VHS, uréia, creatinina, radiografia de tórax, eletrocardiograma e prova de função respiratória. Os pacientes foram divididos em três diferentes grupos. O primeiro grupo foi composto pelos pacientes que compareceram a mais de 2 consultas e que conseguiram parar de fumar por mais de 2 meses. O segundo grupo foi daqueles que compareceram a mais de 2 consultas, porém não conseguiram parar de fumar, e o terceiro grupo, dos pacientes que não compareceram a mais de 2 consultas. Consideramos como efetivos todos os pacientes que vieram a pelo menos 2 consultas. **Resultados:** A idade média dos 100 pacientes foi de 49 anos e 66% eram do sexo feminino. A média de Fagerström foi de 5,37, com 75% dos pacientes apresentando comorbidade no primeiro atendimento, sendo a mais frequente a hipertensão arterial sistêmica (38%). Nove pacientes apresentavam DPOC no encaminhamento e após as consultas, houve um incremento de 18 novos casos desta doença. Dos pacientes efetivos, 84% conseguiram parar de fumar por mais de dois meses. O acompanhamento destes pacientes é feito de forma sistemática e após terem parado de fumar por mais de 2 meses, 10 pacientes (21%) apresentaram recidiva, sendo que 3 conseguiram voltar a parar de fumar. Todos os 9 pacientes efetivos e que nunca conseguiram parar de fumar apresentavam comorbidades, incluindo 3 com doenças psiquiátricas graves. A média de Fagerström deste grupo foi maior do que a média (6). Entre os pacientes que não retornaram a mais de 2 consultas, observamos que o Fagerström era menor que a média (5,09). **Conclusão:** Este modelo de atendimento individualizado permite o melhor conhecimento das necessidades individuais de cada paciente associado a uma avaliação médica mais ampla. A interação entre os pacientes é garantida na sala de espera. O ambulatório de controle do tabagismo, além de abordar a questão do fumo, permite a possibilidade de identificar precocemente outras doenças associadas.

PO510 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE: PRIMEIROS RESULTADOS.

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; ELTON ROSSO; MAVIS KLAUS INHAQUITES; JULIANA CARDOZO FERNANDES; MANUELA ARAÚJO CAVALCANTI; RUTE MERLO SOMENSI; ROBÉRIO JOÃO LERSCH; VERA FAURI

ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA EM HOSPITAL; PROGRAMA DE CONTROLE

Introdução: A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA), um hospital geral terciário com 1200 leitos, começou seu Programa de Controle do Tabagismo (PCT) em 2007. A partir de uma estratégia inicial, que incluiu a avaliação diagnóstica do problema entre os colaboradores

da instituição e algumas ações de apoio, desenvolveu-se um programa de controle do tabagismo consistente e apoiado pela alta administração. **Objetivos:** Avaliar o desenvolvimento do PCT-ISCMPA e os resultados obtidos nos primeiros três anos de desenvolvimento. **Metodos:** Estudo longitudinal, através de questionários aplicados em 2007 e 2009. Em 2007, um questionário foi aplicado em 4355 funcionários para avaliar a prevalência do tabagismo. Instituíram-se as seguintes intervenções: (1) palestras mensais com conteúdos informativos e motivacionais para cessação do tabagismo; (2) diversas ações dirigidas à comunidade interna da ISCMPA nas datas alusivas ao controle do tabagismo (31/Maio e 29/Agosto); (3) progressiva proibição do tabagismo dentro da instituição; (4) programa de tratamento do tabagismo (PTT) oferecido aos colaboradores com interesse em parar de fumar. Em 2009, aplicou-se idêntico questionário aos colaboradores da instituição. SPSS 11.0 foi usado para análise estatística ($p < 0.05$). **Resultados:** Em 2007, 4355 funcionários responderam ao questionário (80% do total) sendo identificados 528 fumantes (12% do total de respondentes). Em 2009, um novo inquérito mostrou que a percentagem de fumantes caiu para 9%. Cerca de 120 colaboradores pararam de fumar nos últimos três anos, sendo que 60 destes atingiram este objetivo através do Programa de Tratamento dirigido aos funcionários da ISCMPA. Este resultado confere a este PTT uma efetividade de 50%. **Conclusão:** (1) O Programa de Controle do Tabagismo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) está obtendo resultados positivos no que diz respeito à redução do tabagismo entre seus funcionários. (2) A prevalência do tabagismo entre os colaboradores da ISCMPA (9%) é aproximadamente a metade da observada na população adulta da cidade de Porto Alegre (19%).

P0511 PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE: PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO ENTRE OS COLABORADORES.

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; ELTON ROSSO; ALINE DAL POZZO ANTUNES; NICOLI TAIANE HENN; EVELISE PIETROBON; HENRIQUE NICOLA

ISCMPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; FUNCIONÁRIOS HOSPITALARES
Introdução: A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) está desenvolvendo seu Programa de Controle do Tabagismo (PCT) desde 2007. Como medida inicial, fez-se um levantamento de dados para o diagnóstico interno do problema tabagismo e, a partir daí, estabeleceram-se estratégias para o setor. **Objetivos:** Avaliar os funcionários da ISCMPA quanto à prevalência do tabagismo, características dos fumantes, e planejar o PCT da instituição. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em 2007-2008. Em 2007, através de questionário, avaliou-se a prevalência do tabagismo em 5410 indivíduos. Em 2008, aplicou-se novo questionário nos fumantes (563 indivíduos) para, avaliar dados demográficos, dependência, iniciação e fumo na família. Utilizou-se o SPSS 11.0; nível de significância de 5%. **Resultados:** Em 2007, responderam ao questionário 4355 funcionários (80% do total), 12% declararam-se fumantes, sendo o Pavilhão Pereira Filho, especializado em pneumologia, o hospital com menor prevalência (9,3%). A idade média foi 37 anos, predominando sexo masculino (66%) e cor branca (74%). Relataram pai fumante (60%) e mãe fumante (40%), por ocasião da adolescência. Ainda,

56% começaram a fumar entre 16 e 20 anos e 19% antes dos 15 anos. A maioria (98%) usava cigarros industrializados. Dados medidos: Teste de Fagerström - TF (média: 2,55), álcool (66%), depressão (27%), ansiedade (28%). Houve correlação positiva entre resultados do TF e o diagnóstico de depressão ou ansiedade ($p < 0,001$), e também com o número de cigarros/dia. Somente 56% reconheceram o tabagismo como doença de dependência à nicotina. Pretendiam e acreditavam ser capazes de parar de fumar: 92%. Entre estes, 73% declararam precisar do apoio institucional para tratamento do tabagismo. **Conclusão:** (1) A prevalência do tabagismo entre os profissionais da Santa Casa de Porto Alegre, em 2007, era inferior à encontrada na região (12% versus 19%). (2) O início do tabagismo ocorreu antes dos 20 anos de idade em 75%. (3) O grau de dependência foi relativamente baixo (média do TF = 2,55). (4) Mais da metade apresentou depressão ou ansiedade. (5) Apenas metade reconheceu o tabagismo como uma dependência. (6) A maioria (92%) manifestou desejo de parar de fumar, e 73% gostaria de ser apoiado pela ISCMPA. *LCCS, Mavis Klaus Inhaquites, Rute Somensi, Robério Lersch, Vera Fauri.

P0512 ESTUDO DE ASSOCIAÇÕES ENTRE POLIMORFISMOS DO GENE CYP2A6 E ASPECTOS CLÍNICOS DA DEPENDÊNCIA AO FUMO.

ELISA SEBBA TOSTA DE SOUZA¹; WILSON ARAUJO DA SILVA JUNIOR²; CRISTIANE AYRES FERREIRA³; JOSÉ ANTÔNIO BADDINI MARTINEZ⁴

^{1,2,4}.FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; ³.HEMOCENTRO - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: POLIMORFISMO; GENÉTICA; TABAGISMO

Introdução: A dependência ao tabaco é uma condição influenciada por processos que envolvem prazer, hábito e o vício farmacológico. Inúmeros estudos ressaltam a associação e a importância dos fatores genéticos principalmente na gênese da dependência a nicotina. A citocromo P450 (CYP) 2A6 é principal enzima responsável por sua metabolização, e existem evidências de que determinados padrões genéticos no polimorfismo CYP2A6 podem modificar o comportamento tabágico. **Objetivos:** Investigar as frequências de polimorfismos do gene CYP2A6*1A e CYP2A6*1B em uma amostra de fumantes brasileiros e compará-las com as encontradas em um grupo controle de pessoas que nunca tenham fumado. Investigar possíveis associações entre aspectos clínicos da dependência tabágica com os genótipos detectados na amostra de fumantes. **Métodos:** 510 doadores de sangue (342 homens), destes 307 fumantes (37,3 $\pm$ 10,9 anos), 47 ex fumantes (41,8 $\pm$ 10,9 anos) e 156 não fumantes (34,5 $\pm$ 12,2 anos) responderam um questionário sobre suas condições sócio-econômicas, história tabágica e Teste de Dependência de Fargenstrom (3,7 $\pm$ 2,4). Após o término do questionário os voluntários expiravam no bocal descartável de um analisador portátil de monóxido de carbono exalado. Associado foram extraídos 10ml de sangue periférico para análise do polimorfismo genético. Inicialmente foi realizada a extração do DNA, após amplificação de fragmentos de DNA por PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) e para a identificação dos polimorfismos digestão com enzima de restrição. Para avaliar a relação entre os grupos dos polimorfismos com o Status tabágico, com o TNDF e com a Raça foi realizado o Teste do Qui-quadrado (χ^2). Para avaliar a relação entre

características relacionadas ao tabagismo e o genótipo foi utilizada ANOVA. **Resultados:** A frequência dos variantes dos alelos foi em ordem decrescente CYP2A6*1A/1A (39,0%) , CYP2A6*1A/1B(29,7%), CYP2A6*1B/1B(8,8%) e outros (22,5%). Não foram encontradas diferenças significantes na distribuição dos alelos, quanto ao status tabágico, fumante, ex-fumante e não fumante ($\chi^2=4,50$; $p=0,61$). Os grupos de fumantes formados, em função do polimorfismo apresentado, não diferiram de maneira significativa no tocante a idade de início no vício ($p=0,57$), tempo de tabagismo ($p=0,85$), ou número de cigarros consumidos diariamente($p=0,83$). E também a frequência dos polimorfismos não diferiu entre os diferentes níveis de dependência nicotínica ($\chi^2=1,60$; $p=0,95$). **Conclusão:** Não foram encontradas associações entre os polimorfismos CYP2A6*1A e CYP2A6*1B com o status tabágico e características próprias do tabagismo em uma amostra saudável da população brasileira.

PO513 INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV): RELAÇÃO COM TABAGISMO E SEU TRATAMENTO

ISABELLA MEDEIROS OLIVEIRA; ELIZABETH MARTINS ROCHA; ÂNGELA SANTOS FERREIRA; REGINA CELIA SIQUEIRA SILVA; MARINA COELHO SANTOS; VILMA APARECIDA SILVA FONSECA

UFF, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: HIV; TABAGISMO; TRATAMENTO

Introdução: A prevalência de tabagismo entre pacientes portadores do HIV é de 59%, 3 vezes mais alta do que na população geral, nos EUA. O tabagismo está associado ao consumo abusivo de álcool e isso pode prejudicar na adesão aos antirretrovirais. Indivíduos HIV+ e tabagistas apresentam riscos maiores de enfermidades respiratórias e relacionadas a imunossupressão quando comparados aos portadores não fumantes. Tendo atendido no PROGETA mais de 1000 pacientes em um período de 6 anos observamos que apenas 10 soropositivos buscaram o serviço e desses apenas 1 aderiu. Tornou-se evidente a necessidade de um protocolo diretamente relacionado a esses pacientes. **Objetivos:** Conhecer o perfil dos fumantes soropositivos que buscam o tratamento e o protocolo mais adequado para esta população. **Métodos:** 1. Acolhida: Termo de consentimento livre e esclarecido, entrevista padronizada pelo INCA (dados sócio-demográficos, história tabágica pessoal e familiar, Escala de Fagerstrom para gravidade da dependência, CAGE para dependência de álcool, Beck para depressão e URICA para motivação. 2. Avaliação médica: anamnese, exame físico, da cavidade oral, peso corporal e RX de tórax, medicação psiquiátrica e prescrição do adesivo de nicotina, registro das taxas de CD4 e carga viral. 3. Tratamento cognitivo comportamental para tabagistas. **Resultados:** Os 10 primeiros pacientes foram avaliados. Observado: Média da idade 45 anos, maioria homossexuais. Gênero: 80% masculino. Iniciação ao tabagismo aos 14 anos (média), dependência de nicotina alta ou muito alta. Todos em fase de contemplação. Quatro deixaram de fumar durante 30 dias com o auxílio de adesivo de nicotina. Muitos apresentaram comorbidades psiquiátricas: a escala de Beck detectou 50% de disforia e/ou depressão, houve sugestão de alcoolismo em metade dos pacientes, cerca de 5 vezes a taxa da população geral. Entretanto apenas 2 dos 10 pacientes referiram atendimento psiquiátrico regular. A média do tempo de infecção variou entre 6 e 19 anos, 4 apresentavam carga viral detectável e taxa de células T CD4 inferiores a 350/ml,

e apenas 1 não estava em tratamento com antirretrovirais. **Conclusão:** Apesar da alta variabilidade entre os pacientes, algumas características parecem ser comuns aos tabagistas em geral, como idade precoce de iniciação ao tabaco e elevado consumo de álcool. O investimento no tratamento do tabagismo de pacientes HIV+ é alto e comparável ao necessário para pacientes psiquiátricos, deixando clara a importância de um protocolo específico para esta população. Apoio: PROEX e PROPI/UFF.

PO514 DOENÇAS REFERIDAS POR FUMANTES EM CAMPANHA NO CENTRO DO RECIFE

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ1; BLANCARD SANTOS TORRES2; ESDRAS XAVIER PEREIRA3; SAMUEL KOSMINSKY4; LUCAS PEREIRA DE SOUZA5; EDILEUSA FARIAS TENÓRIO6

1,2,3,6.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL; 4.UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 5.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: FUMANTES; DOENÇAS RELACIONADAS; CAMPANHA NO RECIFE

1. Introdução: O tabagismo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a principal causa prevenível de morte e de doenças do mundo. O nível de instrução e condições sociais influencia na iniciação ao tabagismo e na cessação ou não do tabagismo. Mas um meio eficaz de despertar o interesse e a importância de cessação são campanhas públicas efetuadas não apenas na mídia, mas também em locais onde se concentra uma parcela importante da população. O objetivo deste trabalho é descrever os dados de uma pesquisa durante uma Campanha de Controle do Tabagismo realizada no centro da cidade de Recife, em 2009. **2. Material e Métodos:** Dados colhidos em agosto de 2009, no centro do Recife, durante uma campanha de controle do tabagismo. **3. Resultados:** A idade dos pesquisados variou de 17 a 81 anos, teve média de 46,36 anos, mediana de 45,00 anos, desvio padrão de 13,54 anos e coeficiente de variação de 29,21%. Para os 163 pesquisados, 58 (35,6%) tinham idades até 40 anos, 78 (47,9%) entre 41 a 60 anos e 27 (16,6%) entre 61 anos ou mais. Dos 163 pesquisados, 78 (47,9%) era do sexo masculino e 85 (52,1%) era do feminino. Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo as doenças citadas. Portador de alguma doença: 62 (38%) afirma que sim; 101 (62%) afirma que não. Entre as patologias citadas: HAS 21(42%); diabetes 7 (14%); etilismo 4 (8%); artrite 3 (6%); gastrite, alergia, asma, nervos e renal 2 (4%) cada um; dispneia, epilepsia, circulação, herpes genital, fígado 1(2%) cada um.(1): O cálculo dos percentuais foi obtido no número total de 50 pesquisados, pois 12 não informaram qual a doença. **4. Conclusão:** Numa população ainda jovem, como a da pesquisa, 38% dos entrevistados se diz portador de alguma doença. As causas mais importantes de mortalidade relacionadas ao tabagismo incluem a doença cardiovascular aterosclerótica, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Fumar provoca ou prejudica outras doenças pulmonares, incluindo a asma bronquiolite respiratória, síndrome de Goodpasture, apnéia obstrutiva do sono, histiocitose pulmonar de células de Langerhans, e pneumotórax idiopático. Além disso, esse hábito pode contribuir significativamente para a morbidade em pacientes com doença pulmonar, aumentando o risco para outras doenças, como úlcera péptica e osteoporose.

P0515 "ESCALA RAZÕES PARA FUMAR": APLICAÇÃO EM ACADÊMICOS DO ÚLTIMO ANO DOS CURSOS DE MEDICINA E DIREITO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO (UNAERP)

HALINE SUHELEN DE ALMEIDA RISSO BORGES¹; CAMILA BETTONI MOLINA²; ELISA SEBBA TOSTA DE SOUZA³; ANA CARLA SOUSA DE ARAUJO⁴

1,4.UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO (UNAERP), RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL; 3.FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP), RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: HÁBITO DE FUMAR; ESCALA; ACADÊMICOS

Introdução: O tabagismo é considerado uma pandemia silenciosa com tendência mundial ao aumento de sua prevalência entre adolescentes e adultos jovens, principalmente, entre universitários. **Objetivos:** Caracterizar os motivos para fumar entre acadêmicos brasileiros do último ano dos Cursos de Medicina e Direito da Universidade de Ribeirão Preto. **Métodos:** Oitenta por cento dos acadêmicos do último ano do Curso de Medicina (n=84) e 85% do Curso de Direito (n=94) foram entrevistados sobre tabagismo atual e responderam o questionário "Escala Razões Para Fumar Modificada" (ERPFM). Essa escala é um instrumento com a finalidade de investigar a influência de aspectos sociais e psicológicos na gênese e manutenção do tabagismo na população brasileira. É composta por 21 questões que se agrupam em 7 diferentes fatores: dependência, prazer de fumar, relaxamento, tabagismo social, estimulação, hábito e manuseio. **Resultados:** Foram considerados fumantes ativos, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, 13,1% acadêmicos do Curso de Medicina (n=11) e 20,2% do Curso de Direito (n=19). A idade média dos entrevistados foi de 23,5±2,9 anos. A carga tabágica dos acadêmicos de Medicina foi de 12,33±5,94 cigarros/dia e dos acadêmicos de Direito de 11,26±7,73 cigarros/dia. Não houve diferença (p>0,05) na prevalência do tabagismo em relação ao sexo, raça e estado civil. O relaxamento e o prazer de fumar foram os domínios de maior pontuação entre os acadêmicos de Medicina (3,60±1,1 e 3,54±0,7 pontos, respectivamente) e de Direito (3,02±1,2 e 3,37±0,9 pontos, respectivamente). Não houve diferença estatística quando comparados os 7 domínios nos 2 cursos (p>0,05). **Conclusão:** As razões para fumar entre acadêmicos do último ano dos Cursos de Medicina e Direito da Universidade de Ribeirão Preto estão mais relacionadas ao prazer de fumar e ao relaxamento causado pelo cigarro.

P0516 ABORDAGEM A PACIENTES TABAGISTAS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA EM GOIÂNIA

THALITA DE OLIVEIRA MATOS; JORDANA EDUARDO REZENDE; ISA MARIA BASTOS MENDES SILVA; FERNANDA DORNELAS DE MELO; LORENA SEABRA FERNANDES; MARIA CAROLINA PRADO FLEURY BARIANI; MARIA CONCEIÇÃO CASTRO ANTONELI MONTEIRO DE QUEIROZ; MARCELO FOUD RABAH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; EMERGÊNCIA; ABORDAGEM

Introdução: A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas sejam fumantes, no Brasil em 2008, dados do INCA e IBGE, revelam que esse número chega ao contingente de 25 milhões de pessoas. Frente a este quadro é importante

identificar e incentivar o abandono do cigarro em toda consulta médica, inclusive nos setores de emergência, para diminuição de custos e complicações decorrente do seu uso. Em estudo realizado nos Estados Unidos, verificou-se que a taxa de prevalência de tabagismo em setores de emergência foi maior do que na população em geral, e defende-se que apesar das dificuldades encontradas no atendimento primário, especialmente na emergência, onde há barreiras de tempo e recursos financeiros, este é o momento ideal para abordar o paciente fumante, que geralmente se encontra com sintomas respiratórios. A estratégia intitulada PAL (Practical Approach to Lung Health), criada pela OMS, pode contribuir para melhor conhecimento e padronização de ações nesse sentido. **Objetivos:** Estimar a proporção de tabagistas entre os indivíduos com sintomas respiratórios atendidos no setor de emergência no Centro Integrado de Assistência Médica - CIAMS Novo Horizonte/SMS, na cidade de Goiânia. Estratificar a população em estudo segundo sexo e idade; ausência ou presença de tabagismo, atual ou passado. Identificar os motivos da consulta dos pacientes com sintomas respiratórios atendidos na unidade. **Métodos:** Foram selecionados os pacientes atendidos no serviço de urgência da unidade com sintomas respiratórios através de ficha de triagem e após a consulta médica foram entrevistados novamente para coleta de dados como os exames, diagnósticos e evolução do quadro. Os dados oriundos dos formulários foram armazenados e analisados no programa "SPSS Version 11.0.". **Resultados:** Entre os 2489 pacientes abordados, 323 (12,97%) apresentavam sintomas respiratórios, e destes 180 (55,7%) eram do sexo feminino. Entre os pacientes com sintomas respiratórios atendidos na unidade, 42,7% declaram que nunca fumaram, 13% declararam que fumam, 18,9% fumaram no passado e 25,4% declararam tabagismo passivo. Houve, dentre os sintomáticos, 25 (7,74%) casos de Pneumonia, 34 (10,53%) de Infecção Bacteriana Alta, 83 (25,7%) de Gripe/Resfriado, 9 (2,78%) de Crise Asmática, 22 (6,81%) de DPOC descompensada, 3 (0,92%) de Tuberculose, 6 (1,85%) de Tosse ou Dispnéia à esclarecer e 116 (35,93%) de patologia extra-pulmonar. Vinte e cinco (7,74%) pacientes não receberam diagnóstico. **Conclusão:** O atendimento primário, especialmente os serviços de emergência, constitui um momento oportuno para abordar o paciente fumante e aconselhar a cessação do hábito, sendo primordial capacitar os profissionais de saúde e financiar ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante. A estratégia PAL, ao contribuir o melhor conhecimento dos sintomáticos respiratórios nesses locais, pode melhorar o controle das doenças associadas e a prevenção de danos futuros.

P0517 SINTOMAS REFERIDOS POR FUMANTES EM CAMPANHAS NO CENTRO DO RECIFE

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ¹; BLANCARD SANTOS TORRES²; ESDRAS XAVIER PEREIRA³; SAMUEL KOSMINSKY⁴; LUCAS PEREIRA DE SOUZA⁵; EDILEUSA FARIAS TENÓRIO⁶

1,2,3,6.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL; 4.UFPE, RECIFE, PE, BRASIL; 5.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SINTOMAS; FUMANTES; CAMPANHA NO RECIFE

1. Introdução: O tabagismo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a principal causa prevenível de morte e de doenças do mundo, afetando mais de um bilhão de pessoas. Entre 1950 e 2000, cerca de 70 milhões de pessoas morreram devido ao uso de tabaco; nos próximos 50

anos, outros 450 milhões poderão morrer devido a doenças associadas ao tabaco. Identificou-se que a prevalência total de fumantes no Brasil atingiu a impressionante taxa de 34,8%, correspondendo a cerca de 30,6 milhões de fumantes na faixa etária acima de 15 anos, sendo 18,2 milhões de homens (43,3%) e 12,4 milhões de mulheres tabagistas ativos (27,0%). O objetivo deste trabalho é descrever os dados de uma pesquisa durante uma Campanha de Controle do Tabagismo realizada no centro da cidade de Recife, em 2009. 2. **Material e Métodos:** Dados colhidos em agosto de 2009, no centro do Recife, durante uma campanha de controle do tabagismo. 3. **Resultados:** A idade dos pesquisados variou de 17 a 81 anos, teve média de 46,36 anos, mediana de 45,00 anos, desvio padrão de 13,54 anos e coeficiente de variação de 29,21%. 4. **Conclusão:** Dos 163 entrevistados, 161 tinham consciência que fumar era um "vício" muito grave, apesar de ainda fumarem. E pelo menos 52 % tinham alguma sintomatologia atribuída ao cigarro. Parar de fumar está associado a benefícios de saúde para homens e mulheres fumantes de todas as idades. Participação em um programa de cessação do tabagismo está associada com diminuição da mortalidade por qualquer causa, especialmente para os fumantes com obstrução das vias aéreas.

Tabela – Distribuição dos pesquisados segundo o uso de alguma medicação, conhecimento sobre o vício e os problemas adquiridos devido ao uso do cigarro

- Uso de medicação Sim 52 (31,9%)
- É sabido que o cigarro é um vício muito grave? Sim 161 (98,8%).
- Problemas adquiridos após o uso do cigarro: Tosse persistente 61 (37,4%); Falta de ar em repouso 48 (29,4%); Falta de ar aos esforços 86 (52,8%); Episódios frequentes de dor no peito 63 (38,7%); Escarro com sangue 30 (18,4%); Frequentes dores e queimor forte no estômago 84 (51,5%); Má circulação nas pernas 77 (47,2%); Caroços pelo corpo 17 (10,4%).

(1): O cálculo dos percentuais foi obtido no número total de 163 pesquisados.

P0518 ABSTINÊNCIA TABÁGICA EM PACIENTES CADASTRADOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BELÉM – PA

MARIA DE FATIMA AMINE HOUAT DE SOUZA¹; EDINEY HOUAT DE SOUZA²; VINICIUS GUERRA GARCIA³; ARMANDO DIOGO COUCEIRO NETO⁴

1,2. URES PRESIDENTE VARGAS, BELÉM, PA, BRASIL; 3,4. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, BELÉM, PA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ABSTINÊNCIA; CIGARRO

Introdução: O tabaco é a droga mais utilizada no mundo e é responsável por 50% de aproximadamente cinco milhões de mortes registradas em 2000 nos países em desenvolvimento. As prevalências de tabagismo estão maiores nas capitais brasileiras de regiões mais industrializadas, no sexo masculino, em pessoas com menor escolaridade e com menor poder aquisitivo e em faixas etárias mais jovens. Intervenções farmacológicas e comportamentais têm sido propostas na tentativa de auxiliar indivíduos a pararem de fumar. As mesmas devem ter como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental que tem como finalidade informar o fumante sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, além de motivá-lo e apoiá-lo no processo de cessação de fumar. **Objetivos:** Verificar a abstinência tabágica nos pacientes, no Centro de Referência Especializado em Tratamento do Fumante – URES Presidente

Vargas em Belém-PA, cadastrados de dezembro de 2005 a dezembro de 2009. **Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo e transversal. A coleta de dados se deu através da análise de 156 prontuários dos pacientes cadastrados no Centro de Referência Especializado em Tratamento do Fumante URES – Pres. Vargas na cidade de Belém-PA. Participaram da pesquisa os pacientes de qualquer idade e de ambos os sexos que procuraram o serviço entre Dezembro de 2005 e Dezembro de 2009 com o objetivo de parar de fumar e com acompanhamento maior ou igual a um ano. Foram excluídos aqueles com prontuários incompletos ou ilegíveis e os que se recusaram a participar do projeto. Dados referentes ao perfil epidemiológico, história clínica e tratamento anti-tabagismo realizado pelos pacientes foram coletados em protocolo próprio. Para a análise estatística foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. Como estatística descritiva aplicou-se o cálculo das principais medidas numéricas (Média e Desvio-Padrão). Como inferência estatística implementou-se o teste de hipótese do Qui-Quadrado. Previamente estabeleceu-se nível de significância $\alpha = 0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade e confiabilidade de 95%. **Resultados:** Dos pacientes estudados, observou-se uma taxa de abstinência de 42%, obtendo-se êxito maior com o uso da Bupropiona (67%). Verificou-se ainda que 30% dos pacientes tinham entre 45 e 54 anos, que 54% pertenciam ao sexo masculino, 46% eram solteiros, 60% eram católicos, 42% concluíram o Ensino Médio e 80% tiveram como principal razão para o abandono do fumo o fato de afetar a saúde no futuro. **Conclusão:** O programa desenvolvido no Centro de Referência Especializado em Tratamento do Fumante (CRETf) da URES-Presidente Vargas obteve índices satisfatórios de abstinência após um ano de acompanhamento além do que abordagem cognitivo-comportamental é uma ferramenta importante para a manutenção da abstinência e a utilização da bupropiona aumenta o êxito terapêutico.

P0519 AS COGNIÇÕES ASSOCIADAS AO COMPORTAMENTO DE FUMAR E SUA RELAÇÃO COM A HISTÓRIA TABÁGICA E O GÊNERO.

VICTOR COSTA CHUVA; LUIZ PEDRO GOMES DA SILVA; FRANCISCO DA SILVA GONINI; YARA NUBIA MATTOS; MARINA COELHO SANTOS; ÂNGELA SANTOS FERREIRA; VILMA APARECIDA SILVA FONSECA
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, NITERÓI, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; COGNIÇÃO; COMPORTAMENTO

Introdução: A dependência de nicotina, reconhecida pela CID-10, tem o sucesso do seu tratamento relacionado às características do paciente. É de se supor que essas características variem em função do gênero e da história tabágica. **Objetivos:** Verificar se há diferenças entre gêneros e variáveis associadas à história tabágica em pacientes que procuraram atendimento em serviço universitário. **Métodos:** Realizou-se entrevista com pacientes admitidos entre março e setembro de 2009 no PROGETA através de questionário auto-aplicado com supervisão, contendo informações sobre idade, sexo, tempo de uso, idade de início do tabagismo e escala de Fagerstrom, questionando-se também se o paciente concordava ou não com as seguintes frases: “Fumar é um grande prazer”, “Fumar é muito saboroso”, “O cigarro me acalma”, “Acho charmoso fumar”, “Fumo porque acho que fumar emagrece”, “Gosto de fumar para ter alguma coisa nas mãos”, “O cigarro é um companheiro” e “Não preciso do cigarro, não gosto do seu efeito, é um

inimigo mas não consigo deixar de fumar". Foram excluídos os questionários com respostas incompletas. Através do programa SPSS, comparou-se tais dados através de correlação não paramétrica de Spearman. Quando as características das variáveis permitiram, realizou-se testes paramétricos. Estabeleceu-se $p \leq 0,05$ para significância. Resultados: Da amostra de 218 pacientes, 73% eram do sexo feminino. Os gêneros não diferiram em relação à média de idade, 50 anos, à idade com que começaram a fumar, 16 anos, e quanto ao grau de dependência. A maioria dos pacientes tinha grau médio, 52%, e alto, 35%, na escala de Fagerstrom. As correlações indicaram que: pacientes mais velhos começaram a fumar mais tarde e tinham dependência menos severa. Já os que começaram com menor idade consideravam fumar menos chamoso e apresentavam maior grau de dependência. Quanto maior o tempo de tabagismo menor o prazer de fumar e a percepção de que isso é saboroso. Houve correlação entre achar fumar chamoso e achar que fumar emagrece. Considerar o cigarro calmante foi correlacionado com o sexo feminino. Interessante correlação foi encontrada com a afirmação de que o cigarro é companheiro com a gravidade da dependência. Conclusão: Os dados sugerem que com o passar do tempo são as alterações neurobiológicas que definem a perpetuação do hábito de fumar. Isso é compatível com o que se conhece da literatura sobre estimulantes: o desencadear do "craving" determina a continuidade do uso da droga apesar de já não ser tão prazeroso. Emagrecer e acalmar são cognições associadas a cultura e gênero que podem sustentar a dependência.

PO520 AVALIAÇÃO ESPIROMÉTRICA E DO TABAGISMO EM ALUNOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE –

NELSON FRANCISCO SERRAO JR1; MARIA TEREZA THULIO2; RINA MARCIA MAGNANI3; ANA LUIZA RODAKOWSKI DE ONOFRE4; ADRIANA PICCININ5; ISABELA VENTURINI6

1.DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA FMB UNESP; DOCENTE FACULDADE SUDOESTE PAULISTA FSP, BOTUCATU, SP, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE DO PARANÁ UNICENTRO, GUARAPUAVA, PR, BRASIL; 3.DOCENTE UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE DO PARANÁ UNICENTRO, GUARAPUAVA, PR, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE DO PARANÁ UNICENTRO, GUARAPUAVA, PR, BRASIL; 5.DOCENTE FACULDADE SUDOESTE PAULISTA FSP, AVARÉ, SP, BRASIL; 6.UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO UNINOVE, BOTUCATU, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESPIROMETRIA; FISIOTERAPIA

Introdução: A literatura aponta altas frequências de tabagismo na população. Evidencia-se um aumento na precocidade do uso do tabaco, principalmente no decorrer da vida universitária de jovens e adultos. Para a avaliação funcional de indivíduos fumantes, entre os exames mais utilizados, a espirometria é um teste que permite a quantificação dos distúrbios ventilatórios. **Objetivos:** Determinar a prevalência do tabagismo, o grau de dependência ao cigarro e a influência tabágica na função pulmonar dos alunos de fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO). **Métodos:** Participaram da pesquisa 137 estudantes divididos do primeiro ao quarto ano do curso. Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, tabagistas ou não, sem distinção de cor ou raça, estável hemodinamicamente. Os critérios de exclusão utilizados foram indivíduos que apresentassem alguma instabilidade ou afecção cardíaca, ou tivesse realizado

cirurgia tóraco-abdominal previamente. **Resultados:** Todos os itens avaliados por meio da espirometria demonstraram valores mensurados abaixo das médias previstas para todos os grupos, sendo que o VEF1, a CVF, o PEF e o FEM tiveram valores estatisticamente relevantes para o G2 ($p=0,01366$) e G3 ($p=0,02006$). A espirometria dos universitários fumantes ativos demonstraram valor de significância para as variáveis: PFE no grupo leve ($p = 0,01052$) e moderado ($p = 0,01747$) e FEM no grupo moderado ($p = 0,01821$). **Conclusão:** Concluiu-se que indivíduos jovens com espirometria normal apresentam o fluxo expiratório médio abaixo do previsto e que o cigarro interfere no fluxo tanto em fumantes ativos como em fumantes passivos.

PO521 PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PROGRAMA DE TABAGISMO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR

CAMILO FAORO; RITA APARECIDA BERNARDI PEREIRA; MARIA ALBA DE OLIVEIRA SILVA; GIULIO CESAR GEQUELIN; LUCAS PIRES AUGUSTO; CARLA BARTUSCHECK; DHIANCARLO GEISER

HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFPR, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL; TABAGISMO; PARAR DE FUMAR

Introdução: A maioria dos fumantes deseja parar de fumar, apesar disso, apenas 3% conseguem parar definitivamente a cada ano sem auxílio ou acompanhamento médico. Em 1997, foram criadas pelo INCA/MS diretrizes para auxiliar os fumantes a parar definitivamente com o uso do cigarro, composto de avaliação clínica, medicamentos e grupo de terapia cognitivo-comportamental (TCC). **Objetivos:** Descrever o perfil dos pacientes do Programa de Tabagismo do Hospital de Clínicas (HC-UFPR). **Métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos no Programa de Tabagismo do HC-UFPR de agosto/2008 a março/2010. **Resultados:** Neste período, foram atendidos 173 pacientes, sendo 48% masculino (M) e 62% feminino (F), com idade média de 53,3 anos ($\pm 10,5$), semelhante em ambos os sexos. A carga tabágica média encontrada foi de 41,8 anos/maço ($\pm 24,6$), sendo $49,8 \pm 30,4$ (M) e $38,2 \pm 19,5$ (F). O escore de Fagerstrom médio foi de 5,3 ($\pm 2,2$), sem diferenças relevantes entre os sexos. Dos 173 pacientes avaliados, 70% (122) iniciaram a TCC, sendo 46 (M) e 76 (F). Destes, 52% (63) completaram o tratamento, 26 (M) e 32 (F), sendo que 57 (90 %) pararam de fumar, 25 (M) e 32 (F). **Conclusão:** Os pacientes atendidos no Programa de Tabagismo HC-UFPR, no período analisado, apresentaram uma carga tabágica alta com um nível de dependência moderado (escore de Fagerstrom). Apenas metade dos pacientes completaram o tratamento proposto, mas destes, a grande maioria (90%) obteve êxito no objetivo de parar de fumar.

PO522 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS EM CAMPANHA NO CENTRO DO RECIFE – INFLUÊNCIA DO GÊNERO.

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZI1; BLANCARD SANTOS TORRES2; ESDRAS XAVIER PEREIRA3; SAMUEL KOSMINSKY4; LUCAS PEREIRA DE SOUZA5; EDILEUSA FARIAS TENÓRIO6

1,2,3,5,6.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: GÊNERO; TABAGISMO; CAMPANHA

1. Introdução: O tabagismo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a principal causa prevenível. Com relação à epidemiologia do consumo de tabaco na

população brasileira, dados importantes são provenientes da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, conduzida em 1989. Nesse estudo, identificou-se que a prevalência total de fumantes no Brasil atingiu a impressionante taxa de 34,8%, correspondendo a cerca de 30,6 milhões de fumantes na faixa etária acima de 15 anos, sendo 18,2 milhões de homens (43,3%) e 12,4 milhões de mulheres tabagistas ativos (27,0%).

2. Material e Métodos: Dados colhidos em agosto de 2009, no centro do Recife, durante uma campanha de controle do tabagismo.

3. Resultados: Tabela 1: Desejo parar de fumar: 71 (92%) dos homens e 82 (97%) das mulheres afirmam que sim; $p = 0,154$; Tempo de uso do cigarro em anos: até 20 anos 26 (35%), 21 a 30 anos 19 (26%) e acima de 30 28 (38%) dos homens; até 20 anos 24 (31%), 21 a 30 anos 24 (31%) e acima de 30, 28 (37%) das mulheres afirmam que sim; $p = 0,75$; É portador de alguma doença: 28 (35%) dos homens e 34 (40%) das mulheres afirmam que sim; $p = 0,59$; Uso de medicação: 22 (28%) dos homens e 30 (35%) das mulheres afirmam que sim; $p = 0,33$; Conhecimento sobre o vício: 76 (97%) dos homens e 85 (100%) das mulheres afirmam que sim; $p = 0,22$.

4. Conclusão: Os fatores de risco para se tornar um fumante incluem: a exposição ao fumo de segunda mão, a presença de um fumante na casa, comorbidades psiquiátricas, relações tensas com os pais e / ou mãe só em casa, baixo nível de expressão auto-estima e auto-estima, pobre desempenho acadêmico, uma maior percepção dos adolescentes de aprovação parental do tabagismo, a afiliação com os pares de fumar, e disponibilidade dos cigarros. Um fator de risco adicional para os meninos é altos níveis de agressividade e rebeldia, entre as meninas a preocupação com o peso e imagem corporal é um fator de risco independente. Os padrões de fumar foram diferentes em homens adultos e mulheres adultas em décadas anteriores. A prevalência do tabagismo ultrapassou os 50 por cento entre os homens, na década de 1930 a 1950, nos Estados Unidos, e depois declinou firmemente a cerca de 30 por cento em 1980. Em contrapartida, houve um ligeiro aumento na porcentagem de mulheres que fumaram durante a maior parte deste período, com uma inversão desta tendência que ocorreu na década de 1980. Nesta nossa amostra não se observou diferenças significativas com relação ao sexo no diversos itens do questionário: desejo de parar de fumar foi referido em mais de 92% em ambos os sexos; tempo de uso do cigarro, em anos, em todos os períodos de tempo, em ambos os sexos, foram equitativos; 35 e 40% de homens e mulheres, respectivamente, se dizem portador de alguma doença; 28 e 35% de homens e mulheres, respectivamente, usam algum tipo de medicação; 97 e 100% de homens e mulheres, respectivamente, se dizem reconhecer a dependência.

PO523 GRAU DE DEPENDÊNCIA EM FUMANTES – INFLUÊNCIA DO GÊNERO

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ1; BLANCARD SANTOS TORRES2; ESDRAS XAVIER PEREIRA3; SAMUEL KOSMINSKY4; LUCAS PEREIRA DE SOUZA5; EDILEUSA FARIAS TENÓRIO6

1,2,3,5,6.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL;
4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DEPENDÊNCIA; TABAGISMO; GÊNERO

1. Introdução: A cessação do tabagismo é definida como abstinência completa de cigarros e de outros derivados do tabaco por pelo menos 6 meses, mas preferivelmente por um ano. Os médicos têm papel importante na cessação do tabagismo, uma vez que são vistos como uma fonte de informação confiável, e muitos pacientes tentam parar de

fumar se aconselhados por seus médicos. O objetivo deste trabalho é descrever os dados de uma pesquisa durante uma Campanha de Controle do Tabagismo realizada no centro da cidade de Recife, em 2009.

2. Material e Métodos: Dados colhidos em agosto de 2009, no centro do Recife, durante uma campanha de controle do tabagismo.

3. Resultados: A idade dos pesquisados variou de 17 a 81 anos, teve média de 46,36 anos, mediana de 45,00 anos, desvio padrão de 13,54 anos e coeficiente de variação de 29,21%.

4. Conclusão: Parar de fumar está associado a benefícios de saúde para homens e mulheres fumantes de todas as idades. Participação em um programa de cessação do tabagismo está associado com diminuição da mortalidade por qualquer causa, especialmente para os fumantes com obstrução das vias aéreas. No nosso estudo, os dados da escala de Fagerström que mostram diferença significativa entre os sexos, são os itens: “Qual cigarro dá mais prazer” e “Número de cigarros fumados”, e os homens mostram um nível de dependência maior.

Tabela – Avaliação das questões relacionadas ao grau de dependência da nicotina segundo o sexo.

Abreviaturas: M (masculino) F (feminino)	
Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?	
-	Dentro de 5 minutos 50%(M) e 46% (F)
-	Entre 6 a 30 minutos 39%(M) e 30% (F)
-	Entre 31 a 60 minutos 3,9%(M) e 7,3% (F)
-	Depois de 1 hora 6,6%(M) e 15,9% (F). $p=0,19$
Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, cinemas, ônibus, etc.?	
-	Sim 44%(M) e 36% (F) $p = 0,29$
Qual o cigarro do dia traz mais satisfação?	
-	O primeiro da manhã 75%(M) e 59% (F) $p = 0,04$
Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	
-	Sim 53%(M) e 62% (F) $p = 0,29$
Quantos cigarros você fuma por dia?	
-	<10 30%(M) e 57% (F)
-	0 a 20 52%(M) e 34% (F);
-	21 ou mais 17%(M) e 8,5% (F) $p = 0,003$.

PO524 AVALIAÇÃO DOS PROBLEMAS ADQUIRIDOS APÓS O USO CONTÍNUO DO CIGARRO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ1; BLANCARD SANTOS TORRES2; ESDRAS XAVIER PEREIRA3; SAMUEL KOSMINSKY4; LUCAS PEREIRA DE SOUZA5; EDILEUSA FARIAS TENÓRIO6

1,2,3,5,6.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL;
4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; SINTOMATOLOGIA; FAIXA ETÁRIA

1. Introdução: O tabagismo foi estimado como responsável por cerca de 5 milhões de mortes prematuras em todo o mundo em 2000. As causas mais importantes de mortalidade relacionadas ao tabagismo incluem a doença cardiovascular aterosclerótica, câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O tabagismo é estimado por ser responsável por mais de 10 por cento de todas as mortes cardiovasculares em todo o mundo, representando mais de 1,6 milhões de vidas perdidas em 2000. Parar de fumar reduz o ritmo acelerado de declínio do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) encontrado em fumantes comparados aos não-fumantes. Uma melhora no VEF1 também pode ser observada no primeiro ano após parar de fumar em pacientes com doença leve. Além disso, um

grande número de fumantes com tosse e expectoração ter uma melhora dos sintomas nos primeiros 12 meses após a cessação. Fumar é um fator de risco importante para muitos tipos de câncer, e a cessação é associada com a redução de risco. Em indivíduos com um câncer relacionados ao tabagismo, cessação pode diminuir o risco de desenvolver uma segunda malignidade relacionada ao tabagismo. Diminui o risco de desenvolver úlcera péptica e acelera a taxa de cura da doença estabelecida os pacientes que deixam de fumar. O tabagismo também é fator de risco para diabetes, distúrbio na capacidade de reprodução, na gestação para baixo peso ao nascer do feto, acelera a osteoporose, e outras patologias. 2. **Material e Métodos:** Dados colhidos em agosto de 2009, no centro do Recife, durante uma campanha de controle do tabagismo. 3. **Resultados:** A idade dos pesquisados variou de 17 a 81 anos, teve média de 46,36 anos, mediana de 45,00 anos, desvio padrão de 13,54 anos e coeficiente de variação de 29,21%. 4. **Conclusão:** No nosso estudo, nenhuma das variáveis foi estatisticamente significativa, mas podemos ponderar que este estudo foi baseado no depoimento de cada um dos entrevistados, onde não se efetuou exame físico, e estes pacientes não foram acompanhados ao longo do tempo. Talvez num ambulatório especializado na cessação do tabagismo, onde estes fatores de confusão fossem abolidos, os Resultados pudessem ser outros, compatíveis com a literatura.

Tabela – Avaliação dos problemas adquiridos após o uso contínuo do cigarro segundo a faixa etária.

Tosse persistente sim- até 40a: 32%; 41a 60a: 39%; acima de 61 anos: 40%; p= 0,655
Falta de ar em repouso sim- até 40a: 32%; 41a 60 a: 29%; acima de 61 anos: 22%. p= 0,611
Falta de ar aos esforços sim- até 40a: 53%; 41a 60a: 56%; acima de 61 anos: 40%. p=0,369
Episódios frequentes de dor no peito sim até 40a: 43%; 41a 60a: 41%; acima de 61 anos: 22%. p= 0,154
Hemoptóicos sim - até 40a: 24%; 41 a 60 a: 17%; acima de 61 anos: 7,4%. p= 0,178
Epigastralgia sim até 40a: 58%; 41 a 60 a: 48%; acima de 61 anos: 44%. p= 0,376
Má circulação nas pernas sim até 40a: 36%; 41 a 60 a: 52%; acima de 61 anos: 55%. p= 0,107

P0525 PERFIL DO AMBULATÓRIO DE ABANDONO AO TABAGISMO DO HSL-PUCRS: REVISÃO DE 10 ANOS

GUSTAVO CHATKIN; EDNA JEREMIAS; ROBERTO GUIDOTTI TONETTO; RAFAEL CABRERA CORRÊA; JULIANA TONETTO ZAMPIERI; LETICIA MACHADO ACOSTA; JOSÉ MIGUEL CHATKIN

PUC-RS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO; ABSTINÊNCIA TABÁGICA

Introdução: O tabagismo continua sendo a principal causa de morte evitável no mundo e seu tratamento é

uma das medidas reconhecidas como eficaz na prevenção de doenças tabaco-relacionado. **Objetivos:** Revisar as taxas de cessação do tabagismo em 1031 pacientes em um ambulatório especializado. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo, não randomizado e não controlado. Incluídos tabagistas do Ambulatório de Auxílio à Cessação do Tabagismo do HSL-PUCRS - entre jul/99 e jun/10. Os pacientes receberam terapia cognitiva comportamental intensiva (TCC) e de acordo com avaliação médica era acrescida terapia medicamentosa específica: Nortriptilina 75 ou 100mg e Bupropiona 300mg dia. A abstinência, confirmada pela medida do monóxido de carbono exalado .Tx abstinência em 12 meses de acompanhamento. **Análise Estatística:** Variáveis contínuas: média (DP), mediana (P25 a P75) ou contagens (percentuais). Variáveis categóricas: percentuais. Taxa de abandono: Kaplan-Meier com ajuste por regressão de Cox (HR com IC95%) para potenciais fatores confundidores. **Resultados:** A revisão incluiu 1056 pacientes. São 34,6% (366) do sexo masculino com a média da escala de dependência tabágica de Fagerstrom de seis. A idade média foi de 54 anos de idade. A Bupropiona foi usada em 634 casos. A taxa de sucesso no final de 12 meses foi de 43%. **Conclusão:** Não houve diferença significativa nas taxas de sucesso entre os cinco esquemas terapêuticos utilizados

P0526 PLANEJAR PARA PARAR DE FUMAR OU NÃO?

ELIZABETH HERTEL LENHARDT-BOTELHO1; FLAVIA RAMOS DUARTE2; MICHELI SILVA JACOB3; PAMELLA SUELEN ALVAREZ PORTO4; REGINA SILVA RAMALHO5; ROSANGELA KATIA SANCHES MAZZARONA RIBEIRO6; CLOVIS BOTELHO7

1,6,7.UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL; 2,3,4,5.UNIC, CUIABÁ, MT, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MOTIVAÇÃO; PLANEJAR; CESSAÇÃO

Introdução: Dentre os fatores dificultadores da cessação do tabagismo, a baixa motivação destaca-se por ser a pedra angular no tratamento do tabagismo, pois os pacientes diferem em relação ao grau de disposição para parar de fumar. **Objetivos:** Avaliar a motivação para a cessação do tabagismo em fumantes que planejaram ou não parar de fumar **Métodos:** Estudo transversal, de base populacional, realizado com uma amostra de 215 ex-fumantes, de ambos os sexos, com idade entre 25 e 84 anos, residentes na cidade de Cuiabá-MT/2010. Para a coleta de dados foi aplicado questionário estruturado, especificamente elaborado para esta pesquisa. Na análise dos dados foi utilizado o programa SPSS, versão 1.5 e todos os testes estatísticos empregados com nível de significância 5% ($p \leq 0,05$). **Resultados:** Dentre os 215 ex-fumantes, 50,2% pararam de fumar sem planejamento, ou seja, por insight (grupo 1) e 49,8% planejaram parar de fumar (grupo 2). Dos 107 sujeitos que planejaram parar de fumar, apenas 3,8% fizeram uso de medicamento, como a bupropiona e o adesivo de nicotina e 46,0% planejaram parar de fumar “marcando data”, porém não fizeram uso de medicamento para tal fim. O grupo insight (1) quando comparado com o grupo planejou parar de fumar (2) teve menos ansiedade e nervosismo (3,2% vs 7,9%); menos fissura e vontade de fumar (16,8% vs 17,7%); e relato de não ter grande dificuldade para parar de fumar (23,2% vs 15,8%). **Conclusão:** Conclui-se grupo 1, sem planejamento para parar de fumar (insight) mostrou maior facilidade em lidar com a síndrome de abstinência comparada com o grupo 2 (com).

P0527 ADESÃO DOS FUNCIONÁRIOS À POLÍTICA INSTITUCIONAL "SANTA CASA 100% LIVRE DE TABACO".

RAQUEL MOURA KOHMANN; RICHARD FAGUNDES KÜHNE; RÔMULO DA SILVA SCHUDIKIN; LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA
UFCSA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TOBACCO ; CONTROL ; ADHESION

Introdução – A promoção de ambientes 100% livres do tabaco, além de proteger a população do tabagismo passivo, segundo a OMS, é a medida de maior impacto para seu controle. A expansão de políticas mais restritivas ao fumo em instituições ligadas à saúde é uma medida indispensável e de necessidade imediata. A proibição do fumo em ambientes fechados não resolve o problema dos fumantes em ambientes abertos de hospitais, que deveriam ser livres da fumaça de cigarro pela proximidade de um público vulnerável e pelo exemplo à sociedade. A restrição do fumo também nos ambientes abertos, dentro de empresas e instituições, provou ser eficaz na redução do tabagismo. E o primeiro passo para que seja possível esta prática é sua aceitação por parte dos colaboradores. **Objetivos** – Compreender a realidade em que se encontra a comunidade da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) bem como sua possível adesão a uma política antitabagismo que restrinja o uso de tabaco em ambientes abertos. **Métodos** – Foram aplicados 400 questionários em funcionários da ISCMPA, em janeiro de 2010, com as perguntas “Já ouviu falar do programa de controle do tabagismo da ISCMPA?”, “Participou de alguma palestra sobre tabagismo?”, “Sabia que os funcionários têm direito a tratamento para o tabagismo?”, “Qual sua opinião sobre a proibição de fumar dentro da ISCMPA?”, e “Qual sua atitude em relação a alguém que está fumando dentro da instituição?”. **Resultados** – Dos 400 entrevistados, 372 concordaram em participar. Destes, 89,5% afirmaram saber do Programa de Controle de Tabagismo da ISCMPA, 64,7% já haviam assistido às palestras mensais e 79,8% sabiam do apoio do Hospital aos funcionários quanto ao tratamento para cessação do tabagismo. Concordaram com a proibição de fumar dentro da instituição: 75%; mas, estes, ao se depararem com alguém fumando, nada fazem a respeito. Sobre a proibição de fumar em qualquer setor da instituição, 79,5% manifestaram aprovação, 11% indiferença, e 9,5% discordaram. **Conclusão** – O apoio de 79,5% à proibição do fumo em ambientes abertos é um dado animador para a efetivação dessa medida. No entanto, será necessária maior participação dos colaboradores no desenvolvimento das novas medidas de controle do tabagismo, como o treinamento para abordagem e aconselhamento dos fumantes, internos e externos à instituição. Além disso, o setor administrativo da ISCMPA deverá estabelecer mecanismos de fiscalização e até punição para os infratores.

P0528 ANÁLISE DO TRANSPORTE MUCOCILIAR EM TABAGISTAS E PORTADORES DE DPOC

RAFAELA FAGUNDES XAVIER; FERNANDA MARIA MACHADO RODRIGUES; GIOVANA NAVARRO BERTOLINI FERRARI; RAFAELA BONFIM; LUCIANA CRISTINA FOSCO; ALESSANDRA CHOQUETA DE TOLEDO; DIONEI RAMOS; ERCY MARA CIPULO RAMOS
FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPORTE MUCOCILIAR. ; TABAGISMO; DPOC

Introdução: As vias aéreas estão constantemente expostas a agentes irritativos que, quando não devidamente removidos, se tornam responsáveis por infecções. A remoção de partículas e substâncias potencialmente agressivas é promovida por meio do transporte mucociliar, um importante mecanismo de defesa do epitélio respiratório. Em indivíduos tabagistas e portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) esse mecanismo encontra-se alterado. **Objetivos:** Comparar o transporte mucociliar de tabagistas e indivíduos com DPOC. **Métodos:** Estudo transversal no qual foram avaliados 36 indivíduos, divididos em dois grupos: o primeiro grupo (G1) composto 7 anos; 30 anos/maço; □ por 18 indivíduos tabagistas (8 homens; 50 VEF1 > 80%; COex > 6 ppm) e o segundo grupo (G2) formado por 18 9 anos; VEF1 entre 50 e 80% do □ indivíduos com DPOC (15 homens; 66 4 anos; COex □ predito; ex fumantes há 9 < 6 ppm). Para comparação foi utilizado um grupo pareado (G3) constituído por 18 indivíduos saudáveis e 11 anos; VEF1 □ não tabagistas (6 homens; 49 > 80%; COex < 6 ppm). O transporte mucociliar foi avaliado por meio do tempo de trânsito de sacarina (TTS) realizado entre 7 e 9 horas, em ambiente com temperatura mantida a 25°C e umidade relativa do ar entre 50 e 60%. A função pulmonar foi avaliada por meio de espirometria (Espirômetro MIR-Spirobank versão 3.6). A mensuração do monóxido de carbono no ar expirado (COex) foi realizada por meio de monoxímetro (monitor Micro CO®). Para análise estatística dos dados foi utilizado o teste de one-way ANOVA com pós-teste de Tukey e nível de significância de 5%. **Resultados:** Ocorreu diferença estatisticamente significativa no TTS de 5,7 min quando comparado aos grupos controle e DPOC □ tabagistas (18,6 5 min respectivamente, p □ 4 min e 10,7 □ (10,2 < 0,001). Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados os grupos controle e DPOC (p > 0,05). **Conclusão:** Neste estudo indivíduos tabagistas apresentam TTS aumentado em relação a indivíduos não tabagistas e indivíduos com DPOC. Tal achado sugere uma alteração negativa do transporte mucociliar em resposta ao efeito crônico do cigarro. Além disso, indivíduos com DPOC apresentaram TTS semelhante ao de indivíduos normais, o que sugere uma recuperação do mecanismo de depuração mucociliar em resposta a cessação do hábito tabágico.

P0529 PERFIL E EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO PARA CESSAÇÃO DE TABAGISMO

FERNANDO SERGIO STUDART LEITAO FILHO; MARIA HELENA PENEDO; ALESSANDRA MITSUKO AKAMINE; SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS; FLÁVIA FONTOURA PERUCHIN; ANGELA GIULIANA ZAVATTIERI; MARIA ALENITA DE OLIVEIRA; VALTER FURLAN
AMIL - TOTALCARE/HOSPITAL TOTALCOR, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CESSAÇÃO; QUITLINE

Introdução: Já existem evidências indicando que os programas de acompanhamento telefônico (Quitline) em combinação com as terapias farmacológicas já disponíveis

(como a TRN - terapia de reposição de nicotina) podem promover benefícios adicionais em termos de aumentar as taxas de cessação de tabagismo. **Métodos:** Diante disso, foram avaliados prospectivamente 60 pacientes tabagistas (51,1% de mulheres), nos meses de fevereiro a julho de 2010. A avaliação inicial identificou, entre os pacientes, dependência média moderada (mediana = 5, oscilando entre 1-10), exposição tabagística significativa (35,9 +/- 38,9 anos-maço), com a média de cigarros fumados/dia de 22,0 +/- 16,1. Após uma avaliação inicial, conduzida por um médico pneumologista, os pacientes receberam as orientações necessárias, com prescrição de uma ou mais medicações antitabagismo, conforme presença ou não de contraindicações, relato de uso prévio, condições socioeconômicas e preferências dos pacientes. TRN (adesivos combinados ou não a gomas e/ou pastilhas) foi prescrita para 51 pacientes (85%), bupropiona em 4 pacientes (6,6%), vareniclina em 4 pacientes (6,6%) e nortriptilina em 4 pacientes (6,6%). A periodicidade das ligações seguiu as diretrizes do INCA, sendo 4 ligações semanais no primeiro mês e 2 quinzenais no segundo mês. A pessoa responsável pelas ligações foi uma enfermeira com capacitação em tabagismo. Durante as ligações, aplicavam-se técnicas de terapia cognitivo comportamental, avaliação da presença e do grau de ansiedade, ocorrências de fissuras, lapsos e recaídas. Na constatação de qualquer intercorrência identificada entre os contatos telefônicos, a enfermeira entrava em contato com a equipe médica do programa, para que fosse agendada nova consulta. **Resultados:** Vinte e sete pacientes completaram o programa até envio do resumo (participaram da entrevista inicial e receberam 6 ligações telefônicas), com 18 pacientes encontrando-se abstinentes (66,6%). Os outros 33 pacientes, como ainda estão em acompanhamento, não foram aqui considerados. **Conclusão:** A abordagem de acompanhamento telefônico (Quitline) pode posicionar-se como abordagem eficiente de cessação de tabagismo, sendo alternativa viável aos encontros presenciais.

P0530 AÇÃO DO TABAGISMO NA TRANSPORTABILIDADE CILIAR DE CORTADORES DE CANA-DE-AÇÚCAR

JULIANA ROSINI DA SILVA; TATIANE SOARES DA SILVA; ALINE DUARTE FERREIRA; LUCIANA CRISTINA FOSCO; ALESSANDRA CHOQUETA DE TOLEDO; ERYC MARA CIPULO RAMOS; DIONEI RAMOS

UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRABALHADOR RURAL; TRANSPORTE MUCOCILIAR

Introdução: O transporte mucociliar (TMC) é o primeiro mecanismo de defesa do trato respiratório, sua principal função é remover partículas e substâncias agressivas inaladas. As substâncias presentes na fumaça do cigarro, assim como a poluição podem provocar alterações no epitélio respiratório e consequentemente, no TMC. Tais alterações são diretamente influenciadas pela idade do indivíduo, quantidade de cigarros e o tempo de consumo tabágico. **Objetivos:** Comparar o TMC de cortadores de cana fumantes e não-fumantes. **Métodos:** O estudo foi realizado em uma usina sucroalcooleira localizada na cidade de Martinópolis, São Paulo. Participaram 27 cortadores de cana, divididos em fumantes (13 homens, 4 Kg/m², 7,31±6,22 cigarros/dia; COex□4 anos; 26□27>6 ppm); e 2 Kg/m²; COex□3 anos; 23□ não-fumantes (14 homens, 25<6 ppm). Todos os indivíduos apresentaram função pulmonar normal, atestada pela espirometria. Para a mensuração do

monóxido de carbono no ar expirado (COex) dos indivíduos fumantes, foi utilizado o monitor Micro CO®. O TMC foi avaliado por meio do teste de tempo de trânsito da sacarina (TTS). Os indivíduos foram posicionados sentados, com a cabeça levemente estendida, e uma quantidade de aproximadamente 5 µg de sacarina sódica granulada foi introduzida por meio de um canudo plástico, sob controle visual, a 2 cm para dentro da narina direita; o cronômetro foi acionado e interrompido imediatamente após sentirem um gosto doce em sua boca. O teste foi realizado entre 10 e 11 horas, em ambiente com temperatura de 25°C e umidade relativa do ar entre 50 e 60%. Para análise estatística foi utilizado o teste t não pareado para dados normais (p<0,05). **Resultados:** O TTS está representado em minutos na forma de média e desvio padrão. O TTS do grupo fumante foi 8±3 e do grupo não-fumante de 7±2. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,38). **Conclusão:** Neste estudo o TMC de cortadores de cana fumantes e não fumantes foi semelhante. O baixo consumo tabágico da população estudada pode representar uma exposição insuficiente para causar alterações no mecanismo de depuração mucociliar.

P0531 ANÁLISE DO TRANSPORTE MUCOCILIAR DE TABAGISTAS APÓS EXPOSIÇÃO AGUDA AO TABACO

ALINE APARECIDA ELIAS; MAHARA - DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA; ALINE DUARTE FERREIRA; RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; ERYC MARA CIPULO RAMOS; DIONEI RAMOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO - FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPORTE MUCOCILIAR; TABAGISMO; TEMPO DE TRÂNSITO DE SACARINA

Introdução: O transporte mucociliar é um mecanismo de defesa muito importante do trato respiratório, e é por meio deste que agentes agressores são carregados e expelidos. As substâncias presentes na fumaça do cigarro provocam mudanças no sistema respiratório, incluindo no transporte mucociliar. **Objetivos:** Avaliar o efeito agudo do fumo no transporte mucociliar de indivíduos tabagistas em diferentes momentos e comparar com grupo controle. **Métodos:** Foram avaliados 20 tabagistas (10 homens; 46±13 anos; 26±22 anos/maço; 19±10 cigarros/dia) em quatro momentos: após 12 horas de abstinência, imediatamente, 20 minutos e 2 horas após fumar. No primeiro momento foram obtidos dados pessoais, história tabágica (anos/maço, cigarros/dia e grau de dependência de nicotina), e após 12 horas em abstinência do tabaco foi realizado o teste de função pulmonar (espirometria), quantificação do monóxido de carbono no ar expirado (Micro CO) e mensuração do tempo de trânsito de sacarina (TTS). Nos demais momentos foram realizados apenas o CO e o TTS. Para comparação, um grupo pareado composto por 20 indivíduos saudáveis e não tabagistas (8 homens; 46±12 anos) foi avaliado pelos mesmos testes. Os resultados foram descritos como média ± desvio padrão. Para análise de distribuição dos dados foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. A comparação entre os momentos avaliados, nas diversas variáveis, foi realizada por meio de teste ANOVA para medidas repetidas e para comparação entre os grupos foi utilizado teste t não pareado. **Resultados:** O TTS mostrou valor inferior ao grupo controle (10±5 min). A maior média encontrada foi após 20 minutos (9±4 min),

seguido por abstinência de 12 horas (8 ± 4 min), e 2 horas (8 ± 4 min), e menor valor imediatamente após fumar (7 ± 3 min), e não houve diferença estatisticamente significativa entre esses tempos ($p=0,39$) e o grupo controle. A maior média de CO foi obtida imediatamente após fumar com 18 ± 9 ppm; seguido por 20 minutos após com 17 ± 9 ppm; 2 horas após com 15 ± 9 ppm e 12 horas de abstinência com 11 ± 7 ppm). Houve diferença estatisticamente significativa entre três momentos de CO: abstinência de 12 horas e CO imediatamente após o fumo ($p<0,05$), e CO em 12 horas de abstinência e CO após 20 minutos de abstinência ($p<0,05$). E ainda entre CO de 12 horas de abstinência e CO do grupo controle ($p<0,001$). **Conclusão:** O transporte mucociliar de fumantes apresentou-se diminuído quando comparado ao grupo controle, entretanto sem diferença estatisticamente significativa. Tal achado pode indicar que o dano ao transporte mucociliar é dependente da quantidade de cigarros e ao tempo de exposição à fumaça do cigarro. Como o TTS se manteve inalterado nos momentos, o que sugere dano crônico no transporte mucociliar dos indivíduos estudados, não sendo modificado pela exposição aguda a fumaça do cigarro. Adicionalmente, notou-se que nos períodos analisados o efeito excitatório decorrente da exposição ao CO permanece sobre o transporte mucociliar.

P0532 AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DE FUMAR NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE, NO PERÍODO DE 2007 A 2009.

SANDRA SOLANGE LEITE CAMPOS; LILIANE MARIA MARTINS PORTO; MARIA EURICE MARQUES MORAIS; MARIA IMACULADA FERREIRA DA FONSECA; KARLA AGUIAR CABRAL; RAFAEL LEITE CUNHA
SESA-CE E SMS FORTALEZA, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRATAMENTO AO FUMANTE; AVALIAÇÃO
Introdução: O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde-OMS como doença epidêmica. Constitui-se como a maior causa evitável de morte e um grave problema de saúde pública. É responsável por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% por doenças cérebro-vascular(derrames) e 30% das mortes por câncer. Sendo responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão. Comporta-se como uma doença crônica e seu tratamento, deve ser valorizado fazendo parte das rotinas de atendimento de unidades básicas de saúde. O Município de Fortaleza iniciou o Programa para tratamento de fumantes no ano de 2002, destinado a ajudar os usuários a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações, medicamentos e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. O programa tem duração de um ano. **Objetivos:** Analisar o tratamento para cessação de fumar no Município de Fortaleza, no período de 2007 a 2009. **Métodos:** O trabalho desenvolveu-se no Município de Fortaleza em 7 Unidades Básicas de Saúde, representando 7,6% das Unidades Básicas do município e em uma unidade em nível terciário. Foram utilizados para a coleta de dados, relatórios e planilhas de acompanhamento trimestral do tratamento ao fumante, nos anos de 2007, 2008 e 2009. Os dados foram tabulados e analisados no excel versão 2003. **Resultados:** Os resultados do presente estudo evidenciaram que 665, 666 e 827 fumantes participaram da primeira avaliação clínica do tratamento ao fumante, nos anos de 2007, 2008 e 2009 respectivamente. Destes, 92,0% participaram da primeira sessão estruturada e iniciaram o tratamento em 2007, 79,1% em 2008 e 84,2% em 2009.

Dos que iniciaram o tratamento ao fumante, 58,2% fizeram uso do apoio medicamentoso para minimizar os sintomas de abstinência do uso do tabaco em 2007, 81,0% em 2008 e 2009. Participaram da quarta sessão (Um mês de tratamento ao fumante), 78,4%, 87,5% e 75,7% respectivamente para os anos de 2007, 2008 e 2009. A cessação de fumar no ano de 2007 foi 24,7%, em 2008 foi de 34,7% e em 2009 de 40,5%. O abandono foi de 21,6%, 12,5% e 24,3% para os anos de 2007, 2008 e 2009 respectivamente. **Conclusão:** Conclui-se que o programa para tratamento de fumantes em Fortaleza vem se desenvolvendo de forma efetiva, uma vez que no último ano do estudo a cessação foi de 40,5%. Verifica-se ainda a necessidade de ampliação do programa para as demais Unidades Básicas de Saúde do município.

P0533 ANÁLISE DO PERFIL DE MORTALIDADE RELACIONADA AO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL – RS, CAPITAL NACIONAL DO TABACO.

WILLIAM RUTZEN; GABRIELA CRESTANI; ANDREA LUCIA GONÇALVES DA SILVA; MARCELO TADDAY RODRIGUES
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL, SANTA CRUZ DO SUL, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE PULMÃO; TABAGISMO; MORTALIDADE

Introdução: O tabagismo tem relação comprovada com aumento na incidência de diversas patologias, dentre as quais se destacam a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as neoplasias das vias aéreas. Tendo em vista que no município de Santa Cruz do Sul o cultivo e processamento do tabaco são a base da economia, este estudo tem por objetivo analisar se existe diferença entre a ocorrência de câncer e outras doenças pulmonares nesse município quando comparado às prevalências regionais e nacionais. **Objetivos:** Comparar o perfil da mortalidade relacionada ao tabagismo no município de Santa Cruz do Sul e no Brasil. **Métodos:** Estudo observacional, levantamento epidemiológico via análise dos registros de óbitos ocorridos entre os períodos de 01 de Janeiro de 1998 a 31 de Dezembro de 2007. Foram utilizados para o estudo todos os registros disponíveis do banco de dados do Sistema Único de Saúde, sendo excluídos aqueles de indivíduos menores de 10 anos de idade. **Resultados:** Entre os anos de 1998 e 2007 ocorreram 9.133.272 óbitos no Brasil. A doenças crônicas de vias aéreas inferiores ocupam a 8ª posição (3,89%) dentre as causas básicas de morte no Brasil (355.304 óbitos); no Rio Grande do Sul, esta causa ocupa 3ª posição (7,13%), com 48.006 óbitos de um total de 672.901 ocorridos, e a mesma posição (7,98%) no município de Santa Cruz do Sul, com 714 mortes das 8.937 ocorridas. A mortalidade por neoplasias de traquéia, brônquio e pulmões ocupa 16ª posição (1,79%) na média nacional (163.792 óbitos); no Rio Grande do Sul essa causa ocupa o 6º lugar (3,57%) com 24.605 mortes; no município de Santa Cruz do Sul, ocupa a 4ª posição (5,04%) dentre as causas óbito, com 451 mortes registradas. **Conclusão:** Os índices de mortalidade por patologias que são comprovadamente relacionadas ao tabagismo são maiores no município de Santa Cruz do Sul do que as médias nacional e estadual, o que provavelmente reflete uma maior prevalência do hábito do tabagismo nessa comunidade. Essa conclusão ressalta a necessidade da intensificação de campanhas e medidas de restrição ao tabagismo no município de Santa Cruz do Sul.

P0534 EFEITO DA ABSTINÊNCIA TABÁGICA NO TRANSPORTE MUCOCILIAR DE INDIVÍDUOS FUMANTES

ERCY MARA CIPULO RAMOS; RAFAELLA FAGUNDES XAVIER; LUCIANA CRISTINA FOSCO; MICHELE OLIVEIRA CASSUNDÉ; MAHARA - DAIAN GARCIA LEMES PROENÇA; ALINE DUARTE FERREIRA; ALESSANDRA CHOQUETA DE TOLEDO; DIONEI RAMOS

CHUQUETA DE TOLEDO; DIONEI RAMOS

UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BURKINA FASSO.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; TRANSPORTE MUCOCILIAR; ABSTINÊNCIA

Introdução: A exposição constante do sistema respiratório a substâncias presentes no cigarro aumenta a morbidade respiratória, dentre outras razões, por promover alterações no transporte mucociliar, como diminuição na frequência de batimento ciliar e consequente prejuízo ao mecanismo de depuração mucociliar. Contudo, o abandono do tabagismo produz efeitos benéficos sistêmicos comprovados. **Objetivos:** Avaliar o efeito da interrupção do hábito tabágico no transporte mucociliar de indivíduos fumantes abstênicos. **Métodos:** Estudo longitudinal no qual 13 tabagistas (8 homens; 54±13 anos; 26±3 Kg/m²; 19±12 cigarros/dia; 23±17 anos/maço) participantes do Programa de Consolidação e Orientação Anti-tabagismo da FCT-UNESP foram avaliados quanto ao transporte mucociliar por meio do tempo de trânsito de sacarina (TTS) em quatro momentos: no início do programa (basal), após sete, 30 e 60 dias de abstinência ao cigarro. Todos os indivíduos apresentaram função pulmonar normal, atestada pela espirometria. Para análise estatística dos dados foi utilizado o teste de Friedman seguido de pós teste de Dunn. O nível de significância utilizado foi de 5%. **Resultados:** Os valores de TTS basal, após sete, 30 e 60 dias de abstinência foram 15±11, 15±13, 10±6 e 6±3, respectivamente. Houve diferença significativa entre os valores de TTS basal e após 60 dias de abstinência (p=0,0013). Não foi observada diferença significativa entre os demais momentos. **Conclusão:** A abstinência promoveu melhora no transporte mucociliar de indivíduos fumantes, e esse benefício mostrou-se acentuar-se gradativamente com o aumento do tempo de abstinência. Assim, a interrupção do hábito tabágico por dois meses alterou de forma positiva o transporte mucociliar de indivíduos fumantes. Apoio: Fapesp; Proex

P0535 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE TABAGISTAS SUBMETIDOS À ESPIROMETRIA EM PRAÇA PÚBLICA DE CRICIÚMA/SC

FÁBIO JOSÉ FABRICIO DE BARROS SOUZA1; ALBINO JOSÉ DE SOUZA FILHO2; TAMISE DA SILVA BAPTISTA3; AYAKA YAMANE4; MARCO ANTÔNIO PELLINI DE MACEDO5; DAVI FRANCISCO MACHADO6; ANIDA LARISSA DE ALMEIDA SILVA7; GERALDINE MACIEL GUIMARÃES8

1,2,8.HOSPITAL SÃO JOSÉ, CRICIÚMA, SC, BRASIL; 3,4,5,6,7. UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE, CRICIÚMA, SC, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DPOC; ESPIROMETRIA

Introdução: O tabagismo é considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo. No Brasil, nas últimas três décadas, atribuiu-se um milhão de mortes relacionadas ao tabagismo, entre as causas as doenças cardiovasculares e o câncer de pulmão, correspondendo a 410 mil e 300 mil mortes, respectivamente. Deste modo é de suma importância ações no intuito de avaliar e orientar esta população tabagista. **Objetivos:** conhecer o perfil clínico-epidemiológico de tabagistas e ex-tabagistas submetidos à análise por profissionais da saúde incluindo realização

de espirometria, estratificá-los conforme seus achados e assim informá-los do impacto do tabagismo em sua saúde orientando novas perspectivas. **Métodos:** análise de 54 pacientes submetidos à análise sumarizada por profissionais da saúde e resposta a questionário aplicado no Dia Mundial de Combate ao Fumo realizado em praça pública. **Resultados:** dos pacientes avaliados 37,03% eram do sexo feminino e 62,96% do sexo masculino. A idade média foi de 54,3 anos aproximadamente. Dos 54 pacientes atendidos, 36 são atuais tabagistas contra 11 que cessaram o vício e 7 que nunca fumaram. Somente 9 possuem carga tabágica inferior ou igual a 20maços/ano contra 35 que possuem carga tabágica superior a 20 maços/ano e 10 que não informaram ou nunca fumaram. Conforme espirometria realizada, 26 (48,14%) pacientes se classificaram sem alterações no exame, sendo que 28 (51,85%) tiveram exame alterado com 14 pacientes apresentando distúrbio ventilatório obstrutivo, 8 com distúrbio ventilatório restritivo e 6 com distúrbio ventilatório misto. Por último, os 54 pacientes analisados foram divididos em dois grupos com 27 pacientes em cada grupo com o ponto de corte do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) de 80% (grupo A maior do que 80%, grupo B menor do que 80%). A diferença entre os dois grupos foi significativa em relação ao VEF1/CVF (Grupo A 101,74±11,33 versus Grupo B 81,66±21,69, p=0,0001), CVF (98,25 ±15,6170 versus 78,0741±17,5147, p= 0,0001), idade (50,0741 ± 11,0172 versus 58,5185±10,0130, p =0,0048), carga tabágica (22,8556 ± 22,6176, 41,7259 ±30,5927, p = 0,0128). A correlação dos 54 pacientes do VEF1 com a idade é inversa e significativa (-0,4464, P=0,0007), houve correlação significativa e negativa de todos os pacientes entre VEF1 e carga tabágica (-0,3532, P=0,0088). **Conclusão:** Em nossa amostra foi demonstrado que quanto maior a carga tabágica e quanto maior a idade, menor o VEF1. Concluiu-se que o tabagismo é um elemento nocivo as vias aéreas inferiores e seu impacto na saúde do doente pode se manifestar ao longo de décadas de diversas maneiras, sendo a espirometria um ótimo exame para detectar alterações precoces até graus graves de distúrbios pulmonares.

P0536 PULMÃO S.A. SUA ATMOSFERA, SUA VIDA! -TEMA LIVRE

MARCOS HENRIQUE SANTANA DO NASCIMENTO

PUCPR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: NOVAS LOGÍSTICAS ANTITABAGISTA; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; CONVENÇÃO QUADRO

Documentos que vieram a público nos processos contra a indústria tabagista nos Estados Unidos e na Grã Bretanha deixam claro que o foco é vender para jovens e mulheres. Com a restrição da propaganda e das leis que restringem consumo em lugares públicos, a indústria ajustou seu foco para criação de novos produtos tabaco, pontos de venda, eventos de moda e para as mídias eletrônicas. Lugares onde se encontram jovens com facilidade. Qual o porquê da BAT já estar presente no Facebook, além do motivo supracitado? O site PULMÃO S.A. tornou-se um portal Internacional sobre doenças respiratórias relacionadas e agravadas pelo tabagismo com propósito de informar à geração "on line, confrontar a logística da indústria tabagista e ratificar a Convenção Quadro. O domínio <http://pulmaosa.com.br>, conta com artigos publicados em Português e Inglês, e funciona como um aeroporto de "Mídias Sociais" como o DIGG, Twitter, Facebook, VodPod, Delicious, You Tube, RSS,

WordPress, entre outras. Tem seu acesso inclusive através de celulares, enviando notícias mais recentes no sistema PULMAOSANEWS. As mídias “decolam” do site levando pela internet mensagens, fotos e códigos de artigos sobre riscos em se consumir qualquer forma de tabaco. As mensagens do <http://twitter.com/PulmaoSA> são veiculadas em Português, Inglês, Francês, Japonês, Espanhol e o Mandarim além do Indonésio pois BRICs (Brasil, Rússia, Índia e China), mais Estados Unidos, Japão e Indonésia estão no foco para consolidação do mercado da indústria. O site é customizado para profissionais de saúde e também leigos, sem que isto signifique distanciamento de dados da literatura Médica. Números da PULMÃO S.A.: Vídeos veiculados sobre os temas tabagismo, DPOC, Gripe suína + Asma e Prevenção em doenças respiratórias obtiveram 8.563 acessos; O Twitter tem 342 seguidores; Teste de dependência Tabágica (Fargestrom) com aproximadamente 5.000 acessos, o Delicioso do site, destacadado de páginas na internet: 3.500 acessos, e o site em 1 ano e 6 meses no ar, 50.000 acessos, média de 2.800 /mês, indicando existir demanda por múltiplas mídias e aceitabilidade para projeto que, vale ressaltar, não conta com nenhuma forma de propaganda. Próximos passos: Jogos eletrônicos e desenhos animados para veiculação na internet e no Facebook, objetivando informar jovens e crianças através de meios de comunicação do seu domínio orientando sobre as antigas e novas formas de tabaco; e através deles levar aos adultos do seu convívio que fumam a mensagem: Fumar possui tratamento! A linha de ação não apenas conduz a informação, mas ao permitir a interação via troca de dados, estimula o fortalecimento da cidadania e permite aos usuários melhorar sua qualidade de vida focando na preservação da atmosfera pulmonar das gerações presente e futura. A missão do site PULMÃO S.A. é criar rede de proteção no Setor 3E: Empresas, Estado e Escolas. E como diz o slogan do site, sua missão é contribuir para salvaguardar o Pulmão: Sua Atmosfera, sua vida!

P0537 INFLUÊNCIA DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS E DE ALTERAÇÕES DOS TESTES DE FUNÇÃO PULMONAR NO TRATAMENTO INTENSIVO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO NÚCLEO DE ATENÇÃO E TRATAMENTO DO TABAGISMO (NATTAB) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS EM SALVADOR

ANA THEREZA CAVALCANTI ROCHA1; JOSÉ FRANKLIN SOARES POMPA-FILHO2; MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA3; MANUELA BARROS DE PINHO4; MARINA CAMPOS SIMÕES CABRAL5; LUCAS SOUSA MACÊDO6; KELLY PALONY NEVES DO BEM7; CLÁUDIA LUIZA SENA GOMES DE SOUZA8

1.NATTAB - COMPLEXO HUPES - UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 2,3,5,6. FAMEB - UFBA, SALVADOR, BA, BRASIL; 4.NATTAB - COM HUPES, SALVADOR, BA, BRASIL; 7,8.NATTAB - HUPES, SALVADOR, BA, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DPOC; TRATAMENTO INTENSIVO

Introdução: O tabagismo é uma doença crônica que necessita frequentemente de tratamento prolongado. O aconselhamento individual ou em grupo, associado a medicações, é a forma mais adequada de tratar os pacientes e prevenir doenças respiratórias e cardiovasculares, além do câncer. O NATTAB é um centro em Salvador que oferece esse tipo de tratamento. **Objetivos:** Avaliar a influência dos sintomas respiratórios e de novas alterações nos testes de função pulmonar (TFP) sobre as taxas de cessação do tabagismo em nosso programa de tratamento intensivo cognitivo-comportamental (TCC). **Métodos:** Nós avaliamos

consecutivamente tabagistas para os quais foi oferecido TCC por uma equipe multidisciplinar associado a medicações gratuitas. A TFP foi solicitada de todos os pacientes com sintomas respiratórios. A regressão logística de múltiplas variáveis foi usada para estimar a influência das alterações detectadas nos TFP sobre as taxas de abstinência no primeiro e terceiro mês. **Resultados:** 350 pacientes foram avaliados durante 20 meses. O escore no TF foi 0-4 em 26%, 5-7 em 43% e 8-10 em 31%. O TCC foi iniciado por 75% deles; 64,5% eram mulheres e a idade média foi 52,7±11 anos; 92% destes tinham pelo menos uma queixa respiratória: tosse (73%); dispnéia (69%); e sibilância (39%); 41% tinham hipertensão, 37% história de depressão, 25% doença do refluxo ou gastrite, 24% distúrbios do sono, 17% ansiedade, 13% obesidade, 11% DM; 7% DAC e 7% alcoolismo; 88% dos pacientes usaram medicações (Bupropiona 44,4%, TRN 23,9%, gomas 4,6% e combinação 22,5%) O TFP foi realizado em 242/350 pacientes e em 76% daqueles que iniciaram o TCC, mostrando resultados normais em 44%; doença de pequenas vias aéreas (FEF25-75% <70%) em 10%; doença obstrutiva leve em 25%; moderada em 10%; grave em 2,5%; doença restritiva em 7,5%; e doença mista em 1,5%. Pacientes com alterações no TFP eram mais velhos (56 vs. 51, p=0,0001), tinham mais tempo de tabagismo (41 vs. 35 anos, p=0,0001), e escore do TF mais alto (6,4 vs. 5,7, p=0,04). A taxa de abstinência foi: 57% (150/162) no primeiro mês; 81% (150/185) no terceiro mês; e 77% (72/94) no sexto mês. O achado de doença restritiva e/ou obstrutiva no TFP não influenciou o início do TCC (47% vs. 54%) ou nas taxas de abstinência no primeiro mês (58% vs. 63%) e no terceiro mês (79% vs. 81%), p= NS para todos. **Conclusão:** A maioria dos tabagistas que procuraram o tratamento para a dependência de nicotina apresentava sintomas respiratórios e 46% foram diagnosticados com alterações no TFP. Os pacientes que receberam o TCC com medicações obtiveram taxas maiores de abstinência, incluindo aqueles com alterações obstrutivas/restritivas no TFP. A triagem de tabagistas com alterações no TFP cria uma oportunidade precoce para o diagnóstico e o tratamento de doenças pulmonares e pode estimular o tratamento da dependência de nicotina. O TCC com medicações pode ser eficaz para cessação do tabagismo, mesmo em pacientes idosos com DPOC.

P0538 QUAL O PERFIL DO PACIENTE QUE ACOMPANHA O TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO APÓS CESSAÇÃO DO TABAGISMO?

ROSÂNGELA VICENTE; ELIANE FOLLADOR; SILVANA MARIA AMABILI ALFONSO; CRISTIANE BELMONTTE RIBEIRO; SÍLVIA HELENA ALMEIDA PINTO; LÚCIA TERADA; JOSÉ R. JARDIM; SÉRGIO RICARDO RODRIGUES DE ALMEIDA SANTOS

PREV-FUMO-PNEUMOLOGIA/UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; MANUTENÇÃO; PERFIL

Introdução: Recomenda-se que pacientes que completam o tratamento inicial do tabagismo e consigam atingir abstinência nicotínica sejam acompanhados periodicamente até completarem 12 meses de cessação. Tal medida tem como objetivo assegurar a abstinência prolongada, reduzindo o risco de recaídas, sendo, portanto, oferecida a todos que deixam de fumar. Porém, apenas a minoria concorda em participar deste seguimento de longo prazo e realmente comparece. **Objetivos:** Levantar o perfil dos pacientes que realizam o acompanhamento recomendado

para manutenção do novo estado tabagístico (abstinência) e compará-lo com o perfil daqueles que não o realizam. Métodos: Avaliadas características sócio-demográficas, como idade, sexo, escolaridade, classificação sócio-econômica avaliada pelo Critério Brasil, tempo de tabagismo, carga tabagística expressa em anos-maço e grau de dependência nicotínica pelo Questionário de Fagerström dos pacientes que deixaram de fumar (abstinência mínima de 2 semanas ao final do tratamento), comparando-se os que compareceram grupo de manutenção com os que não compareceram. Resultados: Avaliados 410 pacientes que deixaram de fumar no tratamento em grupo; apenas 70 participaram dos encontros de manutenção (17,1%). O grupo de manutenção apresentou maior média de idade (54,0±8,2 anos versus 47,3±11,3 no grupo que não participou, $p<0,001$), maior percentual de idosos (>60 anos) (25,7% versus 14,4%, $p=0,020$), pior nível de escolarização (54,2% entre analfabetismo e colegial incompleto versus 37,3%, $p=0,008$), pior nível sócio-econômico (87,0% de classes C,D e E versus 43,5%, $p<0,001$), maior tempo de tabagismo (34,7±10,7 anos versus 30,4±11,3, $p<0,001$) e maior carga tabagística (42,5±28,8 anos-maço versus 34,7±22,8, $p=0,013$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre distribuição por sexo (grupo manutenção com 62,5% de mulheres versus 65,3%, $p=0,652$) e no grau de dependência nicotínica (grupo manutenção com 5,7±2,0 versus 6,0±2,2, $p=0,102$). Conclusão: O perfil dos fumantes que deixam de fumar durante tratamento realizado em centro de referência no tratamento do tabagismo e que concordam em comparecer a seguimento mensal até completarem 12 meses sem fumar é diferente daqueles que se recusam a participar, sendo mais velhos (inclusive com maior participação de idosos), com piores níveis de escolarização e classificação sócio-econômica, maior tempo de tabagismo e maior carga tabagística na vida. Tais informações podem auxiliar na confecção de novas estratégias para atrair maior público para estes grupos, reduzindo taxas de recaída no médio e longo prazos.

P0539 TABAGISMO – EXPOSIÇÃO, CARGA TABÁGICA E PREVALÊNCIA DE ABORDAGEM PREVENTIVA EM PACIENTES DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM CURITIBA-PR

RODNEY LUIZ FRARE E SILVA; ELIANE RIBEIRO CARMES; ALAIN FELIPE SCHWARTZ; DENISE DE SOUZA BLASZKOWSKI; RAPHAEL HENRIQUE DÉA CIRINO; RENATA DAL-PRÁ DUCCI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; CARGA TABÁGICA

Introdução - O tabagismo - principal causa de morte evitável no mundo - é uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e é classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas no CID-10. A legislação determina fornecer abordagem cognitivo-comportamental e tratamento medicamentoso em unidades de saúde do sistema público. **Objetivos** - determinar carga tabágica e prevalências de tabagismo, de cessação do fumo, de abordagem médica sobre o hábito de fumar e de aconselhamento para abandono do tabagismo em pacientes fumantes (F) e ex-fumantes (EF) em hospital público universitário. **Métodos** - estudo transversal, realizado entre fev-mar/2009, com pacientes do Hospital de Clínicas-UFPR (HC) que compareceram para coleta de material no Serviço de Análises Clínicas. Incluídos

629 pacientes, 18 a 84 anos ($49,9\pm15,0$), 206 (32,7%; IC95% 29,1-36,6) do sexo masculino. Índice de cessação do tabagismo = $EF/F+EF$. Para sumarizar as utilizou-se média e desvio-padrão ou proporções e intervalo de confiança (IC95%). Para comparar F e EF utilizou-se o teste t ou ANOVA e o teste de Mann-Whitney. Para variáveis categóricas os testes do qui-quadrado ou exato de Fischer. Significância $p<0,05$. Estudo aprovado pelo CEP do HC. Todos assinaram o TCLE. **Resultados** - 76 (12,1%; IC95% 9,6-14,9) eram F, 179 (28,5%; IC95% 25,0-32,1) EF e 374 (59,5%; IC95% 55,5-63,3) não fumantes (NF). Dos F 32 (42,1%; IC95% 30,9-54,0) eram homens e 44 (57,9%; IC95% 46,0-69,1) mulheres. $F 47,1 \pm 12,5$ anos e $EF 52,3 \pm 14,6$, $p=0,0070$. Carga tabágica e grau de dependência foram maiores entre os EF, $p=0,0292$ e $p=0,0125$, respectivamente; 72 F (94,7%; IC95% 87,1-98,6) e 166 EF (92,7%; IC95% 87,9-96,1) foram indagados sobre o hábito de fumar; 22,4%; (IC95% 13,6-33,4) e 16,8%; (IC95% 11,6-23,0) orientados a abandonar o fumo. Gênero, idade ao início, questionamento sobre o hábito de fumar e orientação para cessação do fumo foram semelhantes entre os grupos. Observou-se nos extremos de idade os maiores índices de cessação do fumo. O grau de dependência foi diferente entre faixas etárias ($p=0,0002$) e semelhante entre gêneros ($p=0,4066$). A prevalência de fumo pesado variou entre faixas etárias ($p=0,0021$) e entre gêneros ($p=0,0111$). **Conclusão** - A prevalência de tabagismo de 12,1% (IC95% 9,5-14,9) entre os pacientes do HC estimada neste estudo é significativamente menor do que a prevalência no Brasil (16,1%), em Curitiba (19,3%; IC95% 16,9-21,8) e entre pacientes do Hospital de Clínicas de Botucatu (22,6%; IC95% 16,8-29,3). Índice de cessação de tabagismo maior que o de Curitiba confirma o abandono do tabagismo. Contexto universitário sugere abordagem médica diferenciada - 93,3% foram indagados sobre fumo e 17,7% orientados a cessar o fumo. Porém, cumpre considerar a contribuição das orientações para tratamento de doenças prévias visto que a maioria relacionou o abandono do fumo com manutenção ou recuperação da saúde. Neste grupo, a prevalência de tabagismo é menor e a de cessação do fumo é maior do que na população de Curitiba; F e EF diferem quanto à idade, carga tabágica e grau de dependência; são semelhantes quanto a gênero, idade de início do tabagismo, indagação sobre hábito de fumar e orientação a abandonar o fumo. Fumo pesado e dependência média e elevada não impediram cessar o fumo e poderiam ser úteis como alerta para profissionais da saúde não se desmotivarem com a resistência do fumante pesado em largar o cigarro. É preciso não só indagar, mas orientar o abandono do fumo.

P0540 EXPERIÊNCIA DO USO DA VARENICLINA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM FLORIANÓPOLIS, SC

ALBERTO CHTERPENSQUE1; ADRIANA DE SIQUEIRA CARVALHO2; TATIANA DIAS MARCONI3; GRAZIELA ZIBETTI DAL MOLIN4; GABRIEL MACHADO LEITE5

1,3,4,5.HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL; 2.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO, FLORIANÓPOLIS, SC, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: VARENICLINA; TABAGISMO; ABSTINÊNCIA

Introdução: O tabagismo é uma das maiores causas preveníveis de morbidade e de mortalidade em muitos países. No Brasil, são cerca de 200 mil mortes por ano em decorrência de doenças tabaco-relacionadas. Os efeitos da retirada da nicotina contribuem para as baixas taxas de

sucesso. A vareniclina é um novo agente não-nicotínico desenvolvido expressamente para o controle do tabagismo. É um agonista parcial seletivo dos receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$. Esta medicação promove a liberação de neurotransmissores que, de forma semelhante à nicotina, induzem a sensação de bem estar e de prazer e medeiam os efeitos de recompensa causados pela liberação da dopamina no núcleo accumbens. Dessa maneira, diminui os sintomas de abstinência e facilita a interrupção do tabagismo. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes em uso de vareniclina e seu grau de dependência à nicotina; se houve tentativa de interrupção do tabagismo prévia; os motivos descritos pelos pacientes para a realização do tratamento; se o cônjuge exerceu influência positiva no tratamento; a resposta terapêutica após realizado o tratamento; os principais efeitos colaterais apresentados e os motivos para as recaídas e o retorno ao tabagismo. **Métodos:** Estudo retrospectivo, em que foram estudados 88 pacientes tabagistas em avaliação para cessação e indicado o uso de vareniclina em dose progressiva padrão por 12 semanas. Os dados foram coletados através de contato telefônico, seguindo-se protocolo específico. A análise do grau de dependência foi calculada segundo índice de Fagerström e carga tabágica pelo índice maços-ano. **Resultados:** Houve discreto predomínio de pacientes masculinos (52%), com idade média de 51,3 anos. 62% dos pacientes são casados e 47% não relataram patologia prévia. A carga tabágica média foi de 39,4 maços/ano, o Fagerstrom médio foi 4,4 e a idade média do início do tabagismo foi de 18,2 anos. 79% dos pacientes já haviam realizado tentativas prévias no abandono ao tabagismo. A prevenção de doença foi o principal motivo para a realização do tratamento, sendo que em 57% dos pacientes o cônjuge foi importante para a realização do mesmo. 69 pacientes interromperam o tabagismo após o início do tratamento, com uma média de 16,12 dias para tal. Os efeitos colaterais mais relatados foram náuseas (23%), sonhos estranhos (14%), irritabilidade (5%) e insônia (5%). 36 pacientes apresentaram recaídas, sendo que os principais motivos relatados foram os hábitos relacionados ao cigarro em 19% e problemas pessoais em 17%. **Conclusão:** A vareniclina mostrou-se eficaz no tratamento do tabagismo, principalmente se usada na dose e tempo recomendados. O apoio familiar mostrou-se importante na resposta ao tratamento, o que leva a crer que para o sucesso na interrupção da dependência química relacionada ao cigarro, além da terapia medicamentosa é fundamental a abordagem familiar por equipe multiprofissional.

PO541 DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL ASSOCIADA A BRONQUIOLITE RESPIRATÓRIA

LUIZ AUGUSTUS PEREIRA COSTA; TASSIANE CINTRA DE ALVARENGA OLIVEIRA; MILTON ALEXANDRE ARANHA; LUIZA HELENA DEGANI COSTA; EDWANA BUENO DE OLIVEIRA; FLAVIO FERLIN ARBEX; NEILA RAQUEL CAPELLI; JADE CURY
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP), SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL; BRONQUIOLITE RESPIRATÓRIA

Introdução: A Bronquiolite Respiratória (BR) é um processo inflamatório observado frequentemente em fumantes assintomáticos. Histologicamente, se refere ao acúmulo de macrófagos pigmentados dentro dos bronquíolos respiratórios e membranosos, e dos alvéolos adjacentes. A

entidade clínica Doença Pulmonar Intersticial Associada a Bronquiolite Respiratória (DPI-BR), se aplica ao subgrupo de pacientes com BR que apresentam sintomas clínicos como dispnéia e tosse, associada com anormalidades obstrutivas e restritivas leves nos testes de função pulmonar e sua incidência é desconhecida. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é descrever um caso de DPI-BR diagnosticado no Pronto Atendimento de Pneumologia do Hospital São Paulo. **Relato do Caso:** J. M. S. A., branco, 52 anos, natural da Bahia, procedente de São Paulo há 30 anos, churrasqueiro. Procurou o PA da Pneumologia com quadro de tosse, sibilância e dispnéia progressiva há 2 anos, atualmente aos moderados esforços. Negava febre, dor torácica ou perda de peso. Refere diversas exacerbações no período, motivos pelos quais procurou várias vezes o P.S. Negava exposição a pássaros, mofo, produtos químicos, sílica, radiação. Tabagista 30 anos/maço. Ao exame apresentava-se em BEG, corado, hiradato e afebril. AR: MV + bilateralmente, porém diminuído globalmente, com estertores crepitantes bibasais em velcro. FR18 irpm Sat O2: 89% (ao repouso) e 82% (teste do degrau 3'). ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros FC: 64bpm PA: 130x90mmHg. Rx de Tórax: Opacidades Reticulares Bilaterais. PFP: Distúrbio Ventilatório Obstrutivo Leve sem resposta a BD. Tc de Tórax: micronódulos centrilobulares mal definidos e opacidades em vidro fosco de distribuição não homogênea. Feita hipótese diagnóstica de Doença Pulmonar Intersticial associada a Bronquiolite Respiratória diante do quadro clínico, radiológico e tomográfico e orientado ao paciente cessação do tabagismo e retorno em 3 meses para reavaliação. Paciente evoluiu com melhora clínica (se queixa de dispnéia, Sat O2: 97% em repouso e 92% Teste do Degrau 5') e espirométrica dramática, apenas com cessação do Tabagismo e segue em acompanhamento no Ambulatório de Interstício Pulmonar. **Discussão:** A Bronquiolite Respiratória corresponde a alteração intersticial mais comum em indivíduos tabagistas, tendo em geral pouca ou nenhuma repercussão clínico-funcional. Em alguns pacientes, quase exclusivamente grandes tabagistas, observa-se uma forma mais grave, a DPI-BR. O diagnóstico de DPI-BR envolve aspectos clínicos, radiológicos e tomográficos, porém o diagnóstico definitivo depende da biópsia pulmonar caracterizada pela presença de macrófagos pigmentados dentro dos bronquíolos respiratórios e membranosos, e dos alvéolos adjacentes. Neste caso relato diante do quadro clínico, radiológico, tomográfico e espirométrico clássico, além da melhora satisfatória após três meses de cessação do tabagismo optamos pela não realização da biópsia e acompanhamento clínico.

PO542 CAPACIDADE FUNCIONAL E ATIVIDADE FÍSICA NA VIDA DIÁRIA DE TABAGISTAS

RICARDO REZENDE CÔRTEIS¹; RAFAELLA FAGUNDES XAVIER²; GIOVANA NAVARRO BERTOLINI FERRARI³; MAHARA LEMES PROENÇA⁴; FÁBIO OLIVEIRA PITTA⁵; DIONEI RAMOS⁶; ERCY MARA CIPULO RAMOS⁷
^{1,2,3,4,6,7}FCT-UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL; ^{5,2}-DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, LONDRINA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ATIVIDADE FÍSICA NA VIDA DIÁRIA; CAPACIDADE FUNCIONAL; TABAGISMO

Introdução: O cigarro apresenta substâncias que causam alterações sistêmicas e afetam principalmente o trato respiratório. Tais alterações são responsáveis por dispnéia e cansaço mais evidentes durante a realização de exercícios

físicos, e podem refletir uma redução na capacidade funcional e no nível de atividade física na vida diária (AFVD). **Objetivos:** Avaliar a influência do tabagismo na capacidade funcional e atividade física na vida diária de fumantes. **Métodos:** Estudo transversal no qual foram avaliados 85 indivíduos com função pulmonar normal comprovada pela espirometria, divididos em dois grupos: 54 indivíduos fumantes (26 homens; 47 ± 12 anos; 26 ± 4 Kg/m²; 21 ± 11 cig/dia; 30 ± 23 anos/maço), e 31 indivíduos não fumantes (20 homens; 50 ± 15 anos; 26 ± 4 Kg/m²). A capacidade funcional foi avaliada por meio do teste de caminhada de seis minutos (TC6), realizado de acordo com as diretrizes da American Thoracic Society (ATS). A determinação do nível de AFVD foi realizada por meio de pedômetro, que efetua a contagem do número de passos (movimentos realizados no eixo longitudinal do corpo). Os indivíduos foram orientados a permanecer com o pedômetro durante cinco dias, zerar o dispositivo ao início de cada dia de avaliação e registrar em um diário o número de passos obtidos no final do dia. **Resultados:** Os indivíduos fumantes apresentaram menor desempenho no TC6 em relação aos indivíduos não fumantes ($82 \pm 11\%$ do predito e $90 \pm 13\%$ do predito) ($p=0,01$). Indivíduos fumantes andaram em média 9886 ± 4133 passos/dia e os não fumantes 8998 ± 3566 ($p=0,32$). **Conclusão:** Tabagistas e não tabagistas não apresentaram desempenhos diferentes na AFVD, contudo, em situação de esforço submáximo, os tabagistas apresentaram menor capacidade funcional.

PO543 DEPRESSÃO EM USUÁRIOS DE TABACO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS

LUIZ CARLOS CORRÊA DA SILVA; SILVIA ABDUCH HAAS; ELTON ROSSO; ALESSANDRA METZENAUER; LAURA TRAUB; VERA FAURI; SILVIA TASSINARI; MÁRCIA BOPP
SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; DEPRESSÃO; RECAÍDAS

Introdução: Estudos vêm apontando para uma forte evidência de comorbidade entre tabagismo e transtornos depressivos. Os fumantes deprimidos podem utilizar o tabaco para aliviar seus sentimentos negativos e, por conseguinte, o tabagismo torna-se um reforçador deste comportamento (Rondina; Gorayeb; & Botelho, 2007). Tabagistas com histórico depressivo podem ter seu risco de desenvolver novo episódio depressivo aumentado, o que pode predispor à novas recaídas. A motivação para deixar de fumar é um dos fatores mais importantes na cessação do uso do tabaco e está associada a uma gama de variáveis hereditárias, fisiológicas, ambientais e psicológicas. Tais aspectos ressaltam a importância do trabalho interdisciplinar do Programa de Tratamento do Tabagismo - SUS (Ministério da Saúde/INCA) do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, que está sendo realizado desde 2009. O foco deste programa é ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes apoio em intervenção grupal, informações e estratégias de enfrentamento baseadas na Teoria Cognitivo-Comportamental. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo apresentar aspectos sociais e psicológicos, bem como a presença de depressão em tabagistas avaliados pelo Serviço de Psicologia quando ingressaram no Programa de Tratamento do Tabagismo. **Métodos/Instrumentos:** Em um ano e meio de programa, foram realizadas 72 entrevistas, sendo utilizados: uma ficha de dados sócio-demográficos, a entrevista psicológica (que avalia clinicamente o grau

de motivação para a cessação) e a aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Além disso, foi utilizado o Questionário de Fagerstöm (para avaliação do grau de dependência à nicotina), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o ingresso no programa. **Resultados:** A média de idade dos sujeitos foi de 51 anos, dos quais, 54,1% eram do sexo feminino, 38,8% casados, 25% solteiros, 22,2% separados, viúvos foram 7% e união estável mesmo valor. Com ensino fundamental incompleto foram 36,1%. Dos 72 entrevistados, 29% apresentaram no BDI indicativo de depressão moderada a severa. O questionário de Fagerstöm obteve escore médio de 5,71 pontos, demonstrando grau de dependência média. **Conclusão:** Corroborando a literatura, verificou-se que mulheres procuraram mais o programa, sendo que cerca de 55% dos integrantes apresentam algum nível de depressão. Uma das possíveis hipóteses aponta os estados depressivos como sendo a causa por não conseguirem parar de fumar sem o apoio de uma equipe interdisciplinar, além de apresentarem recaídas e/ou fracasso em tentativas anteriores de cessação do tabagismo.

PO544 COMPARAÇÃO ENTRE TRABALHADORES E PACIENTES ATEN

MARIA EUNICE MORAES OLIVEIRA; ELAINE SANTOS SEGURA; AIRTON TEITELBON STEIN
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ABSTINÊNCIA; RECAÍDA

Introdução: No Programa de Tabagismo do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) pacientes e trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) são atendidos em grupos diferentes, utilizando-se a mesma metodologia de tratamento. **Objetivos:** Comparar o grupo de trabalhadores do GHC com o grupo de pacientes externos que participam do Programa de Tratamento do Tabagismo do HNSC, verificando a condição de ser trabalhador ou paciente externo na contribuição da abstinência do tabaco. **Métodos:** Estudo de coorte. Seguimento de dois grupos identificados: trabalhadores ($n=41$) e pacientes externos ($n=94$). Foi utilizado o questionário de avaliação clínica do Ambulatório de Tabagismo, aplicado por médicos. Avaliaram-se variáveis como alcoolismo e outras adições, depressão e doenças associadas. O tratamento constituiu de Terapia cognitiva comportamental (TCC) e associação de tratamento farmacológico. Foram utilizadas técnicas de TCC grupal e individual. A frequência do comparecimento no grupo foi semanal nos dois primeiros meses, quinzenal nos meses seguintes. O atendimento individual foi mensal para revisão clínica e prescrição de medicação. O uso de medicamentos foi de 12 semanas. Os pacientes foram acompanhados por seis meses, sendo mensurado o monóxido de carbono a cada consulta de seguimento. **Resultados:** A população total analisada ($n=135$) constituiu-se de 65% de mulheres, com idade média de 46,47 anos. Comparando a população de trabalhadores e pacientes verificou-se significância estatística nas variáveis: escolaridade, renda, dependência física (fagerstöm) e média de cigarros fumados. Na análise multivariada não se manteve a significância. Abaixo as curvas de Kaplan-Meier comparativas dos dois grupos: **Conclusão:** Na comparação entre trabalhadores e pacientes externos, usando análise multivariada, não houve diferença significativa ($p<0,05$) quanto à abstinência e recaída.

PO545 EXISTE ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E SEDENTARISMO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA CIDADE DE CURITIBA?

SILVIA REGINA VALDERRAMAS

FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ/FACULDADE DOM BOSCO, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ESTUDANTES; EPIDEMIOLOGIA

Introdução: O conhecimento da associação entre tabagismo e sedentarismo no meio universitário poderá direcionar programas específicos de conscientização, prevenção e ações anti-tabagísticas e anti-sedentarismo neste meio. **Objetivos:** estudar a prevalência de tabagismo em estudantes universitários da Faculdade Evangélica do Paraná e identificar se existe uma associação com sedentarismo. **Métodos:** estudo transversal com amostragem aleatória proporcional por conglomerados entre alunos de 10 cursos de graduação da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba. O consumo tabagístico foi avaliado por meio do questionário modificado da Organização Mundial de Saúde, o nível de atividade física por meio do International Physical Activity Questionnaire-8 e o grau de dependência nicotínica pela escala de Fagerström. **Resultados:** participaram do estudo 376 estudantes (66% F e 34% M), com média de idade de 25,8 ± 9,5 anos. A prevalência de tabagismo foi de 18% e a de sedentarismo foi de 43%. Não houve associação entre tabagismo e sedentarismo (fumantes sedentários 45% e não fumantes sedentários 42%, RP=1,06 IC95% [0,79-1,42]). Entre os fumantes, os graus de dependência nicotínica classificados como baixo e muito baixo foram os mais prevalentes (14,5 e 73,9% respectivamente). **Conclusão:** os **Resultados** do estudo demonstram uma elevada prevalência de sedentarismo em estudantes universitários da Faculdade Evangélica do Paraná, com igual distribuição na proporção de sedentários entre os grupos de fumantes e não fumantes.

PO546 PROGRAMA INTERNO DE TRATAMENTO DO TABAGISMO DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE (CHSC): AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM 24 MESES.

JULIANA CARDOZO FERNANDES; ZAHARA ALBORNOZ; ADRIANA REIS DO NASCIMENTO; DEBORA SANA MORAES; LETICIA DE ALMEIDA; MAVIS KLAUS INHANQUITES; LUIZ CARLOS CORREA DA SILVA
COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; MULTIDISCIPLINAR; TRATAMENTO

Introdução: O tabagismo é uma doença que afeta um grande número de profissionais ativos, trazendo implicações sociais, econômicas e psicológicas aos mesmos e às instituições. Um levantamento institucional identificou desejo de muitos funcionários tabagistas em tratar-se. Criou-se um programa interno de controle do tabagismo com intuito atingir um menor índice de fumantes e ambiente livre de tabaco na instituição. **Objetivos:** Avaliar resultado da abordagem multidisciplinar associada à avaliação individual para tratamento do tabagismo em de funcionários do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. **Métodos:** Estudo transversal, aberto. Abordagem individual e em grupo, utilizando apoio cognitivo-comportamental e medicamentoso. Realizado preenchimento questionário, avaliação médica individual, 4 encontros com equipe multidisciplinar semanais e encontros quinzenais de manutenção. As drogas utilizadas foram bupropiona,

reposição de nicotina e vareniclina. **Resultados:** Estudo realizado no período de junho de 2008 a julho de 2010. Inscreveram-se no programa 132 pacientes e completaram 108 pacientes, 76 (71%) sexo feminino e 32 (29%) masculino. Idade média aproximada dos grupos foram 41 e 45 anos, respectivamente. Dependência a nicotina foi leve em 20%, moderada em 46% e severa em 34%. Receberam bupropiona 86%, reposição de nicotina em 30,5%, vareniclina em 4% e nenhum medicamento 6% dos casos. Abstinência ao tabagismo foi atingida em 37 pacientes em 1 mês (34,2%), 34 pacientes em 12 meses (60%), 19 pacientes em 18 meses (54%) e 9 pacientes em 24 meses (52%) até julho de 2010. **Conclusão:** A abordagem multidisciplinar associada à individual foi efetiva para abstinência do tabagismo neste grupo. O engajamento, treinamento e comprometimento da equipe, associado ao suporte de manutenção quinzenal aos pacientes podem contribuir de forma significativa para esses **Resultados** e sustentação dos mesmos em 24 meses.

PO547 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE FUMANTES EM CAMPANHA NO CENTRO DO RECIFE – INFLUÊNCIA DA IDADE.

RITA DE CÁSSIA SANTA CRUZ1; BLANCARD SANTOS TORRES2; ESDRAS XAVIER PEREIRA3; SAMUEL KOSMINSKY4; LUCAS PEREIRA DE SOUZA5; EDILEUSA FARIAS TENÓRIO6

1,2,3,5,6.REAL HOSPITAL PORTUGUÊS, RECIFE, PE, BRASIL; 4.UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; GATILHOS; FAIXA ETÁRIA

1. Introdução: Parar de fumar está associado a benefícios de saúde para homens e mulheres fumantes de todas as idades. Participação em um programa de cessação do tabagismo está associada com diminuição da mortalidade por qualquer causa, especialmente para os fumantes com obstrução das vias aéreas. A decisão de parar de fumar tem na dependência da nicotina seu grande obstáculo, mas existem outros gatilhos que funcionam como entrave para que o fumante consiga superar o hábito de fumar. **2. Material e Métodos:** Dados colhidos em agosto de 2009, no centro do Recife, durante uma campanha de controle do tabagismo. **3. Resultados:** A idade dos pesquisados variou de 17 a 81 anos, teve média de 46,36 anos, mediana de 45,00 anos, desvio padrão de 13,54 anos e coeficiente de variação de 29,21%. Tabela- Avaliação das questões relacionadas aos aspectos psicológicos e a pontuação da dependência da nicotina segundo a faixa etária • Você fuma mais após ter tido aborrecimento ou problema? Sim Até 40- 98%; 41 a 60- 90%; 61 ou mais-74,1%; Não Até 40- 1,8%; 41 a 60- 9,2%; 61 ou mais- 25,9% p(1) = 0,002* • O cigarro é um dos prazeres mais importantes da sua vida? Sim Até 40- 40%; 41 a 60- 44%; 61 ou mais- 63%; Não Até 40-60%; 41 a 60- 55%; 61 ou mais- 37% p(1) = 0,137 • O fato de pensar em não fumar torna-o infeliz? Sim Até 40-45%; 41 a 60- 31%; 61 ou mais- 23,1%; Não Até 40- 54%; 41 a 60- 68%; 61 ou mais- 76,9 % p(1) = 0,097 • Pontuação da dependência da nicotina: 0 Até 40- 1,8%; 41 a 60- 5,3%; 61 ou mais-3,7%; 1 a 3 Até 40-14,5%; 41 a 60- 27,6%; 61 ou mais- 18,5%; 4 a 6 Até 40- 49,1%; 41 a 60- 38,2%; 61 ou mais-48,1%; 7 a 9 Até 40-34,5%; 41 a 60- 28,9%; 61 ou mais-29,6% p(2) = 0,539. **4. Conclusão:** No nosso estudo, o único item que mostra diferença significativa foi aquele que atribui a algum estresse o gatilho que desencadeia a vontade de fumar.

Isso é um indicador de pontos na abordagem cognitivo comportamental que se deve atuar com objetivo de que o paciente procure transpor esses mecanismos subconscientes.

P0548 CUSTO DE DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABAGISMO PASSIVO, NO BRASIL, 2003.

ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO1; DIOGO MEDEIROS2; FABIO KUNITA3; DANIEL VILLELA E SILVA4; YVE MENDES RODRIGUES5

1.NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO - NETT/ IDT-UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5.FACULDADE DE MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO PASSIVO; CUSTO; MORTALIDADE

Introdução: A exposição à poluição tabágica ambiental (PTA) é a 3a. principal causa evitável de adoecimento e mortes no mundo (OMS). Há evidências científicas de que o tabagismo passivo provoca diversas doenças, muitas similares àquelas do tabagismo ativo. As principais vítimas são os fetos, crianças, mulheres e trabalhadores do ramo de hospitalidade. No Brasil, de 25 de cada mil óbitos, em domicílios urbanos, por Câncer de Pulmão, Isquemia Coronariana e Doença Cérebrovascular, são produzidos pelo tabagismo passivo. **Objetivos:** Estimar os custos anuais para o SUS e o INSS, de 3 doenças relacionadas à exposição à PTA, que levaram ao óbito 2655 pessoas, de ambos os sexos, acima de 35 anos, ao nível domiciliar, em 2003. As doenças objeto das estimativas foram o Câncer de Pulmão (CP), a Doença Isquêmica Coronariana (DIC) e a Doença Cérebrovascular (DCV). **Material e Métodos:** As fontes foram a "Estimativa de Mortalidade Atribuível à Exposição Passiva à PTA em população urbana, Brasil, 2003 (INCA; IESC/UFRJ; 2008); Custo-efetividade das intervenções de controle do tabaco no Brasil (COPPE/UFRJ, 2008), Boletim Epidemiológico do INSS, DATASUS (AIH; SIA/SUS) e SIM. A análise baseou-se em estimativas dos gastos anuais com procedimentos médicos para as 3 doenças. Foram utilizadas equações de custo para cada uma das doenças, construídas a partir de um painel de expertos; MBE (Revisão Cochrane) e dados da tabela de procedimentos do SUS. **Resultados:** A partir das informações referentes à mortalidade atribuível à exposição passiva à PTA, foram calculados os gastos decorrentes da assistência médica no SUS para 2655 (1054 homens e 1601 mulheres) pessoas que vieram a falecer em decorrência das três doenças, assim como os gastos médios para o pagamento de pensões. Os gastos médico-hospitalares em um ano, com os fumantes passivos que faleceram em decorrência de DIC (n:1224); DCV (n:1359) e CP (n:72) foram respectivamente 12,24; 6,70 e 0,30 milhões de reais. O montante de gastos anuais para o SUS foi de 19,2 milhões de reais. Enquanto os custos para o pagamento de pensões pelo INSS (valor médio=R\$529,70) alcançaram o montante de 18,2 milhões de reais. **Conclusão:** Os custos diretos da assistência médica aos fumantes passivos que faleceram em 2003, em decorrência de eventos agudos e/ou complicações de DIC, DCV e CP representaram cerca de 20 milhões de reais para o SUS, recursos estes que poderiam ser investidos em outros programas de promoção da saúde. Por outro lado, o INSS é obrigado a dispendir 18 milhões de reais, por ano, para custear as pensões decorrentes das mortes de fumantes passivos, considerando apenas o nível domiciliar urbano. As projeções para 5 anos representariam gastos de R\$91,5 milhões (SUS) e R\$439,2 milhões (INSS).

Estas doenças evitáveis foram adquiridas em função da exposição involuntária à PTA. Certamente, se incorporarmos a exposição nos ambientes de trabalho e nos recintos coletivos este custo seria bem maior.

P0549 TABAGISMO: PREVALÊNCIA, GRAU DE DEPENDÊNCIA E CARGA TABÁGICA EM PACIENTES E ACOMPANHANTES DE UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO EM CURITIBA-PR

RODNEY LUIZ FRARE E SILVA; ELIANE RIBEIRO CARMES; ALEXANDRE DO NASCIMENTO; ANDRÉ ZUGMAN; GUILHERME BELLO PRESTES; MARCOS SILVESTRE ROSVAILER

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; ACOMPANHANTES

Introdução - o fumo é fator causal para mais de 50 doenças e, no Brasil, mata precocemente 200 mil pessoas a cada ano. A ação antitabágica combate a maior causa prevenível de morte entre adultos. **Objetivos** - determinar a prevalência de tabagismo, o grau de dependência e a carga tabágica de pacientes de um hospital público universitário e compará-los com a de seus acompanhantes. **Métodos** - delineamento transversal. Elegíveis pacientes que realizaram coleta de material biológico no Serviço de Análises Clínicas do Hospital de Clínicas - UFPR, entre outubro e novembro de 2006 e acompanhantes. Aplicado questionário elaborado para avaliar exposição ao fumo, carga tabágica e grau de dependência (QTF - versão adaptada do Fagerström Test for Nicotine Dependence). Estudo aprovado pelo CEP. Todos assinaram TCLE e receberam material informativo sobre unidades do sistema público capacitadas para atendimento do tabagista. Para sumarizar as variáveis utilizou-se média e desvio-padrão ou proporções e intervalo de confiança (IC95%). Para comparar as variáveis quantitativas utilizou-se teste t ou ANOVA e as categóricas o qui-quadrado. Significância $p < 0,05$. Utilizou-se a técnica de regressão logística para melhor estudar a relação das variáveis com o tabagismo, em especial, o efeito de cada variável ajustada pelas demais. Dois modelos foram testados: fumantes versus não-fumantes e ex-fumantes versus não-fumantes. As variáveis foram selecionadas a partir de associações detectadas na análise bivariada ($p < 0,20$) exceto a condição ou não de paciente, faixa etária e sexo, incluídas no modelo fazendo prevalecer contexto teórico sobre critérios estatísticos. **Resultados** - Entrevistados 643 indivíduos, 428 pacientes e 215 acompanhantes, 253 homens e 390 mulheres, idade $47,7 \pm 15,7$ anos, 17,1% (IC95% 14,3; 20,2) fumantes, 23,6% (IC95% 20,4; 27,1) ex-fumantes e 59,1% (IC95% 55,3; 63,1) não-fumantes. A prevalência de tabagismo foi semelhante entre pacientes e acompanhantes, 15,9% (IC95% 12,6; 19,7) e 19,5% (IC95% 14,5; 25,5), respectivamente, assim como a prevalência de ex-fumantes, 24,8% (IC95% 20,8; 29,1) e 21,4% (IC95% 16,1; 27,5), e a de não-fumantes: 59,4% (IC95% 54,5; 64,0) em pacientes e 59,1% (IC95% 52,2; 65,7) em acompanhantes. O grau de dependência (QTF) e a carga tabágica (UMA) foram semelhantes entre pacientes e acompanhantes, tanto no geral quanto no subgrupo de fumantes e no de ex-fumantes. A prevalência de fumantes foi semelhante entre os gêneros. Entretanto, houve maior prevalência de não-fumantes entre as mulheres e de ex-fumantes entre os homens: 64,6% (IC95% 59,6; 69,4) e 28,9% (IC95% 23,4; 34,9), respectivamente. Não se observou diferença significativa quanto à carga tabágica e ao índice do QTF entre homens e mulheres fumantes. Entre

os ex-fumantes, os homens apresentaram maior número de maços-ano ($p=0,0002$). A regressão logística identificou associação entre a condição de fumante com o sexo masculino e a de ex-fumante com sexo masculino e com faixa etária de 61 a 70 anos. **Conclusão** – Não se observou efeitos de intervenção diferenciada em usuários de centro de referência – prevalência de tabagismo de 17,1%, semelhante entre pacientes e acompanhantes, assim como grau de dependência e carga tabágica. Pertencer ao sexo masculino foi preditor da condição de fumante. Ser ex-fumante está associado ao sexo masculino e à faixa etária entre 61 e 70 anos. O estudo demonstrou que o fumo ainda é epidêmico entre pacientes e acompanhantes e prevalente entre os homens, independentemente da idade.

P0550 PREVALÊNCIA DE TABAGISMO EM ESTUDANTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCAR

IGOR FUKURO GOTO; JOÃO ALBERTO SALLES BRITO; SAMIA MEDEIROS BARBAR; FABIOLA PAULA GALHARDO RIZZATTI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, SÃO CARLOS, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; PREVALÊNCIA; ESTUDANTES

O tabagismo é um dos mais importantes problemas de saúde pública, constituindo uma das principais causas preveníveis de morte no mundo. Há uma tendência de aumento da prevalência do tabagismo na população de adolescentes e de adultos jovens, particularmente entre os estudantes universitários, considerados suscetíveis ao envolvimento com o tabaco. O presente estudo tem por objetivo determinar a prevalência de tabagismo entre os estudantes de graduação do primeiro ano e entre estudantes de graduação que estejam há, pelo menos, 4 anos na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), comparando as taxas de prevalência do tabagismo entre esses estudantes. Para avaliar a prevalência do tabagismo, utilizou-se um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, traduzido e validado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Até o momento, 350 alunos do primeiro ano de graduação de diferentes cursos da UFSCar responderam ao questionário. A análise dos dados obtidos demonstra que 12% dos alunos ingressantes na UFSCar são tabagistas, sendo que 88% iniciaram o uso do cigarro antes do ingresso na universidade. Por outro lado, 61% aumentaram o número de cigarros consumidos/dia após esse ingresso. Nas diferentes áreas de conhecimento, a prevalência do tabagismo situou-se em 12% entre os alunos ingressantes dos cursos de Ciências Exatas, em 20% entre os alunos ingressantes dos cursos de Ciências Humanas, e em 1,3% entre os alunos ingressantes dos cursos de Ciências Biológicas. Apesar de mais da metade dos tabagistas não acreditarem que o hábito prejudique sua própria saúde ou a saúde de fumantes passivos, 54% pensam em parar de fumar. No entanto, somente 26% já receberam algum aconselhamento de profissional da saúde para abandonar o hábito. Nossos resultados mostram que a maioria dos alunos tabagistas iniciou o hábito de fumar antes de ingressar na Universidade. A falta de conhecimento quanto aos malefícios que o hábito de fumar representa para a saúde pode constituir uma parte da explicação para a prevalência de tabagismo encontrada nessa população, uma vez que metade dos tabagistas não acredita que o fumo cause algum prejuízo atual ou futuro para sua saúde. Além disso, grande parte dos alunos tabagistas nunca foi aconselhada a abandonar o vício por profissional da saúde, indicando que

existe espaço para a intervenção especializada no combate ao fumo nessa população. Avaliaremos a prevalência do tabagismo entre os alunos que frequentam a Universidade há 4 anos (ou mais), comparando esses com os já obtidos na tentativa de esclarecer o comportamento dos alunos quanto ao hábito de fumar após terem vivenciado o ambiente universitário por maior período de tempo. A Universidade tem papel de formação e pode auxiliar seus estudantes a abandonar o cigarro com práticas que estimulem a saúde e combatam a doença. Medidas educativas e a oferta de opções de tratamento podem constituir opções de combate ao tabagismo entre os estudantes de graduação da UFSCar.

P0551 TAXA DE ABSTINÊNCIA TABÁGICA A LONGO PRAZO COM USO DE VARENICLINA: EXPERIÊNCIA EM CLÍNICA PRIVADA.

MARIA DA PENHA UCHOA SALES¹; CLARISSA MATTOS C CARNEIRO LEAO²; RAFAELA CAMARA F ROCHA³; CYNTIA MARIA S VIANA⁴; JUVENCIO PAIVA CAMARA JR⁵
1,4.HOSPITAL DE MESSEJANA, FORTALEZA, CE, BRASIL;
2,3,5.CLINICA SPIRARE, FORTALEZA, CE, BRASIL.

Palavras-chave: tabagismo; cessação tabágica; vareniclina

Introdução: Na maioria dos estudos, a abstinência tabágica a longo prazo apresenta baixos resultados representando um desafio permanente. **Objetivos:** Avaliar a taxa de abstinência tabágica a longo prazo em pacientes que utilizaram vareniclina em um programa de clínica privada. **Metodos:** Estudo retrospectivo em fumantes que procuraram clínica privada a fim de parar de fumar com utilização da vareniclina. O tratamento foi de 12 sessões de treinamento de habilidades em conjunto com psicólogo e pneumologista e associação medicamentosa. Foram registrados dados sócio-demográficos, teste de Fagerström (TF); história tabágica; comorbidades; motivação para cessar o tabagismo e taxa de abstinência anual. **Desfecho:** Sucesso foi considerado em caso de abstinência de pelo menos 12 meses. **Resultados:** Análise descritiva revelou que no total foram avaliados 149 pacientes, a distribuição dos gêneros foi homogênea, a média da idade de início do tabagismo, do tratamento e o tempo de tabagismo foram 17, 51 e 35 anos, respectivamente, a média do TF foi de 6 e o tempo médio de cessação de tabagismo foi 15 meses. A abstinência foi registrada através de autorelato e checada a cada 4 meses. Quanto aos eventos adversos, a náusea ocorreu em 31%, seguida por insônia(22%). Em 3% dos casos a medicação foi suspensa. Quanto ao desfecho: Sucesso :62%; Recaída:25%; Insucesso:3,3% e abandono:9,5%. **Conclusão:** Taxa de abstinência a longo prazo elevada refletindo eficácia do programa para esta amostra de pacientes.

P0552 TABAGISMO E FATORES DE RISCO ASSO-CIADOS EM ADOLESCENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ-RS.

ANDRÉ LUIZ SOARES LONGHI

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATAÍ - RS, GRAVATAÍ, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO ; ADOLESCENTES ; TABACO

Introdução: O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo, principalmente por câncer, doenças pulmonares e cardiovasculares, além de ser um fator de risco para outras doenças. A grande maioria dos fumantes que se torna dependente provou o tabaco antes dos 18

anos. **Objetivos:** Avaliar os fatores de risco associados ao tabagismo entre adolescentes de 12 a 18 anos que estão em acompanhamento em ambulatório de Pneumologia Pediátrica do SUS do município de Gravataí – RS. **Métodos:** No primeiro semestre de 2010, foram avaliados através de um questionário anônimo 72 adolescentes entre 12 e 18 anos em acompanhamento médico ambulatorial devido a patologias respiratórias. Os questionários constavam de 22 perguntas que avaliavam características sócio-demográficas, influências sócio-ambientais e fatores individuais que poderiam influenciar o início do tabagismo. O estudo foi realizado com o consentimento esclarecido dos pais. **Resultados:** Foram entrevistados 72 adolescentes entre 12-18anos (média 13,7a), dos quais 58,3% (n=42) pertenciam ao sexo masculino e 41,7% ao sexo feminino. A maioria (70,8%, n=51) declarou-se da cor branca, com 8,3% de negros, 8,3% de pardos, sendo que 12,6% (n=9) não declararam cor. Em relação ao nível educacional 79,2%(n=57) pertenciam a educação fundamental e 20,8% ao ensino médio, com 62,5%(n=45) sem relato de reprovação escolar, 20,8% com um ano de reprovação, 16,7% com 2 anos ou mais. A renda familiar de 27,8% (n=20) era inferior a 1 salário mínimo, sendo que 61,1 % possuíam renda entre 1 e 3 salários e apenas 11,1%(n=8) com renda superior a 3 salários, em famílias cujos chefes haviam recebido a seguinte instrução: 45,8% (n=33) ensino fundamental incompleto, 5,5% ensino fundamental completo, 2,8% ensino médio incompleto, 44,4% (32) ensino médio completo e 1,4% ensino superior. Uma percentagem de 30,5% (n=22) dos pais moravam em casas separadas. Em relação ao ambiente 20,8%(n=15) possuíam pai fumante, 23,6% mãe fumante e 15,3% irmãos fumantes, sendo que 38,9%(n=28) relatou fumo passivo em outras situações. Um percentual de 11,1%(n=8) admitiu já ter experimentado cigarro; neste caso os principais motivos observados foram curiosidade e convívio com amigos fumantes. Metade deste grupo também já experimentou outros tipos de drogas ilícitas, sendo que a maioria (62,5%) acredita não poder ficar dependente da nicotina. **Conclusão:** Observou-se um baixo percentual de tabagismo entre o grupo estudado em relação aos dados da literatura da região sul. Uma das prováveis causas destes achados é fato de já encontrarem-se vinculados a um serviço médico que atende doenças respiratórias e principalmente asma algumas vezes já por muitos anos, sendo frequentemente lembrado aos pais a importância do ambiente livre do tabaco. Por outro lado os fatores ambientais aliados a curiosidade e as características sócio-econômicas- culturais permanecem sendo a principal influência para o início do tabagismo.

PO553 IMPACTOS ECONÔMICOS DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TABAGISMO NO SUS-RJ, 2004-2008.

ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO1; FABIO KUNITA2; DANIEL VILLELA E SILVA3; YVE MENDES RODRIGUES4; DIOGO MEDEIROS5

1.NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO - NETT-DT/ UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5.FACULDADE DE MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; CUSTOS; SUS

Introdução: O tabagismo ativo representa o principal fator de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente por ser uma condição mórbida responsável pelo desencadeamento e agravamento de 55 doenças, dentre as quais destacam-se as cardiovasculares, respiratórias,

cerebrovasculares e o câncer de pulmão. Embora tenha havido uma significativa redução na prevalência de fumantes no RJ, há um grupo expressivo de fumantes que desenvolvem estas doenças incapacitantes e com elevado risco de morte. **Objetivos:** Analisar os gastos hospitalares e ambulatoriais no SUS-RJ para três doenças relacionadas ao tabagismo (DRT): infarto do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e câncer de pulmão (CP), em série histórica de 5 anos. O estudo foi solicitado ao NETT-UFRJ pela SEDESC-RJ para subsidiar o processo de implantação da Lei 5517/09, que instituiu os Ambientes Fechados Livres de Tabaco no RJ. **Material e Métodos:** As fontes de informações utilizadas foram os estudos: “Custo-efetividade das intervenções de controle do tabaco no Brasil (COPPE/UFRJ, 2008) e Estudo de Carga de Doenças no Brasil: carga tabágica nas doenças crônicas (ENSP-OMS, 2004)”, planilhas do DATASUS (AIH; SIA/SUS) e do SIM para o RJ. Foram utilizadas equações de custo desenvolvidas na COPPE/UFRJ para cada doença, construídas a partir de um painel de expertos; MBE (Revisão Cochrane) e dados da tabela de procedimentos do SUS. Foram analisados os custos decorrentes da assistência hospitalar e ambulatorial para os pacientes assistidos no SUS que faleceram devido a IAM, AVE e CP, no período de 2004-2008. **Resultados:** A partir dos dados de mortalidade de IAM (n=27.783); AVE (n=46.986) e CP (n=7.232) na série histórica de 5 anos, foram calculados os gastos decorrentes da assistência médica no SUS-RJ. O tabagismo ativo foi responsável por 19,0% dos casos de IAM; 55,0% de AVE; e 83,3% de CAP. A taxa média de mortalidade durante a permanência hospitalar foi: 15% (IAM); 23% (AVE) e 35% (CP). Os gastos atribuídos ao tabaco nos pacientes que faleceram em decorrência de IAM, AVE e para CP, foram respectivamente 117,27; 121,26; e 24,73 milhões de reais no período de 5 anos. O montante de gastos hospitalares e ambulatoriais no período analisado (2004-2008) foi de R\$263 milhões; este valor representou 34,3% dos R\$766 milhões gastos com estas doenças. A média anual de despesa do SUS-RJ com estas três doenças foi de R\$52,6 milhões. **Conclusão:** O comprometimento dos recursos da saúde, oriundos do SUS, para atendimento hospitalar e ambulatorial de pessoas dependentes do cigarro é elevado. Somente com o IAM, AVC e Ca Pulmão, ao longo destes 5 anos, o RJ desembolsou R\$263 milhões para o pagamento de procedimentos médico-hospitalares. Os recursos utilizados no o tratamento de doenças relacionadas ao tabaco poderiam ser invertidos em outros programas de promoção da saúde, incluindo a prevenção e a oferta de tratamento do tabagismo.

PO554 IMPACTO DAS ADVERTÊNCIAS NA BUSCA PELO TRATAMENTO DO TABAGISMO

ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO1; DANIEL VILLELA E SILVA2; YVE MENDES RODRIGUES3; DIOGO MEDEIROS4; FABIO KUNITA5; LUCAS DE BELLY ANTONY6

1.NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO - NETT-IDT/ UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,6.FACULDADE DE MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TABAGISMO; ADVERTÊNCIAS; CESSAÇÃO

Introdução: O uso das advertências com imagens nos maços é uma das diretrizes recomendadas pela Convenção Quadro de Controle do Tabaco (CQCT) da OMS. O Brasil foi o 2º país a adotar esta política para chamar atenção dos consumidores quanto aos efeitos mortais e graves das doenças relacionadas

ao tabaco. Em 2009, "Mostre a verdade. Advertências salvam vidas" foi o tema da campanha do Dia Mundial sem Tabaco, época que iniciou a 3ª série, consideradas as mais aversivas e possivelmente mais impactantes para a cessação do tabaco. **Objetivos:** Conhecer o impacto das imagens de advertências dos maços de cigarros em relação à iniciativa de buscar ajuda para a cessação do tabagismo. **Material e Métodos:** Estudo piloto, transversal com 87 pacientes fumantes e ex-fumantes do IIDT-HU/UFRJ. Após termo de consentimento, eram submetidos a um questionário com perguntas semi-estruturadas, sobre as imagens e seus efeitos na cessação. Na 1ª etapa as respostas eram espontâneas e na 2ª etapa eram estimuladas, a partir de painel com as 12 imagens da 3ª série de advertências dos maços, para que identificassem aquelas com maior ou menor aversão. **Resultados:** Amostra: 57 (65,5%) mulheres e 30 (34,5%) homens; idade: $55 \pm 10,5$ (23-86) anos; escolaridade: 57,5% (fundamental), 25% (básico) e 17,2% (superior); 65,5% estavam em tratamento para cessação. Escala de Fagerström: 55,2% (48) com elevado grau de dependência. Em relação às imagens, 39% evitavam olhar; 35,6% olhavam de vez em quando; 24,1% sempre olhavam. Imagens mais chocantes: Sofrimento (44,8%), Gangrena (39,1%), Feto (21,8%) e Fumaça Tóxica (13,8%). Maço com imagens chocantes: 10,3% evitam comprar; 5,7% eventualmente evitam e para 83,9% é indiferente. Quando apresentados a um painel com as imagens, as mais chocantes foram: Gangrena (57,4%), Feto (49,4%) e Sofrimento (40%). Imagens menos chocantes: Impotência (30%), Fumaça Tóxica (17,2%) e Horror (16%). Para 38 (43,7%) dos pacientes a visualização das imagens influenciou na decisão de procurar ajuda para deixar de fumar, em uma escala crescente de 0-5, 76% deste subgrupo considerou que o peso das imagens foi elevado na decisão de parar. **Conclusão:** O estudo mostrou similaridades entre a manifestação espontânea e a provocada pelo painel de imagens, quanto ao grau de aversão das advertências nos maços, sendo o sofrimento mais evocado espontaneamente e a gangrena com o painel. Apenas 60% olhavam as imagens quando compravam os maços. Para 44% dos pacientes a visualização das imagens teve um peso na busca do tratamento. O que chamou atenção é que muitos pacientes relataram que não tinham ainda visto as imagens da morte, do perigo (derrame cerebral) e do infarto, apesar da exigência legal que as mesmas sejam apresentadas nos maços há 1 ano. Apesar das limitações do estudo, o uso das imagens chocantes nas advertências dos maços demonstrou neste estudo que exerceram uma influência considerável na busca pelo tratamento do tabagismo.

PO555 ABORDAGEM DO FUMANTE PELO MÉDICO: ESTUDO COM GESTORES, BRASIL.

ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO1; YVE MENDES RODRIGUES2; DIOGO MEDEIROS3; FABIO KUNITA4; DANIEL VILLELA E SILVA5; LUCAS DE BELLY ANTONY6

1.NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO - NETT-IDT/ UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,6.FACULDADE DE MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ABORDAGEM; MÉDICO; BRASIL

Introdução: O tabagismo é reconhecido como doença neurocomportamental que se inicia no período da infância e da adolescência e se estende com todo o seu cortejo de complicações pela vida adulta. Entretanto, ainda que esta informação esteja sendo disseminada nos meios científicos

e na sociedade, fumar é ainda reconhecido como um hábito ou um estilo de vida, crença esta que minimiza os seus efeitos e dificulta uma eficiente abordagem do fumante, principalmente pelos médicos. **Objetivos:** Analisar a opinião dos gestores sobre como vêem a atitude dos médicos – de diversas especialidades – em suas instituições, que têm contato regular com pacientes fumantes e, que possam realizar intervenções breves e ou específicas dirigidas ao tabagismo. **Material e Métodos:** A pesquisa utilizou o método semiquantitativo, com perguntas semi-estruturadas, em questionário padronizado da rede International Clinical Epidemiology Network (INCLIN), traduzido e validado para aplicação no Brasil, visando à obtenção de informações sobre indicadores de desempenho em cada serviço e a opinião dos gestores dos sobre aspectos relacionados ao desenvolvimento dos mesmos. Foi selecionado, aleatoriamente, um grupo com 16 gestores para os quais foi enviado o instrumento de pesquisa, resultando em 10 questionários que atenderam aos critérios. **Resultados:** Os gestores dos programas de controle do tabagismo eram de instituições públicas (8) e filantrópicas (2), localizadas nas diversas regiões do Brasil. Os principais indicadores sobre a abordagem do médico ao paciente fumante estão sistematizados na tabela abaixo: Os indicadores demonstram que 2/3 dos médicos indagam sobre o tabagismo nas consultas, porém têm dificuldade de avaliar a motivação do paciente (31,2%), e de encorajar o paciente a deixar de fumar (22,8%). Apenas 17% dos médicos se sentem em condições de conduzir o tratamento com as medicações disponíveis, o que se correlaciona com o percentual que se considera apto a manejar o tratamento (12,6%). Embora 62,4% dos médicos registrem na história clínica se o paciente é fumante ou não, esta informação é muito preocupante, pois em 1/3 dos pacientes sequer o estado do tabagismo é indagado pelos médicos. **Conclusão:** Quando o próprio médico tem dificuldade em considerar o consumo de tabaco por si só como uma doença, isto é um motivo de grande preocupação para os gestores, planejadores, professores e técnicos da área de saúde. As crenças e atitudes dos médicos em relação ao tabaco se constituem em informação qualitativa útil para subsidiar as políticas institucionais de controle e tratamento do tabagismo. Além disso, este conhecimento possibilita uma ação mais direcionada e personalizada na instituição no tocante à sensibilização, capacitação e treinamento de médicos e outros profissionais de saúde em relação ao tabaco.

PO556 AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO, BRASIL, 2004.

ALBERTO JOSÉ DE ARAÚJO1; DIOGO MEDEIROS2; FABIO KUNITA3; DANIEL VILLELA E SILVA4; YVE MENDES RODRIGUES5; LUCAS DE BELLY ANTONY6

1.NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO - NETT-IDT/ UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL; 2,3,4,5,6.FACULDADE DE MEDICINA - UFRJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PROGRAMAS; CESSAÇÃO; EFETIVIDADE

Introdução: O tabagismo vem sendo tratado no Brasil como uma questão prioritária para a saúde pública. Como parte integrante deste esforço para reduzir o impacto da epidemia de tabagismo, o INCA/MS criou em 2003, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). A partir de 2004 o programa foi estendido para a rede básica de saúde, com oferta de insumos e medicamentos. **Objetivos:** Conhecer os

principais aspectos relacionados à cobertura e impactos dos programas de cessação do tabagismo, a partir da opinião de gestores em dez centros de tratamento no Brasil. **Materiais e Métodos:** A pesquisa utilizou um questionário padronizado da rede International Clinical Epidemiology Network (INCLEN), traduzido e validado para aplicação no Brasil. Foram selecionados aleatoriamente, 16 gestores para a pesquisa, resultando em 10 que atenderam aos critérios, em 2006. Foi usado o método semiquantitativo, com perguntas sobre indicadores de desempenho do programa e opinião dos gestores sobre o grau de importância atribuível aos diferentes aspectos do problema para a tomada de decisões, com respeito à política de cada instituição sobre a cobertura contra o tabagismo, a partir de um cenário hipotético, onde a política de cobertura estivesse sendo modificada. Foi apresentado um conjunto de assertivas e solicitado ao gestor que pontuasse em escala crescente 1-10, o quanto a informação seria relevante para tomar uma decisão. **Resultados:** A prevalência média do tabagismo nas unidades pesquisadas foi de $20,8 \pm 6,5$ (10-29); 90% realizam ações de prevenção do tabagismo; 40% registram o tabagismo na história clínica. Os programas de cessação começaram entre 1993-2004. A demanda média anual é de 484 ± 555 (150-1810) pacientes; em 90% é oferecida terapia individual e ou em grupo; 60% disponibilizam material de apoio; 2/3 dos serviços são credenciados ao SUS e recebem somente TRN (adesivo e goma). A taxa média de abstinência em 1 ano foi $37,7 \pm 10,4$ (19-51); a mediana para recaída foi de 40%. Os impactos dos programas são demonstrados na tabela abaixo. **Conclusão:** Os programas demonstraram bons indicadores de desempenho na cessação do tabagismo, embora houvesse suprimento irregular da bupropiona naquele período. A taxa média de cessação em um ano é considerável e a de recaída esperada. Quanto às informações sobre os impactos do tabagismo, a maior parte considerou que todas as assertivas apresentadas eram relevantes, sendo a eficácia dos tratamentos oferecidos ao fumante; o custo por ano de vida salvo e as hospitalizações evitadas as mais importantes para justificar uma tomada de decisão no tocante ao aumento de cobertura do tratamento.

P0557 PROFISSIONAL A SER ESCOLHIDO E EXAMES A SEREM REALIZADOS NOS TABAGISTAS – PESQUISA NA POPULAÇÃO DE CUIABÁ – MT.

LUCAS BELLO; KAREN GABRIELA FREDDI ALVES; RENAN VICENTE SÖHN; RUBENS GUILHERME RODRIGUES DA SILVA; SARAH LOUISE DE ARAÚJO CABRAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SINTOMAS RESPIRATÓRIOS; PNEUMOLOGISTA; DIAGNÓSTICO

Introdução: Apesar de todas as informações disponíveis sobre os malefícios do tabagismo é grande o número de pessoas que fumam. Avaliação médica de rotina e exames complementares são úteis para o acompanhamento destes pacientes. Tratamento médico pode e deve ser oferecido para aqueles que pretendem largar o vício. **Objetivos:** Pesquisar na população leiga qual exame seria o ideal para avaliação periódica e que especialidade médica deveria ser procurada para ajudar o fumante que queira abandonar o vício. **Métodos:** Durante o mês de junho de 2010 foram entrevistadas 200 pessoas, escolhidas de forma aleatória no centro da cidade de Cuiabá-MT, e realizadas as seguintes perguntas: Qual exame você acha que um fumante deve

realizar todo ano para avaliação da sua saúde? Caso um fumante precise de ajuda médica para parar de fumar qual médico deverá procurar? **Resultados:** Os entrevistados apresentaram a seguinte distribuição: SEXO: 93 homens e 107 mulheres. IDADE: 48 tinham de 0-20 anos; 79 tinham de 21-40 anos; 51 tinham de 41-60 anos; 22 tinham mais de 60 anos. ESCOLARIDADE: 51 tinham ensino fundamental; 58 tinham ensino médio incompleto; 72 tinham ensino médio completo; 11 tinham ensino superior incompleto; 8 tinham ensino superior completo. Dos 200 entrevistados, 191 (95,5%) deles responderam que o fumante deve realizar rx de tórax para avaliação da sua saúde. Espirometria foi mencionada uma única vez, sendo menos lembrada que ECG (3 vezes) e hemograma (4 vezes). Uma pessoa respondeu que a TC de tórax seria o exame ideal. Na opinião dos entrevistados sobre qual médico deveria ser procurado por um fumante com intenção de para de fumar, 93 (46,5%) procurariam um clínico geral, 61 (30,5%) um pneumologista, 35 (17,5%) um cardiologista e 11 (5,5%) um psiquiatra. **Conclusão:** A espirometria, tão útil no diagnóstico da DPOC, mostrou-se um exame desconhecido pela imensa maioria dos entrevistados. Cabe aos pneumologistas ações de promoção visando mostrar a população a importância da espirometria bem como a possibilidade de tratamento para ajudar aos que desejam parar de fumar.

P0558 SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR.

ROSSANE FRIZZO DE GODOY; NEY RICARDO ALENCASTRO STEDILE;

MAURÍCIO MICHELLI; DAGOBERTO VANONI DE GODOY

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ANSIEDADE; DEPRESSÃO; DESESPERANÇA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença altamente incapacitante, capaz de prejudicar o paciente em vários aspectos de sua vida. O contingente de pacientes que sofrem dessa doença tem aumentado gradativamente nos últimos anos. O reconhecimento de fatores emocionais comuns a esses pacientes pode fornecer subsídios importantes para os profissionais que trabalham com esses pacientes. **Objetivos:** avaliar o impacto do programa de reabilitação pulmonar (PRP) sobre os níveis de ansiedade, depressão e desesperança de pacientes com DPOC. **Métodos:** 17 pacientes com DPOC foram avaliados no início (pré) e ao final (pós) do PRP com três instrumentos de medida: Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Inventário Beck de Depressão (BDI) e Escala de Desesperança de Beck (BHS). **Resultados:** Participaram deste estudo 17 pacientes (52,9% homens) com idade média de $64,5 \pm 8,1$ anos. Sintomas de ansiedade e depressão estiveram presentes em 29,4% da amostra; desesperança em 41,1%. Na comparação entre as variáveis analisadas no pré e pós testes, os resultados foram os seguintes: BAI ($7,2 \pm 6,4$ e $4 \pm 3,2$, $p=0,002$); BDI ($8,5 \pm 2$ e 4 ± 4 , $p=0,001$); BHS (5 ± 5 e 3 ± 3 , $p=0,03$) **Conclusão:** a realização do programa de reabilitação pulmonar mostrou-se efetiva para reduzir os níveis de ansiedade, depressão e desesperança de pacientes com DPOC.

P0559 EFEITO DO EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E ESCALA DE BORG EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

LIN SHENG YEN; SUSIMARY PADULLA; REGINA MIRANDA; BARBARA SANTOS FAHUR; KÁTIA TERUMI SATO

UNESP- FACULDADE DE CIENCIAS E TECNOLOGIA, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA RENAL CRÔNICA; CAPACIDADE FUNCIONAL; ESCALA DE BORG

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) refere-se a um diagnóstico sintomático de perda progressiva da função renal. Essa doença provoca diversas alterações sistêmicas, físicas e fisiológicas, principalmente a função respiratória. A capacidade funcional é outro fator acometido pela DRC, que tem como alterações físicas, atrofia muscular, fraqueza, cansaço, inchaço e edema em membros, dor lombar e outros, dificultando aos mesmos as atividades da vida diária. O paciente com DRC apresenta baixa tolerância ao exercício físico, e como consequência apresenta limitações na capacidade funcional e qualidade de vida. Exercícios regulares rompem esse círculo vicioso aumentando as condições físicas nesses pacientes. **Objetivos:** Avaliação da capacidade funcional e escala de Borg no pré e pós programa de exercício físico em pacientes com doença renal crônica. **Métodos:** Foram selecionados 12 pacientes (8 homens e 4 mulheres) com idade entre 35 – 75 anos, com o diagnóstico de DRC em programa de hemodiálise no Instituto do Rim da Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente – SP. Foram excluídos da pesquisa os pacientes com doenças neurológicas e pacientes impossibilitados a realizar o trabalho de estudo tais como: amputação e trombose venosa. Para a avaliação da capacidade funcional foi utilizado o teste de caminhada de seis minutos. (TC6min.). O teste foi feito seguindo a padronização do American Thoracic Society Statement (ATS, 2002) (5). Antes da realização do teste, o paciente foi orientado passo a passo como deve ser feito o teste. Ao final, foram aferidos os valores de pressão arterial (PA), frequência respiratória (f), frequência cardíaca (FC), saturação de oxigênio (SpO2) e nível de esforço percebido, por meio da Escala de Borg Modificada. Todas as avaliações foram realizadas antes e ao término do programa de exercício descrito a seguir. O programa de exercícios físicos foi realizado com cicloexercitador portátil com carga regulável, marca “Companhia do Fisioterapeuta ®”, três vezes por semana durante oito semanas, com duração de 20 minutos cada sessão. **Resultados:** Após análise foi observado que os resultados da avaliação do TC6 foram semelhantes. No teste inicial, a distância caminhada com relação à distância predita foi de 88,95% e no teste após o programa obtiveram 87,02% da distância predita. A Escala de Borg, para avaliar o esforço percebido pelo paciente analisa 2 sinais: Cansaço e dispnéia. Com relação ao cansaço nos membros inferiores, observou-se que os pacientes apresentaram o escore inicial de 6,25 e de 3,25 no pós o término do programa. A análise da dispnéia mostrou que no pré, os pacientes obtiveram uma média de 2,08 no escore e nenhum relato de falta de ar após o programa de exercício. **Conclusão:** Os resultados desta pesquisa mostraram que os pacientes referiram menor cansaço e ausência de dispnéia, ambos quantificados pela Escala de Borg. Entretanto, os resultados da avaliação do TC6 foram semelhantes no pré e pós atividade física.

P0560 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING), ANSIEDADE E QUALIDADE DE VIDA, EM HOMENS E MULHERES COM DOENÇA PULMONAR CRÔNICA EGRESSOS DE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO PULMONAR.

ROSSANE FRIZZO DE GODOY; NEY RICARDO ALENCASTRO STEDILE; MAURÍCIO MICHELLI; DAGOBERTO VANONI DE GODOY

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL, CAXIAS DO SUL, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA; QUALIDADE DE VIDA; ANSIEDADE

Objetivos: verificar se homens e mulheres com doença pulmonar crônica, egressos de programas de reabilitação, apresentam diferenças de estratégias de enfrentamento, ansiedade e índices de qualidade de vida. **Métodos:** os participantes do estudo são egressos de Programa de Reabilitação Pulmonar realizados em nossa instituição. Foram avaliados com quatro instrumentos de medida: 1) qualidade de vida - “The St. George’s Respiratory Questionnaire (SGRQ); 2) ansiedade - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI); 3) enfrentamento - Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus e 4) Escala de eventos vitais. **Resultados:** não foram percebidas diferenças significativas entre o grupo de homens e mulheres. SGRQ: sintomas ($p=0,8037$), atividade ($p=0,4955$), impacto ($p=0,3368$) e total ($p=0,3689$); BAI ($p=0,6731$). As estratégias de enfrentamento mais utilizadas por homens e mulheres foram: suporte social e autocontrole. As estratégias menos utilizadas por ambos os grupos foram afastamento e confronto. **Conclusão:** os níveis de qualidade de vida, ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes na comparação entre gêneros, foram similares. As estratégias mais utilizadas pelos grupos foram: suporte social, autocontrole e reavaliação positiva. As estratégias menos utilizadas por ambos os grupos foram afastamento e confronto.

P0561 AVALIAÇÃO INDIRETA DE CAMPO DA FUNÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA

MARIAH RODRIGUES PAULINO; LUIZ CÉSAR GUARITA SOUZA; RAFAEL MICHEL DE MACEDO

PUC PR, CURITIBA, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA; PERIODIZAÇÃO; REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Introdução: A atual subjetividade dos programas de reabilitação cardiopulmonar no pós-operatório de cirurgias cardíacas durante sua fase hospitalar gera questionamentos quanto à eficácia das técnicas de fisioterapia. **Objetivos:** Propor um modelo de prescrição de exercícios para a fase hospitalar da reabilitação, baseado em periodização, para pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). **Métodos:** Vinte e sete pacientes foram submetidos a prova de função pulmonar, teste de caminhada de 6 minutos e gasometria arterial um dia antes da cirurgia e no dia da alta hospitalar para a avaliação dos níveis de PO2 arterial, % capacidade vital forçada (CVF) e distância total percorrida (TC6). Os pacientes foram randomizados em 2 grupos. O grupo 1 ($n=14$) foi submetido ao protocolo descrito pela ACSM, e o grupo 2 ($n=13$) ao novo modelo proposto. **Resultado:** Na análise intragrupo, no grupo 1 a PO2 variou de $87,20 \pm 6,59$ a $68 \pm 4,32$ $p<0,001$ a CVF de $95,73 \pm 10,69\%$ a $69,7 \pm 9,72\%$ e TC6 de $399,29 \pm 31,25m$ a $339,93 \pm 41,71m$. No grupo 2 a PO2 variou de $82,46 \pm 5,75$ a $75,95 \pm 4,78$ $p<0,001$ a CVF de $96,98 \pm 15,41\%$ a $78,55 \pm 13,75\%$ e a TC6

de $421,54 \pm 23,40$ m a $393,85 \pm 25,67$ m. Na análise intergrupos a médias do TC6 foi de $p < 0,001$ e da PO2 arterial no dia alta de $p < 0,001$. Conclusão: Nestes resultados notou-se que o método proposto minimiza de maneira mais eficiente os efeitos de desuso muscular quando comparado ao método da ACSM por propiciar menor queda da PO2 arterial e maior TC6 no dia da alta hospitalar.

P0562 IMPACTO DO NÚMERO DE SESSÕES DE TREINAMENTO FÍSICO EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR DE PACIENTES PORTADORES DE DPOC

FABIOLA SCHORR; RANGEL OLSEN DE CARVALHO; LILIAN RECH PASIN; FERNANDA WALTRICK MARTINS; FABRÍCIO FONTOURA; JULIESSA FLORIAN; ALVARO HUBER; PAULO JOSE ZIMERMANN TEIXEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE / PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA ; REABILITAÇÃO ; EXERCÍCIO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica ao fluxo aéreo, não totalmente reversível. Sua abordagem terapêutica deve ser multifatorial e já está estabelecido que pacientes em todos os estádios da DPOC podem beneficiar-se da reabilitação pulmonar (RP), uma intervenção multidisciplinar baseada em evidências. Embora medidas objetivas para avaliação dos desfechos de um programa de RP (PRP) estejam bem definidas, a duração ideal de um PRP ainda é controversa. **Objetivos:** Comparar um PRP de 24 sessões de treinamento físico com outro de 36 sessões quanto à mensuração dos desfechos em portadores de DPOC. **Métodos:** Estudo retrospectivo, que incluiu 33 pacientes portadores de DPOC que completaram o PRP da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, de janeiro de 2001 a setembro de 2009, identificando-se dois grupos: um deles submetido a um PRP com 24 sessões de treinamento físico (22 pacientes) e outro com 36 sessões (11 pacientes). Todos os pacientes realizaram teste de caminhada dos 6 minutos (TC6M) e preencheram questionários de qualidade de vida (SGRQ no grupo de 24 sessões e SF-36 no grupo de 36 sessões) antes e após a conclusão do programa. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 9,8 anos, sendo 57% pertencentes ao sexo masculino e 60,7% $\square$ 62,9 classificados no estágio IV da DPOC. Houve melhora na capacidade funcional tanto na amostra total quanto nos dois grupos isoladamente; a distância média percorrida após o PRP em ambos os grupos aumentou em 96,1m, com $p < 0,001$ (82,2m no grupo de 24 sessões e 123,9m no grupo de 36 sessões, com $p < 0,001$ e $p < 0,003$, respectivamente). Entretanto, a diferença da distância percorrida entre os dois grupos ao final do PRP não apresentou significância estatística ($p = 0,83$). Na avaliação da qualidade de vida, o grupo de 24 sessões apresentou melhora em todos os domínios do SGRQ ($p < 0,001$), enquanto o grupo de 36 sessões mostrou melhora significativa em 4 dos 8 itens avaliados pelo SF-36. **Conclusão:** Um PRP com 24 ou 36 sessões de treinamento físico em portadores de DPOC mostrou melhora na capacidade de exercício e na qualidade de vida, porém, não houve benefícios adicionais quando mais de 24 sessões foram realizadas.

P0563 EFEITOS DE DIFERENTES PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM PORTADORES DE DPOC: RESULTADOS DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.

FERNANDO CÉSAR WEHRMEISTER; ANA MARIA BAPTISTA MENEZES; JEOVANY MARTÍNEZ; RICARDO BICA NOAL; SILVIA ELAINE CARDOZO MACEDO; DAVID ALEJANDRO GONZÁLEZ; SAMUEL CARVALHO DUMITH
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, PELOTAS, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; REABILITAÇÃO; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) representa um grande problema de saúde em nível global, com altos custos para os sistemas de saúde e para os indivíduos. Não existe consenso relacionado com o melhor programa de reabilitação para portadores de DPOC. **Objetivos:** Avaliar os efeitos dos diferentes programas de reabilitação sobre a qualidade de vida em portadores de DPOC. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases Pubmed, Embase, CINHAL e Web of Science, contemplando artigos publicados entre 2005 e 2009. Foram considerados critérios de exclusão artigos com amostra menor de 50 indivíduos, e de inclusão, aqueles com os seguintes desfechos: sintomas, qualidade de vida, exacerbação, exercício, mortalidade e função pulmonar. Para o presente estudo, apenas o desfecho qualidade de vida foi abordado. Os artigos originais foram classificados quanto ao nível de evidência segundo o critério GOLD. Revisões sistemáticas e metanálises também foram incluídas. **Resultados:** O número total de artigos encontrados na busca foi de 245, sendo que 57 referências foram revisadas. Foram realizados 287 cruzamentos, dos quais, 31,4% eram referentes à qualidade de vida. A maioria dos artigos foi classificada como nível de evidência B ou C. Na comparação entre diferentes programas de reabilitação, para a qualidade de vida, a reabilitação padrão (programa com, no mínimo, exercícios de força e resistência em membros inferiores e superiores) foi melhor do que não realizar nenhum programa de reabilitação (em artigos originais melhora em 19 análises e nenhuma melhora em 3; em metanálises 6 a favor da reabilitação padrão e 1 sem alteração). Apenas artigos de metanálise avaliaram a comparação da reabilitação padrão com o tratamento usual (medicamentoso), das quais 14 foram favoráveis à reabilitação padrão e apenas em 1 não houve diferença. Outros tratamentos foram abordados na literatura, porém poucas análises puderam ser feitas. Diferentes tratamentos contra exercícios de resistência ou de força não apresentaram melhora da qualidade de vida nos portadores de DPOC. A associação de reabilitação padrão com ventilação não-invasiva, oxigenoterapia ou uso de tiotrópio também não apresentou melhora da qualidade de vida quando comparada com a realização apenas de reabilitação padrão. **Conclusão:** Poucos estudos preenchem os requisitos para serem classificados como A pelo critério GOLD, pois pelo tipo de tratamento, se torna incomum realizar ensaios clínicos randomizados com cegamento. Apesar disso, aparentemente se mostra, no mínimo, vantajoso indicar programas de reabilitação aos portadores de DPOC.

P0564 EFEITOS DA REABILITAÇÃO PULMONAR SOBRE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PACIENTES COM DPOC

THIAGO M SAKAE1; DANILO CORTOZI BERTON2; CASSIA CINARA DA COSTA3; DAVERSOM BORDIN CANTERLE4; CLAUDIA DENICOL WINTER5; MARIA LUCIA LANGHONI6; PAULO JOSÉ Z. TEIXEIRA7

1.UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, TUBARÃO, RS, BRASIL; 2,3,4,5,6,7.UNIVERSIDADE FEEVALE, NOVO HAMBURGO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; DPOC; HOSPITALIZAÇÃO

Introdução: A reabilitação pulmonar (RP) é uma estratégia multidisciplinar que inquestionavelmente melhora a qualidade de vida e reduz a dispneia em pacientes com DPOC. **Objetivos:** investigar a repercussão da reabilitação pulmonar na frequência e duração das internações hospitalares. **Métodos:** coorte prospectiva, em centro único, onde os pacientes que participaram de um programa ambulatorial de reabilitação pulmonar durante 12 semanas (grupo RP) foram comparados com os pacientes encaminhados para inclusão no mesmo programa e que não o realizaram por diversos motivos (grupo controle). Ambos os grupos foram avaliados com espirometria, questionário de qualidade de vida, avaliação da dispneia (MRC) e teste de caminhada dos 6 minutos (TC6min) na visita inicial e após 12 semanas. Entrevistas a intervalos regulares de 3 meses (com o próprio paciente ou familiares) por meio de contato telefônico para obter informações sobre internações hospitalares foram planejadas durante seguimento de até 24 meses após a avaliação inicial. **Resultados:** Foram inicialmente incluídos 251 pacientes (65% homens), com idade média de 65 ± 9 anos, VEF1 $43 \pm 19\%$ predito, índice de massa corpórea (IMC) $24,9 \pm 5,6$ e distância percorrida no TC6min igual a 378 ± 92 m. O grupo RP ($n=133$) e controle ($n=118$) não apresentaram diferença basal nessas variáveis, bem como na dispneia (MRC). Na análise bivariada, não foi verificada diferença na taxa de internação entre os grupos, entretanto os indivíduos do grupo RP ficaram menos dias internados a cada hospitalização ($2,91 \pm 7,54$ vs 7.8 ± 18.6 ; $p=0,005$). Adicionalmente em uma análise post-hoc, os sujeitos do grupo RP foram classificados como tendo uma melhora clinicamente significativa na capacidade de exercício após RP (respondedores à RP; grupo RRP), definida como aumento de, no mínimo, 54m na distância percorrida no TC6min, ou não (não respondedores à RP, NRRP). Dessa forma, o grupo RRP apresentou menor taxa de hospitalização comparativamente ao grupo NRRP e controle (13,0% vs 28,6% e 28,8%, respectivamente; $p=0,04$), além de menor tempo de internação ($1,81 \pm 6,25$, $4,33 \pm 8,8$ e $7,9 \pm 18,7$ dias, respectivamente; $p=0,03$). **Conclusão:** a RP é efetiva em reduzir a duração das internações hospitalares. Esse feito é mais evidente nos indivíduos que demonstram maior aumento na capacidade de exercício. Adicionalmente, esses indivíduos apresentam menor taxa de internação.

P0565 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO SGRQ NUM GRUPO DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA COM DPOC GRAVE

ANA PAULA FROTA CERVELLI MACHADO

SMS, MORRETES, PR, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REALITAÇÃO PULMONAR; DPOC; QUESTIONARIO SGRQ

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é a maior causa de morbidade em idosos, causando redução da Qualidade de Vida. Devido à dificuldade de se aumentar a

longevidade e compressão de morbidade nestes pacientes objetiva-se otimizar a Qualidade de Vida. O Questionário Respiratório do Hospital Saint George está validado no Brasil, classificado como um questionário específico para qualidade de vida em usuários portadores de DPOC, asma ou bronquiectasia. **Objetivos:** Avaliar qualitativamente e quantitativamente a QV de pacientes DPOC grave do grupo de Reabilitação Pulmonar. **Delineamento:** A QV pode ser entendida como a diferença daquilo que é desejável pelo paciente perante o que pode alcançar. É a quantificação do impacto da doença nas atividades de vida diária e bem-estar de modo formal e padronizado. A reabilitação pulmonar foi realizada no Goioxim – Paraná, com entrada aberta a todos os pacientes atendidos no ambulatório de atenção básica com DPOC grave ou moderada com instabilização, incluía avaliações médicas, fisioterápicas e psicológicas, e acompanhamento multidisciplinar semanal. **Contepla** exercícios supervisionados e domiciliares e grupo terapêutico médico e psicológico. **Métodos:** Foram aplicados questionários aos 15 pacientes do grupo de reabilitação pulmonar mantido por um ano, sabidamente com DPOC grave e algumas restrições nas atividades instrumentais de vida diária antes da reabilitação. **Resultados:** Escores maiores deste teste traduzem pior desempenho. Os integrantes do grupo de reabilitação possuem média de idade de 63,93 anos (54-75) O questionário é dividido em três partes. Parte 1- Domínio dos Sintomas com escore máximo de 40 pontos. Obtido média aritmética de 14,6, com limites máximo e mínimo de 9 e 23. Parte 2- Impacto Global nas atividades de vida diária e no bem-estar máximo de 44. Média encontrada de 22,13, (12 e 34). Parte 3 Domínio nas Atividades – nenhum se classificou como sem impedimento, 60% com impedimento para fazer de 1 a 2 coisas que gostaria de fazer, 33,30% com impedimento da maioria das coisas e 6,7% com impedimento para tudo que gostaria de fazer. Pontuação obtida total 573 – 43,90% em relação ao quantitativo do que a doença representa na vida destes pacientes. **Conclusão-** A percepção é subjetiva e pessoal. Relaciona-se com índice de conforto e bem estar em diversos estágios da doença. Os usuários estão em reabilitação de 4 a 12 meses, onde a percepção pode ser considerada “boa” hoje em relação à qualidade de vida prévia a reabilitação. Isto culmina na discrepância entre gravidade da doença pela Prova de Função Respiratória e o SGRQ. As mudanças ocorreram durante a reabilitação independente das mudanças fisiológicas.

P0566 AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN

VANIA ROSA PINHEIRO1; WALKIRIA SHIMOYA-BITTENCOURT2; MARCOS ADRIANO SALICIO3; VIVIANE APARECIDA MARTINS MANA-SALICIO4; CLOVIS BOTELHO5

1.USM/CEAFI, VARZEA GRADNE, MT, BRASIL; 2,3.UNIVAG, VARZEA GRANDE, MT, BRASIL; 4.UNIC, CUIABÁ, MT, BRASIL; 5.UFMT, CUIABÁ, MT, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PRESSAO EXPIRATÓRIA MÁXIMA ; PRESSÃO INSPIRATÓRIA MÁXIMA ; SÍNDROME DE DOWN

Introdução: Pacientes portadores da síndrome de Down podem apresentar disfunções do aparelho respiratório. **Objetivos:** Avaliar as pressões respiratórias máximas em portadores de Síndrome de Down. **Métodos:** Foi realizado estudo transversal em portadores de síndrome de down da APAE do município de Sinop – MT, de ambos os sexo e idade entre 10 a 50 anos. Foram excluídos do estudo aqueles

que apresentassem dificuldades técnicas para a execução dos procedimentos indicados. Foram coletadas medidas de pressão inspiratória e expiratória máximas (Plmáx e PEmáx), índice de massa corporal (IMC), prática de atividade física, relato de pneumonia no passado e dados demográficos. **Resultados:** Participaram do estudo 17 voluntários, sendo 10 mulheres e 7 homens, com idade média de $23,2 \pm 10,7$ anos e IMC de $24,7 \pm 5,6$ kg/m². Todos praticam atividade física, sendo 35% pelo menos 2 vezes por semana; 65% já tiveram pneumonia e destes 18% por pelo menos 4 vezes. A média de Plmáx do grupo feminino foi de $34,5 \pm 14,9$ cmH₂O e do grupo masculino de $35,7 \pm 21,3$ cmH₂O; a média de PEmáx do grupo feminino foi de $39,9 \pm 12,7$ cmH₂O e a do grupo masculino de $44,2 \pm 32,7$ cmH₂O. Os voluntários que tiveram pneumonia apresentaram menor Plmáx (30 ± 14 cmH₂O) do que aqueles que nunca tiveram (44 ± 21 cmH₂O); a PEmáx foi melhor (50 ± 25 cmH₂O) do que daqueles que já tiveram pneumonia (37 ± 21 cmH₂O). O IMC tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino apresentaram, respectivamente médias de 24 ± 4 Kg/m² e 25 ± 7 Kg/m². **Conclusão:** Portadores de Síndrome de Down possuem fraqueza muscular respiratória, especialmente aqueles que já apresentaram relato de pneumonia no passado.

PO567 EFEITOS DO TREINAMENTO MUSCULAR INSPI-RATÓRIO NA FUNÇÃO PULMONAR DE PACIENTES COM ATAXIA-TELANGIECTASIA

ERIKA FÉLIX; ANA CRISTINA GIMENES; BEATRIZ TAVARES COSTA-CARVALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TREINAMENTO MUSCULAR INSPIRATÓRIO; REABILITAÇÃO PULMONAR; ATAXIA-TELANGIECTASIA

Introdução: A Ataxia-Telangiectasia (A-T) é uma síndrome de herança autossômica recessiva, com defeitos comprovados no reparo ou replicação do DNA, cuja causa é uma mutação localizada no braço longo do cromossomo 11. As manifestações típicas são ataxia cerebelar, telangiectasias e fraqueza muscular periférica progressiva. Além disso, apresentam acentuado padrão restritivo, devido à perda gradual da força muscular ventilatória, resultando em maior suscetibilidade a infecções sino-pulmonares de repetição e insuficiência respiratória grave. Embora existam muitas informações sobre a ação do treinamento muscular inspiratório (TMI) em pacientes com doenças neuromusculares, não existem estudos que correlacionam sua ação específica em pacientes com A-T, uma síndrome considerada pouco explorada. **Objetivos:** Avaliar os efeitos do TMI na função pulmonar e seu impacto na qualidade de vida de pacientes com A-T. **Métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal de intervenção. Foram selecionados 11 pacientes com A-T de ambos os sexos que realizaram o TMI por 6 meses. O volume minuto (VM), volume corrente (VC), capacidade vital (CV), frequência respiratória (f), pressão inspiratória máxima (Plmáx), pressão expiratória máxima (PEmáx), medidas de qualidade de vida (SF-36) e Borg para dispnéia foram avaliados no período pré e pós TMI. A carga máxima individual de treinamento foi fixada em 60% da Plmáx sendo realizados ajustes quinzenais. O TMI foi realizado por 20 minutos diários com o mínimo de 10 respirações por minuto. **Resultados:** A média de idade e IMC dos pacientes com A-T foi de $14,6 \pm 4$ anos e $17,2 \pm 2$ kg/m², respectivamente. Foi observado um aumento estatisticamente significativo no VC ($476,5 \pm 135$ ml vs $583,3$

± 66 ml, $p=0,015$), CV (1664 ± 463 ml/kg vs 2145 ± 750 ml/kg, $p=0,002$); Plmáx ($22,2 \pm 2$ cmH₂O vs 38 ± 9 cmH₂O, $p<0,001$), PEmáx (29 ± 7 cmH₂O vs 40 ± 8 cmH₂O, $p=0,001$) além de diminuição significativa na f ($23,3 \pm 6$ rpm vs $20,4 \pm 4$ rpm, $p=0,018$). Houve diminuição na relação Borg/dispnéia ($p=0,022$) e melhora nos domínios do SF-36 relacionados aos aspectos gerais de saúde ($p=0,009$) e vitalidade ($p=0,014$). **Conclusão:** O TMI foi eficaz no incremento da força muscular respiratória, função pulmonar e qualidade de vida destes pacientes. Esses benefícios podem ser fundamentais para possível diminuição da taxa de infecções pulmonares e melhora do estado clínico de pacientes com A-T. Apoio FAPESP no. 08/06946-5 e CAPES.

PO568 ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA REALIZADAS COM TÉCNICAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA E RESPIRAÇÃO COM FRENOLABIAL EM PACIENTES COM DPOC

RENATA CLAUDIA ZANCHET¹; ANA PAULA ALVES DE ANDRADE²; MARIA MARGARETE DA SILVA ZEMBRZUSKI³

1.3.HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS, BRASÍLIA, DF, BRASIL;

2.UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, TAGUATINGA, DF, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; AVD; CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

Introdução: pacientes portadores de DPOC têm baixa tolerância ao exercício e limitação para realizar as atividades de vida diária (AVDs). **Objetivos e justificativa:** apesar de sua ampla aplicação na prática clínica, não existem dados suficientes para comprovar a real eficácia da utilização das técnicas de conservação de energia (TCE) e respiração com frenolabial durante as AVDs. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi verificar se a adoção das TCE, associadas à respiração com frenolabial, nas AVDs, proporciona melhora na sensação de dispnéia e de cansaço muscular e na oxigenação tecidual periférica de pacientes portadores de DPOC. **Materiais e Métodos:** trata-se de um estudo prospectivo do tipo analítico transversal, com amostra composta por pacientes com DPOC clinicamente estáveis. O estudo consistiu de duas fases. Fase 1: o paciente realizava as AVDs de maneira rotineira, respeitando o tempo que ele usualmente necessitava para realizar cada movimento. Fase 2: o paciente realizava as AVDs utilizando as TCE e o frenolabial. Antes e depois da realização de cada AVD, foram mensuradas a saturação periférica de oxigênio (SpO₂), a dispnéia e o cansaço muscular (escala Modificada de Borg). Entre o final da fase 1 e o início da fase 2 houve um intervalo de tempo para os valores das mensurações voltarem ao basal e para o fisioterapeuta explicar as TCE para cada AVD. As AVDs analisadas foram: calçar e descalçar os sapatos; pentear os cabelos; pegar objeto de 2Kg acima da cintura escapular e pegar objeto de 2Kg no chão. Todos os movimentos foram associados ao frenolabial, que consiste em uma inspiração nasal profunda com uma expiração oral lenta e prolongada com os lábios semiserrados. No tratamento estatístico foram consideradas diferenças significativas quando $p<0,05$. **Resultados:** A população estudada foi composta por 18 pacientes, sendo 89% homens, com média de idade de 66 ± 11 anos e distúrbio ventilatório obstrutivo de leve a grave. Observou-se que a dispnéia foi maior nos pacientes que não realizaram as TCE nas atividades pentear os cabelos, pegar objeto de 2Kg acima da cintura escapular e pegar objeto de 2Kg no chão ($p<0,05$), quando comparados aos pacientes que utilizaram as TCE. Não houve diferença na dispnéia para as atividades calçar e descalçar os sapatos,

realizadas com e sem as TCE ($p>0,05$). Não houve diferença no cansaço muscular e na SpO₂ após a realização das AVDs com e sem a utilização das TCE ($p>0,05$). **Conclusão:** Como o presente estudo associou as TCE ao frenolabial, não foi possível distinguir os efeitos isolados de cada técnica nos resultados observados. Desta forma, são necessários futuros estudos para esclarecer esta questão. Conclui-se que, para portadores de DPOC, as TCE associadas ao frenolabial diminuem a dispnéia durante a realização de AVDs. Estas técnicas, portanto, devem ser incorporadas na rotina de cuidados aos portadores de DPOC.

P0569 VARIÁVEIS QUE INTERFEREM NA MELHOR PERFORMANCE NO TC6' EM PACIENTES COM DPOC

VINICIUS C. IAMONTI¹; ELIAS F. PORTO²; ANTONIO A.M. CASTRO³; GERSON F. SOUZA⁴; EDUARDO COLUCCI⁵; OLIVER A. NASCIMENTO⁶; JOSÉ R. JARDIM⁷

1,4,5,6,7.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNASP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 3.UNIFES, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; TESTE DA CAMINHADA DE SEIS MINUTOS; REABILITACAO PULMONAR

A distância percorrida no TC6' é importante para monitorar a efetividade da terapia empregada e serve como um marcador prognóstico da DPOC. Identificar as possíveis variáveis que interferem na melhor distância percorrida poderia auxiliar no emprego de terapêuticas específicas. **Objetivos:** Identificar as variáveis interferem na performance no TC6' em pacientes com DPOC. **Métodos:** Foram avaliados prospectivamente 66 pacientes com DPOC, de ambos os gêneros. Dois testes da caminhada de seis minutos foram realizados (ATS) e um teste cardiopulmonar máximo. Os pacientes foram divididos em dois grupos (segundo a mediana da distância percorrida P: G1 = distância percorrida maior que 509 metros e G2 = menor que 509 metros e comparados segundo a Idade, gênero, peso, altura, função pulmonar, índice de dispnéia basal (BDI), índice de massa magra (IMC) e índice de massa magra (IMM). **Resultados:** Correlações estatisticamente significantes foram encontradas entre a distância da caminhada e o índice de dispnéia basal ($r = 0,67$), idade ($r = -0,75$), frequência respiratória em repouso ($r = -0,60$) e índice de massa magra ($r = -0,51$), ($p < 0,05$). **Conclusão:** Uma melhor performance na distância percorrida no teste da caminhada de seis minutos em pacientes com DPOC está associado a pacientes mais jovens, menor sensação de dispnéia em repouso e ter massa muscular preservada.

P0570 EFEITOS DA REABILITAÇÃO PULMONAR EM PACIENTES COM BRONQUIECTASIA

SIMONE SHIZUKO MITSUNAGA; NADINE CRISTINA MACHADO; TATIANA CARREON RAMOS; KARIN PAULA DE LIMA NACARATO; LUCIENE COSTA BORTOLASSI; MÔNICA SILVEIRA LAPA; ELIE FISS; SELMA DENIS SQUASSONI

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC, SANTO ANDRE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; BRONQUIECTASIA; QUALIDADE DE VIDA

Introdução: O programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) visa melhorar a capacidade aeróbia e a tolerância ao esforço físico dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica(DPOC). Ele faz parte do tratamento coadjuvante destes pacientes. No entanto, os benefícios do PRP são bem estabelecidos apenas na DPOC. Indivíduos com bronquiectasia apresentam também uma obstrução ao fluxo aéreo devido à uma dilatação irreversível dos brônquios e

ao processo inflamatório que leva ao espessamento da parede brônquica. Os efeitos do PRP em pacientes com outras doenças pulmonares são ainda desconhecidos. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da reabilitação pulmonar (PRP) na distância do teste de caminhada de 6 minutos(TC6') e na qualidade de vida de pacientes com Bronquiectasia. **Métodos:** De 2008 a 2010 foram avaliados pacientes com diagnóstico de bronquiectasia (confirmado pela presença de dilatação e espessamento brônquico na tomografia de tórax de alta resolução). Eles foram submetidos, inicialmente, ao teste de função pulmonar (espirometria com e sem broncodilatador), ao teste de caminhada de seis minutos e responderam o questionário de Saint George (SGRQ). Em seguida, foram reavaliados após realizarem o programa de reabilitação pulmonar que teve a duração de 3 meses. Foram incluídos os pacientes estáveis clinicamente por pelo menos 3 meses e que não tinham nenhuma limitação em realizar os exames solicitados pelo estudo. Foram excluídos os pacientes com doença cardíaca prévia, outras doenças pulmonares associadas (por exemplo, DPOC) ou pacientes com qualquer outra doença sistêmica avançada (por exemplo, cirrose hepática avançada). **Resultados:** De 80 pacientes atendidos no PRP, 17 eram portadores de bronquiectasias. Destes, 7 pacientes desistiram e um foi à óbito. A média de idade dos homens e mulheres foi $64,2 \pm 5,5$ e $57,6 \pm 7$ anos, respectivamente. A média do volume expirado forçado no primeiro segundo(VEF1) foi $56,9 \pm 21,7\%$. Não foram observadas diferenças significativas na distância do TC6' antes ($415 \pm 88,7m$) e após($446,6 \pm 83,1m$) o PRP [$t(8) = -0,709$; $p = 0,499$], assim como no SGRQ ($31 \pm 15,5$ pré e $32,3 \pm 17,8$ pontos após o PRP) [$t(9) = -0,526$; $p = 0,612$]. **Conclusão:** No presente estudo, o PRP não alterou a qualidade de vida e a distância do teste de caminhada dos pacientes portadores de bronquiectasias.

P0571 PERFIL FUNCIONAL DOS PACIENTES DA REABILITAÇÃO PULMONAR DO PAVILHÃO PEREIRA FILHO DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PORTO ALEGRE

JULIESSA FLORIANI¹; FABRÍCIO FONTOURA²; VERÔNICA FARIAS DE VARGAS³; PAULO JOSÉ Z. TEIXEIRA⁴; FABRÍCIO FONTOURA⁵; JOCIMAR PRATES MULLER⁶; ALVARO HUBER⁷

1,2,4,6,7.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PORTO ALEGRE - PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,5.UNIVERSIDADE DO VALE DOS SINOS, SÃO LEOPOLDO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: PERFIL FUNCIONAL; REABILITAÇÃO PULMONAR; TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS

Objetivos: Verificar o perfil funcional de pacientes que realizaram o Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) no Pavilhão Pereira Filho, localizado no Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo denominado levantamento epidemiológico. Foram coletados dados de 97 prontuários dos pacientes que realizaram o PRP entre 2008 e 2010. As variáveis estudadas foram: doença de base, sexo, idade, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos (DTC6'), percentual da distância prevista no teste de caminhada de 6 minutos

(%DTC6'), e o Índice de Dispneia Modificado (MMRC). Resultados: Dos pacientes que utilizaram esse serviço 50% tinham diagnóstico de DPOC, seguida por 23% com Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI), 14% com Bronquiectasias, 5% com Pneumoconiose, 4% Fibrose Cística (FC) e 4% com outros. A idade média mais elevada foi dos pacientes com DPOC corresponde a 68,52 anos $\pm$ 9,98, e a mais baixa foi da FC com 24,50 anos $\pm$ 10,47. A maior distância percorrida no teste de caminhada de 6 minutos foi do grupo de Fibrose Cística 468,25 metros $\pm$ 103,05, e a menor distância foi do grupo da Pneumoconiose 325,40 metros $\pm$ 189,51. Quanto a percepção da dispneia, verificada através do MMRC, os indivíduos com DPOC foram responsáveis por 2,79, Fibrose Pulmonar Idiopática 3,14, Bronquiectasias 2,86, Pneumoconiose 3,20, Fibrose Cística 1,75 e outros com 3 pontos. Conclusão: A DPOC foi à doença mais prevalente no presente estudo. A pneumoconiose apresentou os maiores índices de dispneia e a menor distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos.

P0572 EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR NA CAPACIDADE FUNCIONAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES TRANSPLANTADOS DE PULMÃO

JULIESSA FLORIAN; FABRÍCIO FONTOURA; PRISCILA HAUBERT; JOCIMAR PRATES MULLER; SADI SCHIO; LETÍCIA SANCHEZ; JOSÉ CAMARGO; ALVARO HUBER

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA PORTO ALEGRE - PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE DE PULMÃO; REABILITAÇÃO PULMONAR; QUALIDADE DE VIDA

Objetivos: Verificar o efeito de um programa de reabilitação pulmonar na capacidade funcional e na qualidade de vida de pacientes transplantados de pulmão. **Métodos:** Estudo experimental nos moldes antes e depois, realizado com 22 pacientes submetidos a transplante pulmonar unilateral, admitidos em programa de reabilitação pulmonar após alta hospitalar. Este programa incluiu atividades educacionais para pacientes e familiares, 36 sessões de treinamento de exercícios realizadas três vezes por semana, com duração de uma hora, acompanhamento médico e apoio psicossocial e nutricional, se necessário. Para avaliar os efeitos desse programa sobre a capacidade funcional, utilizou-se a medida da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos. A qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF-36). Para análise estatística, foram aplicados o teste t para amostras pareadas e o teste de Wilcoxon, com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Comparando os valores pré e pós-reabilitação pulmonar, foi verificada uma melhora estatisticamente significativa da capacidade funcional ($p < 0,001$) pelo aumento na distância percorrida no teste de caminhada (354,45 $\pm$ 183,26 vs 521,18 $\pm$ 89,2) e nos domínios de capacidade funcional ($p < 0,001$), dor ($p < 0,001$), vitalidade ($p = 0,001$), aspecto social ($p = 0,001$) e limitações por aspectos emocionais ($p = 0,003$) do questionário de qualidade de vida. **Conclusão:** O programa de reabilitação pulmonar foi benéfico para o grupo estudado, tendo promovido melhora da capacidade funcional e de vários aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes transplantados de pulmão.

P0573 ESTADO FUNCIONAL DE PACIENTES EM LISTA DE TRANSPLANTE DE PULMÃO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

JOCIMAR PRATES MULLER1; PATRICIA AYRES GONÇALVES2; FABRÍCIO FONTOURA3; FABRÍCIO FONTOURA4; JULIESSA FLORIAN5; SADI SCHIO6; LETÍCIA SANCHEZ7; JOSÉ CAMARGO8

1,2,4,5,6,7,8.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA PORTO ALEGRE - PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3.UNIVERSIDADE DO VALE DOS SINOS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: AVDS; LONDON; TRANSPLANTE PULMÃO

Objetivos: Avaliar o estado funcional de pacientes em lista de transplante de pulmão que participam de um Programa de Reabilitação Pulmonar. **Métodos:** Estudo transversal, com pacientes em lista de transplante de pulmão do Programa de Reabilitação Pulmonar localizado no Pavilhão Pereira Filho do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre - RS. Para avaliação do estado funcional foi realizada a aplicação da escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) que mensura a limitação das AVDs por dispneia. **Resultados:** Foram incluídos na pesquisa 9 pacientes em lista de transplante de pulmão, sendo sete pacientes do sexo feminino (77,7%). O escore total da escala foi em média 29,11 $\pm$ 12,19 e o percentual da pontuação total da escala em média 42,84 $\pm$ 13,34%. Do total dos pacientes, quatro obtiveram percentual total da escala LCADL acima de 50%, deste modo apresentando grave limitação por dispneia nas AVDs, totalizando 44,4% da amostra. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre a idade dos participantes com o percentual da escala LCADL ($r = 0,703$; $p \leq 0,035$). O nível de significância adotado para o teste estatístico foi ($p < 0,05$). **Conclusão:** Conclui-se com os resultados obtidos que os pacientes em lista de espera para transplante de pulmão apresentam limitação grave por dispneia e recomenda-se que novas pesquisas com a escala LCADL e o TC6' sejam realizadas, considerando o uso de oxigênio nas atividades de vida diária para uma melhor avaliação do escore total da escala.

P0574 POR QUÊ A QUALIDADE DE VIDA MELHORA MAIS EM ALGUNS PACIENTES DO QUE OUTROS COM DPOC APÓS UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR

VINICIUS C. IAMONTI1; ELIAS F. PORTO2; ANTONIO A.M. CASTRO3; MARCELO COLUCCI4; GERSON F. SOUZA5; OLIVER A. NASCIMENTO6; JOSÉ R. JARDIM7

1,3,4,5,6,7.UNIFESP, SAO PAULO, SP, BRASIL; 2.UNASP, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: SGRQ; DPOC; REABILITAÇÃO PULMONAR

Resumo: Reabilitação pulmonar aumenta a tolerância ao exercício, reduz a sensação de dispneia e o número de hospitalizações em pacientes com DPOC e melhora a qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes com DPOC. **Objetivos:** Identificar os fatores que influenciam a melhora na qualidade de vida relacionada à saúde após um programa de reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. **Métodos:** 73 pacientes com DPOC, estágio moderado a grave (GOLD) foram divididos em três grupos segundo a sua resposta ao questionário de qualidade de vida (SGRQ) após o programa de reabilitação pulmonar: G1 = 39; melhorou pelo menos um domínio, G2 = 15; não melhorou em nenhum domínio e G3 = 19; piorou em, pelo menos, um domínio). Foram avaliados antes e depois do programa de reabilitação

pulmonar a espirometria, índice de massa corpórea (IMC), índice de massa magra (IMM), índice de dispnéia basal (BDI), pressões inspiratória (Pimax) e expiratória (Pemax), uso do oxigênio suplementar por longo prazo (ODP), distância da caminhada de seis minutos (TC6'), teste de exercício cardiopulmonar, tempo do teste de endurance, índice de Charlson para comorbidades e o questionário (SGRQ). **Resultados:** Não houve diferença significativa entre as características basais dos grupos: IMC, IMM, VEF1, idade, BDI, SpO2, Pimax, Pemax, e ODP. A reserva cardíaca e a CVF% previsto formam maiores no G1 do que no G1 e G3 ($p < 0,05$) após o programa de reabilitação pulmonar. O G1 apresentou menor frequência cardíaca de repouso ($p < 0,003$), menor frequência das exacerbações ($p < 0,004$) e aumento na distância percorrida no TC6' e maior tempo percorrido no teste de endurance. **Conclusão:** A melhora na qualidade de vida relacionada à saúde após um programa de reabilitação pulmonar está diretamente relacionada a melhora da capacidade física e menor taxa de exacerbação durante a reabilitação pulmonar.

P0575 ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS PACIENTES DO PROGRAMA DE TRANSPLANTE PULMONAR DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE

JOCIMAR PRATES MULLER1; LUIZA BOROWSKY2; JULIESSA FLORIAN3; FABRÍCIO FONTOURA4; JOSÉ CAMARGO5; SADI SCHIO6; LETÍCIA SANCHEZ7; ALVARO HUBER8

1,3,4,5,6,7,8.COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA PORTO ALEGRE - PAVILHÃO PEREIRA FILHO, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 2.UNIVERSIDADE DO VALE DOS SINOS, SÃO LEOPOLDO, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE PULMÃO; TESTE DE CAMINHADA DE SEIS MINUTOS; REABILITAÇÃO PULMONAR

Objetivos: Comparar a capacidade funcional de pacientes submetidos a transplante pulmonar que participaram e que não participaram do Programa de Reabilitação Pulmonar (PRP) pré-transplante. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo realizado com pacientes submetidos a transplante pulmonar unilateral. A capacidade funcional foi avaliada por meio do teste da caminhada dos seis minutos (TC6) quando os indivíduos entraram em lista para o transplante e após a alta hospitalar pós-transplante. Os dados referentes à função pulmonar foram obtidos a partir dos prontuários dos pacientes. Para análise estatística, foi utilizado o teste não paramétrico da soma dos postos de Wilcoxon, com $p \leq 0,05$. **Resultados:** A amostra foi constituída por 29 pacientes, sendo que 14 participaram do PRP pré-transplante e 15 não participaram. Após o transplante houve uma melhora estatisticamente significativa da capacidade funcional dos indivíduos que participaram do PRP pelo aumento da distância percorrida no TC6 ($p < 0,01$) e do percentual previsto da CVF ($p = 0,016$) e do VEF1 ($p < 0,001$). Já os indivíduos que não participaram do programa não apresentaram aumento significativo da distância percorrida ($p = 0,125$) e do percentual previsto da CVF ($p = 0,065$), mas tiveram aumento significativo do VEF1 ($p < 0,01$). **Conclusão:** Após o transplante houve melhora da capacidade funcional de ambos os grupos, porém apenas os indivíduos que participaram do PRP pré-transplante tiveram aumento estatisticamente significativo na distância percorrida, destacando a importância do PRP tanto antes quanto após o transplante no aumento da capacidade funcional.

P0576 IMPACTO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE PULMONAR

JULIESSA FLORIAN; FABRÍCIO FONTOURA; ADALBERTO RUBIN; SADI SCHIO; LETÍCIA SANCHEZ; JOSÉ CAMARGO; SPENCER CAMARGO; TIAGO MACHUCA

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; QUALIDADE DE VIDA; TRANSPLANTE PULMONAR

A implantação de um programa de transplante pulmonar depende criticamente de uma infra-estrutura que garanta um atendimento multidisciplinar, que inicialmente se focaliza numa adequada seleção dos candidatos a receptores, e na reabilitação destes candidatos durante o tempo de espera. **Objetivos:** verificar o impacto do programa de reabilitação pulmonar pré-transplante (RPP-Tx) na capacidade funcional e na qualidade de vida de pacientes em lista de espera para transplante pulmonar. **Métodos:** o estudo foi realizado no Serviço de Reabilitação Pulmonar do Pavilhão Pereira Filho do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre com 78 pacientes que ingressaram em lista de espera, e foram encaminhados para o RPP-TX no período de junho 2007 a outubro 2009. Utilizou-se o teste de caminhada de 6 minutos (TC6') para avaliação da capacidade funcional e o questionário de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey (SF36) antes e após 36 sessões de fisioterapia. **Resultados:** 17 pacientes transplantaram logo após a primeira avaliação, 15 durante o programa, 2 desistiram, 8 morreram e 38 completaram o programa e foram reavaliados. Os dados obtidos foram semelhantes com a literatura como o predomínio de mulheres na lista de espera, idade média, IMC, oxigenoterapia contínua e contrastaram com a literatura quanto à prevalência de patologia onde encontramos 40% de fibrose pulmonar seguido de 26% de enfisema. Os dados observados antes e depois da reabilitação pulmonar demonstraram melhora no TC6' (antes do RPP-TX $390,5 \pm 145,1$ metros; após o RPP-TX $463,7 \pm 116,5$ metros com $p < 0,001$). Em relação aos domínios do questionário SF-36, constatou-se uma melhora significativa em sete dos oito domínios comparando o início e o fim do RPP-TX: na capacidade funcional ($23,1 \pm 17,5$ para $39,6 \pm 20,5$; $p = 0,001$), limitações físicas ($16,1 \pm 12,0$ para $27,8 \pm 36,7$; $p = 0,012$); estado geral de saúde ($38,1 \pm 21,7$ para $42,5 \pm 20,9$; $p = 0,001$), na vitalidade ($57,7 \pm 21,3$ para $65,9 \pm 22,8$; $p = 0,001$), limitação por aspectos sociais ($56,62 \pm 28,7$ para $68,8 \pm 22$; $p = 0,001$); limitações emocionais ($44,7 \pm 42,1$ para $57,8 \pm 43,6$; $p = 0,001$); e na saúde mental ($73,1 \pm 20,4$ para $83,26 \pm 11,7$; $p = 0,001$). **Conclusão:** os achados demonstraram benefício obtidos na capacidade funcional e impacto positivo na qualidade de vida sendo a RPP-TX eficaz e segura para esses pacientes, acompanhado de condutas multidisciplinares e monitoração frequente.

P0577 REABILITAÇÃO PULMONAR NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS AO PROGRAMA DE TRANSPLANTE PULMONAR

JOCIMAR PRATES MULLER; JULIESSA FLORIAN; PAULO PRESTES; FABRÍCIO FONTOURA; SADI SCHIO; LETÍCIA SANCHEZ; TIAGO MACHUCA; JOSÉ CAMARGO

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: REABILITAÇÃO PULMONAR; TRANSPLANTE PULMONAR; QUALIDADE DE VIDA

Objetivos: Avaliar o efeito da reabilitação pulmonar na qualidade de vida dos pacientes inseridos no programa transplante. **Métodos:** Em um estudo experimental do tipo antes e depois, foram avaliados 7 pacientes que participaram do programa de reabilitação de transplante pulmonar. O programa incluiu 36 sessões de fisioterapia, palestras educativas mensais, acompanhamento psiquiátrico e nutricional quando necessário e consulta médica semanal ou mensal. Os pacientes responderam quatro vezes o questionário de qualidade de vida SF-36. Duas antes do transplante (início e final das 36 sessões de fisioterapia) e duas após o transplante (início e final das 36 sessões de fisioterapia). **Resultados:** Em relação aos domínios do questionário SF-36, comparando os valores antes e depois da reabilitação constatou-se uma melhora significativa na capacidade funcional ($78,57 \pm 26$ b $p^* = 0,001$), na vitalidade ($90,00 \pm 7$ b $p^* = 0,020$), e saúde mental ($90,85 \pm 7$ b $p^* = 0,41$). **Conclusão:** Evidenciou-se a importância do programa de reabilitação pulmonar na racionalização dos tratamentos que envolvam transplante de pulmão. Constatou-se que um protocolo de exercícios físicos adequados torna-se necessário no programa de reabilitação pulmonar. Pois a reabilitação causou um impacto positivo na qualidade de vida destes pacientes.

PO578 IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR SIMPLIFICADO NA PERCEPÇÃO DE DISPNEIA E NA SATURAÇÃO PERIFÉRICA DE OXIGÊNIO EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE PNEUMOPATAS CRÔNICOS.

MÁRCIA ALCÂNTARA HOLANDA; MARCELO ALCÂNTARA HOLANDA; JOSEMARY DA SILVA ARAÚJO LIMA; FRANCISCO ALESSANDRO BRAGA DO NASCIMENTO

PULMOCENTER-INSTITUTO DO PULMÃO, FORTALEZA, CE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DPOC; ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA; REABILITAÇÃO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por limitação ao fluxo aéreo. No Brasil, a DPOC ocupa importante posição entre as principais causas de morte nos últimos anos. A dispnéia e fadiga precoce são determinantes principais da limitação ao exercício físico e da diminuição do desempenho desses pacientes nas atividades de vida diária (AVDs). A reabilitação pulmonar é uma intervenção multidisciplinar, baseada em evidências, para pneumopatas crônicos com prejuízo de AVDs. **Objetivos:** analisar comparativamente e verificar mudanças em parâmetros respiratórios, com base na percepção de esforço medida pela escala de Borg e saturação periférica de oxigênio (SpO_2), de pacientes submetidos ao teste de oximetria de atividades de vida diária antes e após o período de intervenção de 3 meses de treinamento por exercícios e educação para saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo de abordagem quantitativa, com 18 pacientes de reabilitação pulmonar simplificada, submetidos a simulações de AVDs. Os dados foram registrados e analisados por meio do software SPSS versão 17. A análise estatística comparativa, entre antes e após o período de intervenção, foi feita pelo teste T pareado considerando-se um valor estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** O sexo prevalente na amostra foi o feminino com 72% (13), com idade média de 72,5 anos e IMC de 26,3 kg/m². No quesito repouso, a saturação de oxigênio aumentou significativamente

de 93,7% para 95,2% ($p=0,02$). As medidas de Borg para dispnéia reduziram significativamente nos quesitos subir e descer escadas ($p=0,02$), calçar e tirar os sapatos ($p=0,04$ e $p=0,01$ respectivamente), andar acelerado 44m ($p=0,006$), caminhar em esteira com inclinação ($p=0,001$) e tomar banho ($p=0,002$). **Conclusão:** O programa simplificado promoveu redução significativa da sensação de dispnéia e saturação periférica de oxigênio em todas as simulações, entretanto, subir e descer escadas e tomar banho apresentaram maior relevância estatística com valores de $p \leq 0,05$.

PO579 TRANSPORTE MUCOCILIAR NASAL DE CORTADORES DE CANA

ALINE DUARTE FERREIRA; RAFAELA BONFIM; LUIZ CARLOS SOARES CARVALHO JUNIOR; NAYARA GALVÃO OLIVEIRA; MARIANE MONTESCHI; ERCY MARA CIPULO RAMOS; DIONEI RAMOS

FCT/UNESP, PRESIDENTE PRUDENTE, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPORTE MUCOCILIAR; BIOMASSA; TRABALHADOR RURAL

O trato respiratório é constantemente exposto a diferentes tipos de agentes nocivos que entram em contato direto com a mucosa, como microorganismos e poluentes atmosféricos. O aparelho mucociliar tem como principal função a remoção dessas partículas e substâncias potencialmente agressivas do trato respiratório, por meio de transporte, cílios e pela tosse. No ambiente agrícola a produção canavieira é uma importante fonte de poluição do ar proveniente da queima da palha da cana-de-açúcar. A fase agrícola da produção canavieira é dividida em dois períodos, entressafra caracterizada pelo plantio manual e a safra, com a queima da cana para facilitar a colheita. **Objetivos:** Avaliar o transporte mucociliar nasal de cortadores de cana no período de entressafra. **Métodos:** O estudo foi realizado em uma usina sucroalcooleira localizada na região oeste do estado de São Paulo. Participaram 37 homens com espirometria normal e sem história tabágica, divididos em dois grupos: grupo exposto (GE), composto por 19 cortadores 2 Kg/m²; e grupo controle (GC), composto de 18 $\square$ 30 anos; 24 $\square$ de cana (25 4 Kg/m²). Para avaliação do transporte mucociliar $\square$ 1 anos; 25 $\square$ homens (20 foi realizado o teste de tempo de trânsito da sacarina (TTS), com os indivíduos posicionados sentados, cabeça levemente estendida, e aproximadamente 5 μ g de sacarina sódica granulada foi introduzida com o auxílio de um canudo plástico, sob controle visual, a 2 cm para dentro da narina direita; o cronômetro foi acionado e interrompido imediatamente após sentirem um gosto adocicado na boca. O teste foi realizado entre 10 e 11 horas, em ambiente com temperatura e umidade relativa do ar controlada. Para dados não pareados foi realizado teste estatístico de Mann-Whitney. **Resultados:** O TTS foi representado em minutos na forma de mediana e intervalo de confiança. O TTS do grupo exposto foi 7,23 [5,8-9,5] e grupo controle 8 [7,1-13,2]. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,1438$). **Conclusão:** O transporte mucociliar de cortadores de cana não se apresentou alterado no período de entressafra. Tal fato sugere que apenas a exposição à poeira, sem a queima da cana, não foi capaz de levar a alterações do mecanismo de defesa pulmonar destes trabalhadores. Para maior compreensão dos efeitos da poluição atmosférica no

transporte mucociliar são necessários estudos no período da safra canavieira.

PO580 IMPACTO DAS QUEIMADAS NO SETOR CANAVIEIRO, EM CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ, SOBRE A TENDÊNCIA DA MORTALIDADE EM CRIANÇAS POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (DAR), NO PERÍODO ENTRE 2005 E 2009.

HERMANO ALBUQUERQUE DE CASTRO
FIOCRUZ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: POLUIÇÃO DO AR; QUEIMADAS; DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Introdução: A queimada no setor canavieiro tem sido utilizada com frequência no Brasil. Diversos estudos mostram os danos no sistema respiratório, em trabalhadores e populações vizinhas aos canaviais, provocados por este processo. As crianças e os idosos são considerados os mais vulneráveis na morbi-mortalidade relacionadas aos poluentes do ar. **Objetivos:** estudar a tendência da mortalidade por doenças respiratórias em crianças e correlacionar com o número de focos de calor, em um município onde ocorrem queimadas. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, onde foi analisada a tendência do coeficiente de mortalidade por doença respiratória e os focos de calor no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Os registros de óbitos foram obtidos do Sistema de Informações de Mortalidade do SUS (SIM/SUS). Os dados analisados referem-se ao Capítulo X da CID 10, que abrange as (DAR), no período de 2005 a 2009. Os registros de dados sobre os focos de calor foram obtidos através de banco de dados online disponível no endereço eletrônico do INPE (INPE), captados pelos satélites da série NOAA. A análise da tendência foi realizada por meio de coeficientes padronizados, considerando como padrão, a população do meio do período (ano de 2007) e os coeficientes por 100.000 habitantes segundo os grupos etários: menores de 1 ano, 1 a 4 anos. Foi selecionado o modelo de regressão linear múltipla que melhor descreveu a relação existente entre a variável independente X (número de focos de calor) e a variável dependente Y (coeficientes por DAR). Considerou-se a tendência significativa aquela, cujo modelo estimado obteve p -valor $< 0,05$. **Resultado:** A análise das tendências dos coeficientes de mortalidade por DAR, em crianças, mostrou uma correlação positiva e significativa para o período estudado. Para a faixa até 01 ano obteve-se um $R^2 = 0,9547$ e para a faixa entre 01 e 04 anos um $R^2 = 0,7674$. **Conclusão:** A tendência de correlação positiva é um bom indicador do provável impacto da poluição sobre a mortalidade por DAR, em crianças na região. O R^2 correspondente da correlação entre taxa de mortalidade estudada e o número de focos pode estar relacionada com 50% e até 95% das mortes de crianças, abaixo de 04 anos, no município estudado. É importante considerar que crianças constituem um grupo vulnerável para os poluentes do ar e relevante compreender a complexidade da determinação destes óbitos por doenças respiratórias, principalmente nos portadores de patologias crônicas, debilidade imunológica e outras doenças. Atualmente, uma lei federal aponta para a redução das queimadas no setor canavieiro, até 2017. No entanto, é imprescindível a mudança tecnológica no setor

canavieiro para proteger a saúde da população, no que diz respeito, principalmente, aos impactos na saúde respiratória.

PO581 IMPACTO DA QUEIMA DA PALHA DA CANA DE AÇÚCAR NOS ATENDIMENTOS POR PNEUMONIA EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA NA CIDADE DE ARARAQUARA.

RENATA FERLIN ARBEX1; LUIZ ALBERTO AMADOR PEREIRA2; FLAVIO FERLIN ARBEX3; PAULO HILÁRIO NASCIMENTO SALDIVA4; ALFÉSIO LUIS FERREIRA BRAGA5

1,3.UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 2.PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA DA UNISANTOS, SANTOS, SP, BRASIL; 4.LABORATÓRIO DE POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA -FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 5.NÚCLEO DE ESTUDOS EPIDEMIOLOGIA AMBIENTAL LABORATÓRIO DE POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: POLUIÇÃO; PNEUMONIA; BIOMASSA

A queima de biomassa representa uma importante fonte de emissão de partículas e gases para a atmosfera. Está bem estabelecida a associação entre queima de biomassa em ambientes internos e pneumonia em mulheres e crianças. Segundo a Organização Mundial de Saúde a pneumonia é causa de 2 milhões de mortes anuais sendo 900.000 em consequência de queima de biomassa em ambientes internos e é a maior responsável por mortes em crianças abaixo de 5 anos. Apesar da queima de biomassa em ambientes abertos afetar mais e mais pessoas a cada ano existe poucos estudos demonstrando os seus efeitos agudos em doenças infecciosas de vias respiratórias inferiores. Na região sudeste do país esta queima acontece entre maio e novembro e as populações das cidades das regiões canavieiras estão expostas a altos níveis de poluentes por seis meses todo ano. **Objetivos:** Avaliar a relação entre a variação diária do PTS (Partículas Totais em Suspensão) e total de atendimentos diário em serviço de emergência devido a pneumonias de origem infecciosa [CID 10: J12-J18] em Araraquara, cidade com 200000 habitantes, localizada no centro na região canavieira do Estado de São Paulo. **Métodos:** Entre 31 de janeiro de 2005 e 31 de julho de 2007 (total de 912 dias, 371 dias no período da não queima de cana de açúcar e 571 dias no período da queima) obtivemos a concentração diária das PTS em $\mu\text{g}/\text{m}^3$, e o total de atendimento diário nos serviços de emergência por pneumonia no principal hospital da cidade. Obtivemos a temperatura e umidade relativa do ar diariamente no aeroporto local. Foi utilizado um modelo linear generalizado de regressão de Poisson para estimar o efeito da variação do poluente sobre as internações por pneumonia, controlando para temperatura, umidade, sazonalidade e dias de semana. Os resultados foram expressos em termos de aumento de percentagem para o desfecho em relação ao aumento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ na concentração de PTS. **Resultados:** Os resultados foram expressos em relação ao aumento percentual de pneumonia devido a um aumento da concentração do TSP de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Os níveis de PTS variaram dramaticamente entre os períodos de queima ($73 \pm 28,7 \mu\text{g}/\text{m}^3$) e não queima ($31 \pm 13,9 \mu\text{g}/\text{m}^3$). A média dos atendimentos no serviço de emergência por pneumonia durante o período de queima foi $2 \pm 1,9$ e na não queima $1,2 \pm 1,3$ (70% maior no período da queima). O efeito devido a variações do TSP foi agudo e permanecendo positivo até o segundo dia após a exposição. Aumento de 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ na média móvel de três dias esteve associado a aumento de 7,7 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (IC 95%: 3,7-11,8) em atendimentos no serviço de emergência por pneumonia.

Conclusão: A magnitude dos feitos apresentados neste estudo reforça a relevância da importância da queima de biomassa como fonte de poluição do ar, seus efeitos na saúde da população exposta e expõe a necessidade de programar políticas públicas com o intuito de avaliar e controlar a emissão de poluentes.

P0582 NÍVEL DE EXPOSIÇÃO AO MONÓXIDO DE CARBONO EM USUÁRIOS E FUNCIONÁRIOS DA RODOFERROVIÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

EVÂNIA DA SILVA OLIVEIRA¹; FLORÊNCIO YUKIHIRO SINZATO²; LUIZ GUILHERME GROSSI PORTO³

1,3.CURSO DE FISIOTERAPIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB, BRASÍLIA, DF, BRASIL; 2.EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS, BRASÍLIA, DF, ARGENTINA.

PALAVRAS-CHAVE: MONÓXIDO DE CARBONO; RODOVIÁRIA; EXPOSIÇÃO

Introdução: O monóxido de carbono (CO) é um gás nocivo devido à sua grande toxicidade. Indivíduos expostos à poluição ambiental com altas taxas de CO podem apresentar sinais e sintomas adversos, como alterações visuais, vertigem, dor abdominal, náuseas, síncope, vômito e alterações respiratórias associadas aos poluentes do ar. **Objetivos:** Avaliar o nível de monóxido de carbono pulmonar no ar exalado (COex) e do percentual de carboxihemoglobina (%COHb) em usuários e em funcionários da Rodoferroviária do Distrito Federal, comparativamente entre fumantes, fumantes passivos e não fumantes, bem como entre indivíduos ativos (AT) e insuficientemente ativos (IA). **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo transversal com 106 participantes que responderam questionários e foram submetidos à mensuração de COex e %COHb. Foram selecionados 63 (59,4%) homens e 43 (40,6%) mulheres, com idade de 36,2±11,5 anos e IMC de 24,7±3,5 kg/m². Os voluntários foram abordados no próprio local de forma aleatória. Para avaliação do nível de atividade física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ. A avaliação do COex e %COHb foi realizada com aparelho Micro CO Meter (Micro Medical®). A distribuição das variáveis foi normal (teste de Shapiro-Wilk), motivo pelo qual se empregou estatística paramétrica. Para as comparações do COex e da COHb entre os subgrupos, empregou-se teste de ANOVA com teste de post-hoc de Bonferroni ou teste de t-Student. Calculou-se ainda a correlação entre o número de cigarro consumidos por dia e os valores de COex e %CO, por meio da correlação de Pearson. Em todos os casos, empregou-se nível de significância de 5%. **Resultados:** Observou-se um total de 18 fumantes (17%), 31 não fumantes (29,2%) e 57 fumantes passivos (53,8%). Nos subgrupos por local de exposição ao CO (usuários vs funcionários que trabalham em sala, circulando ou na plataforma) não foi observada diferença significativa nem para COex (p=0,88) nem para %COHb (p=0,9). Os fumantes apresentaram COex de 11,6±8,6 ppm, que maior (p<0,001) que os não-fumante (2,6±1,4 ppm) e que os fumantes passivos (2,7±1,7 ppm). Os últimos não apresentaram diferença entre si (p>0,05). Também se observou maiores valores para %COHb entre fumantes (1,8±1,3%) que não não-fumantes (0,4±0,2%) e fumantes passivos (0,4±0,3%). Os valores de COex e %COHb observados entre ativos (4,6±6,10 ppm/0,7±0,9%) foram semelhantes aos dos insuficientemente ativos (3,9±3,9 ppm/0,6±0,6%; (p>0,5). Houve forte correlação entre o consumo diário de cigarros com os valores de COex (r=0,89; p<0,001) e de %COHb

(r=0,88; p<0,001). **Conclusão:** Observaram-se níveis de COex e %COHb maiores em fumantes que em não-fumantes. Os valores de COex e %COHb encontrados foram superiores aos relatados em outros estudos, sugerindo o elevado nível de poluição ambiental no local pesquisado (Rodoferroviária de Brasília-DF). A poluição do ar é um importante fator a ser controlado neste local.

P0583 HEMOPTISE E VASCULITE PULMONAR: DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

CÂNDIDA MARIA MOREIRA HORTA¹; PATRICIA MOREIRA COSTA²; RICARDO VIANA LEITE³; MARSELHA MARQUES BARRAL⁴

1,2,4.FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL; 3.CEDIMAGEM, JUIZ DE FORA, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VASCULITES; ANEURISMA; HEMOPTISE

Introdução As vasculites pulmonares são causas incomuns de hemoptise e ocorrem por hemorragia alveolar ou como sangramentos secundários a aneurismas de artéria pulmonar. Na Doença de Behçet (DB) e na Síndrome de Hughes-Stovin (HS) as hemoptises estão associadas aneurismas de artérias pulmonares. Caso clínico Paciente masc, 18 anos, apresentou hemoptise súbita sem outras queixas, hemodinamicamente estável, eupneico, ausculta normal, sem hipoxemia e sem lesões mucocutâneas. O RX de tórax: aumento do hilo eq e consolidações basais. EDA e exame otorrinolaringológico: normais. Evoluiu com nova hemoptise, tosse, febre, emagrecimento e adinamia. Negava passado de lesões cutâneas, oculares, orais ou genitais. Hemograma normal, PCR e VHS aumentadas. A TCRA de tórax contrastada: aneurismas saculares nos ramos interlobular e lobar inferior da artéria pulmonar eq. ANCA e hemoculturas:negativas e USG com doppler de MMIL normal. Evoluiu com piora do quadro e novas hemoptises.Biópsia pulmonar constatou hemorragia intralveolar focal e espessamento de parede da artéria pulmonar média. Com a piora clínica e suspeitando de uma vasculite iniciou-se corticóide e imunossupressor. O pac obteve melhora clínica e está em acompanhamento sem novas hemoptises. **Discussão:** Hemoptise pode ser secundária a tuberculose, tumores, TEP, estenose mitral, fistula artériovenosa e vasculites entre outras. Nas vasculites o envolvimento pulmonar pode ocorrer em 5 a 10% dos pacientes com DB e os aneurismas em 1,5%. Apesar das hemoptises, aneurismas e sintomas sistêmicos, o pac não apresentava lesões mucocutâneas nem oculares, para definir como DB. Aneurismas pulmonares foram descritos por Hughes e Stovin, no qual os pacientes não apresentavam lesões mucocutâneas nem oculares, mas estavam associadas com hemoptise, tromboflebite e TVP. Casos semelhantes foram definidos como HS e associavam tromboflebitas, TVP, aneurismas e hemoptise. Neste caso, assim como nos pacientes com HS, não encontramos lesões cutaneomucosas nem oculares. Apesar dos episódios de hemoptise e dos aneurismas os achados não definiam o diagnóstico de HS em função da ausência de tromboflebitas e de TVP. As vasculites encontradas na HS e na DB são bastante semelhantes. HS é frequentemente fatal em decorrência de episódios de hemoptise maciça. Não há tratamento padronizado até o momento para esta vasculite, mas terapêutica bastante semelhante à da DB tem sido usada. A piora clínica acentuada do paciente, da adinamia, do emagrecimento, persistência da febre e, principalmente o risco de hemoptises recorrentes, levaram a terapêutica emergencial com corticóide associado a azatioprina. **Conclusão:** Vasculites pulmonares podem gerar

quadro fatais de hemoptise particularmente se associadas a aneurismas pulmonares. DB e a HS devem fazer parte do diagnóstico diferencial em pacientes com hemoptises recorrentes e o tratamento precoce destas vasculites pode evitar a ocorrência de quadros fatais.

P0584 ACOMETIMENTO VASCULAR PULMONAR NA DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO

ISABELA LAGE ALVES DE BRITO; MARCUS VINICIUS LEITE SANTOS; LEONARDO MEIRA DE FARIA; DANIEL CRUZ BRETAS; EDNEI PEREIRA GUIMARAES

HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHK, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: DOENÇA DE BEHÇET; ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR; VASCULITE

Introdução: a doença de behçet se caracteriza por úlceras orais aftoides recorrentes e manifestações clínicas sistêmicas, incluindo ulcerações genitais, doença ocular, lesões de pele, envolvimento gastrointestinal, neurológico, vascular e articular. As manifestações clínicas são atribuídas a vasculite de vasos de pequeno, médio e grande calibres dos sistemas venoso e arterial. Afeta tipicamente adultos jovens entre 20 e 40 anos. O envolvimento vascular de grandes vasos ocorre em aproximadamente 1/3 dos pacientes. A lesão arterial pulmonar é característica e seu reconhecimento precoce é importante. A hemoptise e a manifestação clínica mais comum. Aneurismas envolvendo ramos proximais das artérias pulmonares são o achado principal. Recomenda-se arteriografia como padrão ouro para diagnóstico da doença com acometimento pulmonar e o seu tratamento baseia-se em altas doses de corticoide e imunossupressores. O prognóstico da doença de behçet com vasculite pulmonar é ruim porém o seu diagnóstico e intervenção precoces melhoram a sobrevida de forma significativa. **Objetivos:** descrever um caso de aneurisma pulmonar associado a doença de behçet. **Relato de caso:** w.d.n., 30 anos, sexo masculino, natural e procedente de belo horizonte, auxiliar administrativo. História prévia de transtorno psicótico, em uso de penfluridol e biperideno. Iniciou quadro com tosse seca, episódios eventuais de hemoptise de pequeno volume, emagrecimento (↓ 4kg/1 mês) associado a febre diária (38 – 38,5° c), sudorese noturna, hiporexia e adinamia, com 2 meses de evolução. Cursando com dispnéia grau III e dor torácica ventilatório-dependente à direita. Sem relato de patologias pulmonares prévias, bem como outras comorbidades significativas. Admitido no hospital júlia kubitschek em julho de 2010 para propedêutica especializada. Após internação, paciente referiu úlceras orais e genitais recorrentes desde a adolescência, preenchendo os critérios clínicos para doença de behçet. Radiografia de tórax (06/07/2010) revelando opacidades peri-hilares bilaterais (> à direita) bem circunscritas de tamanhos variados. Tomografia computadorizada de tórax (08/07/2010): opacidades nodulares compatíveis com aneurismas, alguns trombosados

- Hemograma: anemia normocítica normocrômica
- PCR e VHS aumentados
- Fan 1:1.280 (padrão nucleolar) p-anca e c-anca negativos
- Anti-hiv negativo
- Ecocardiograma : sem alterações

Evolução: diante do quadro clínico grave foi optado por iniciar tratamento com pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida e instituída dose de manutenção com prednisona 1 mg/kg/dia. Evoluiu com melhora clínica e radiológica expressivas e permanece em acompanhamento no serviço de pneumologia do hospital júlia kubitschek. **Conclusão:** o quadro clínico apresentado exemplifica de forma prática a melhora clínico-radiológica após diagnóstico e terapia instituídos de forma precoce.

P0585 GRANULOMATOSE DE WEGENER - RELATO DE CASO

PAULO ROBERTO ROBERTO ALBUQUERQUE; SUZIANNE RUTH HOSANAH LIMA; RICARDO JOSE FONSECA OLIVEIRA; FABIO AIRES ARAÚJO; GEORGE BARRETO MIRANDA; VINICIUS MATIAS MONTEIRO CAVALCANTE UFRN, NATAL, RN, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: WEGENER ; GRANULOMATOSE ; VASCULITE

Introdução: A granulomatose de Wegner (GW) é uma doença sistêmica caracterizada por vasculite necrosante granulomatosa com acometimento das vias aéreas superiores e inferiores. O diagnóstico é feito por pelo menos dois dos seguintes critérios: inflamação nasal ou oral, nódulos, infiltrados fixos, ou cavitações na radiografia simples de tórax, hematúria microscópica ou mais de cinco eritrócitos por campo de grande aumento, inflamação granulomatosa na biópsia. **Relato do caso:** mulher, 36 anos, hádois meses apresentara prurido e zumbido no ouvido esquerdo, que evoluiu com febre e otorrêia. Um mês depois progrediu com paralisia facial à direita, parestesias e dor em membros inferiores, além de odinofagia. Ao exame: REG, eupneica, hipocorada (+/4+), com cianose em extremidades de membros inferiores (MMII), principalmente à esquerda; nível de consciência levemente diminuído, Romberg positivo, marcha escarvante, paresia do membro inferior direito, discreto déficit de força à esquerda, paralisia facial periférica à direita, lagofalmo, sinal de Bell, desvio da rima bucal para esquerda, reflexo aquileu abolido bilateralmente: assimetria MMII, mais a esquerda do que a direita, sensibilidade vibratória preservada bilateralmente, acuidade auditiva reduzida bilateralmente, anosmia. TC das mastóides e crânio com sinais de osteomastoidite bilateral, com possível formação colesteatoma à esquerda e encefalopatia cerebelar esquerda; radiografia de tórax com infiltrado pulmonar difuso, tipo alveolar; TC de tórax que evidenciou opacidade pulmonar alveolar com imagens hipodensas de conteúdo no parênquima bilateral e derrame pleural à direita. A paciente evoluiu com piora da dor e cianose em membros inferiores além de iniciar quadro de insuficiência respiratória aguda. Realizou-se a amputação de ambos de ambos os MMII. Com a positividade do P-Anca e do C-Anca, confirmou-se a hipótese de granulomatose de Wegener e então a iniciou-se a pulsoterapia com metilprednisolona e ciclofosfamida, obtendo-se melhora do quadro. **Discussão:** O envolvimento neurológico é bastante raro na apresentação da doença, mas pode chegar até 33,6% no seu decorrer. A manifestação mais comum é a neuropatia periférica, conforme ocorrido com a nossa paciente, sendo mais frequente a mononeurite múltipla e polineuropatia distal simétrica sensitivo-motora. O acometimento do sistema nervoso central é menos frequente (4%) e pode se manifestar como infarto cerebral, hematoma subdural e hemorragia subaracnóide. Acometimento dos pares cranianos, especialmente do II, VI e VII, pode ocorrer. Oftalmoplegia pode ocorrer de forma

independente ou associada ao pseudo-tumor retroorbitário. Conclusão: O diagnóstico diferencial das vasculites é muito amplo, entretanto na presença de alterações sensitivas periféricas e acometimento dos nervos cranianos, a hipótese de Granulomatose de Wegener deve ser cogitada mesmo que não estejam presentes os sintomas respiratórios clássicos.

P0586 DILATAÇÃO DE TRONCO DA ARTÉRIA PULMONAR COMO COMPROMETIMENTO RARO NA ARTERITE DE TAKAYASU: RELATO DE CASO

RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; OLÍVIA MEIRA DIAS; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS

INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR), SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: ARTERITE DE TAKAYASU; HIPOXEMIA; ARTÉRIA PULMONAR

Introdução: Arterite de Takayasu é uma vasculite idiopática sistêmica de grandes vasos, diagnosticado em mulheres com menos de 40 anos com sintomas constitucionais, provas de atividade inflamatória anormais, diferença nas medidas pressóricas das extremidades ou ausência de pulsos braquiais. Apresentamos caso de paciente feminina com arterite de Takayasu com comprometimento da circulação pulmonar, encaminhada para investigação de hipoxemia. **Relato de Caso:** Paciente de 51 anos, encaminhada por dispnéia aos esforços, estável desde 1991. Negava outros sintomas, tabagismo ou antecedente ocupacional relevante. Há 19 anos, foi diagnosticada arterite de Takayasu; à época, apresentava cefaléia, vertigem, distúrbios visuais, dispnéia aos esforços e ausência de pulsos em membros superiores. Negava trombozes prévias. Exames laboratoriais e radiografia de tórax eram normais. Cintilografia de perfusão-ventilação (V/Q) mostrava defeito perfusional quase que total do pulmão direito, exceto pelo segmento anterior do lobo superior, confirmada também por angiografia pulmonar. Aortografia mostrou ainda defeitos de oclusão da artéria subclávia esquerda e de ambas as carótidas. Considerou-se diagnóstico de arterite de Takayasu pela idade da paciente e pelas múltiplas falhas de enchimento arteriais. Como as provas inflamatórias eram normais, nenhuma terapia imunossupressora foi introduzida e a paciente foi mantida em seguimento clínico com prednisona em baixas doses. Quando encaminhada ao nosso ambulatório, o exame físico era normal, exceto pela saturação periférica de oxigênio de 87-91% em ar ambiente, confirmada por gasometria. As hipóteses para a hipoxemia eram defeito perfusional conjuntamente com hipertensão pulmonar, ou shunt pulmonar pela presença de vasos colaterais sistêmicos. Nova cintilografia mostrou o mesmo defeito perfusional, com quantificação de shunt sistêmico limitrofe (8%). Tomografia de tórax evidenciou dilatação do tronco da artéria pulmonar (4 cm) e seus ramos, sem outras alterações parenquimatosas. Ecocardiograma não mostrou sinais de hipertensão pulmonar ou shunt intra-cardíaco mas evidenciou passagens de bolhas de ar precocemente no ciclo cardíaco. PET-FDG foi negativo para doença inflamatória pulmonar em atividade. Prova de função pulmonar completa mostrou volumes pulmonares normais com baixa capacidade de difusão de monóxido de carbono (DLCO: 17,18, 67% predito). **Discussão:** A arterite de Takayasu cursa com acometimento assintomático da circulação pulmonar em até 80% dos casos, envolvendo artérias de pequeno calibre com estenose, oclusão ou formações aneurismáticas. Comprometimento de grandes ramos arteriais pulmonares, bem como dilatação não

aneurismática como exemplificado neste caso é um achado raro. Na ausência de hipertensão pulmonar e alterações parenquimatosas, a causa da hipoxemia pode ser atribuída a distúrbio V/Q e pela presença de shunts sistêmicos através da circulação colateral, como sugerido pela cintilografia e ecocardiograma.

P0587 GRANULOMATOSE DE WEGENER: RELATO DE CASO

MARCUS VINÍCIUS LEITE SANTOS; DANIEL CRUZ BRETAS; LEONARDO MEIRA DE FARIA; ISABELA LAGE ALVES DE BRITO; LUIZ EDUARDO MENDES CAMPOS

HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE, BELO HORIZONTE, MG, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMATOSES; WEGENER; VASCULITES

Introdução A granulomatose de Wegener (GW) é uma doença sistêmica caracterizada por vasculite necrosante granulomatosa. Acomete vias aéreas superiores e inferiores, pulmões, pele, rins, olhos, sistemas gastrointestinal, cardíaco e nervoso central. Sem predominância de sexo, ocorre tipicamente na quinta década de vida. Os sinais e sintomas iniciais são inespecíficos e o tempo até o diagnóstico pode ser prolongado nos casos de evolução indolente. Sintomas constitucionais ocorrem em 40-70% dos pacientes à apresentação inicial. O envolvimento pulmonar ocorre em 45% dos casos no início da doença e entre 66-85% no seu decorrer. Os sintomas mais comuns são tosse e hemoptise, seguidos de dispnéia. Os achados radiológicos incluem: infiltrados pulmonares (67%) e nódulos (58%). A apresentação anátomo-patológica é de um processo inflamatório da parede dos vasos pulmonares, acompanhado de granulomas, células gigantes, eosinófilos, necrose e hemorragia pulmonar. O diagnóstico é feito através da associação das informações clínicas, laboratoriais (ANCA), radiológicas e anatomopatológicas. O tratamento precoce com corticóides e imunossupressores apresenta altas taxas de remissão. **Objetivos:** Descrever um caso de vasculite sistêmica de pequenos vasos associada a Síndrome hemorrágica pulmonar. **Relato do Caso** JSA, 39 anos, feminino, procedente de Ibirité, comerciante, gestante 20 semanas, deu entrada em abril/2007 com quadro de tosse com hemoptise, dor torácica ventilatório-dependente e dispnéia com 7 dias de evolução. **Relato de tosse seca e dispnéia grau I há 2 anos.** Sinusites de repetição desde a infância. Nega HP tabagismo ou asma. RX tórax: consolidações em segmento anterior do LSD e LID. Hemograma: anemia microcítica e hipocrômica. Função renal normal. Provas reumáticas negativas. Iniciado Ceftazidima e Azitromicina. Espirometria: obstrução moderada com PBD negativa. Evoluiu com hemoptise e repercussão hemodinâmica. TC de tórax: opacidade em vidro fosco difusa e focos de consolidação. TC seios da face: pansinusite. Fibronaso: concha inferior hipertrofica e desvio de septo. Recebeu alta em boas condições clínicas. Em acompanhamento ambulatorial, manteve tosse crônica com hemoptise e deterioração clínico-radiológico-funcional evidentes. Bx transbrônquica inconclusiva. Indicado Bx pulmonar a céu aberto, sugestiva vasculite de pequenos vasos (Poliangeite Microscópica? GW?). Evoluiu com lesões cutâneas hipercrômicas em faces extensoras de cotovelos, joelhos e mãos, cuja Bx demonstrou granulomatose neutrofílica em paliçada. Houve positividade do C-ANCA em julho/2010. Iniciado pulsoterapia com Metilprednisolona

+ Ciclofosfamida e manutenção com PDN 40mg/dia. Evoluiu com melhora clínica, segue em acompanhamento, com proposta de pulsoterapia mensal. **Conclusão** O caso apresentado ilustra na prática clínica a dificuldade diagnóstica para a GW em certos casos na sua apresentação inicial e reforça a importância do seguimento clínico desses pacientes.

PO588 GRANULOMATOSE DE WEGENER: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E SOROLÓGICA DE PACIENTES DE UM CENTRO TERCIÁRIO BRASILEIRO

LETICIA BARBOSA KAWANO-DOURADO; TELMA ANTUNES; MARCOS SOARES TAVARES; ALFREDO NICODEMOS DA CRUZ SANTANTA; ARI STIEL RADU HALPERN; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS

FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: GRANULOMATOSE WEGENER; VASCULITES SISTÊMICAS; CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Introdução: A maioria dos estudos epidemiológicos em Granulomatose de Wegener (GW) é baseada em casuísticas de populações do hemisfério Norte. Poucos estudos foram conduzidos no hemisfério Sul, em particular na América do Sul. **Objetivos:** Evidenciar as características epidemiológicas, clínicas, sorológicas dos pacientes portadores de GW atendidos pela Reumatologia e Pneumologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). **Métodos:** Estudo retrospectivo dos prontuários de todos os pacientes que preenchiam critérios do Colégio Americano de Reumatologia para GW acompanhados nos ambulatórios de Pneumologia e Reumatologia da FMUSP no período de 1999 a 2009. **Resultados:** Foram identificados 134 pacientes com seguimento nestes ambulatórios. Idade média ao diagnóstico: 43,4 +/- 15,5 anos. Tempo médio de doença de 8,6 +/- 6,6 anos. 64 pacientes (47,8%) do sexo masculino, e 113 pacientes (84,3%) brancos. Acometimento otorrinolaringológico ocorreu em 85,8% dos casos. O envolvimento clássico pulmonar e renal ocorreu em 77,6% e 75,4% dos casos respectivamente, seguido por acometimento ocular (35,8%), musculoesquelético (33,4%), cutâneo (29,1%), neurológico (20,1%), cardíaco (11,2%) e envolvimento urológico em 2,2% dos casos. Anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos foram detectados em 81 (61,9%) pacientes. Dez (7,5%) pacientes apresentavam a forma limitada da doença. Tratamento clássico com corticóides e ciclofosfamida foi usado em 72,4% dos casos. Não se observou episódios documentados de pneumonia por P. jiroveci. Tuberculose ocorreu em dois pacientes (1%) e Herpes zoster ocorreu em 8 (6%) pacientes. Houve 29 óbitos (21,6%). Dezoito pacientes faleceram de choque séptico (principal causa pneumonia bacteriana), enquanto quatro pacientes faleceram de hemorragia alveolar, quatro pacientes de infarto agudo do miocárdio e três outras causas diversas. **Conclusão:** Esse estudo evidencia as características clínicas, epidemiológicas e sorológicas dos pacientes com GW de um centro terciário da América do Sul. Essas características foram semelhantes às características de pacientes com GW em outros países, demonstrando que esses dados podem servir de referência para pacientes sulamericanos.

PO589 VIDRO FOSCO EM INSUFICIÊNCIA RENAL DIALÍTICA

THAÍS BITTENCOURT DE OLIVEIRA PIRES; MARCELL COUTINHO DA SILVA; OZÉAS GALENO DA ROCHA NETO; BRÁULIO DYEGO MARTINS VIEIRA; RODRIGO ABENSUR ATHANAZIO; SIMONE BARROSO RIBEIRO FANTINATO; SAMIA RACHED; CARMEN SÍLVIA VALENTE BARBAS

FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: INSUFICIÊNCIA RENAL; VIDRO FOSCO; VASCULITE

Relato de Caso: 60 anos, sexo feminino, tem como comorbidades prévias hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipotireoidismo e vitiligo. Há 6 anos evoluiu com perda da função renal, biopsiada na época, cujo relatório anatomopatológico evidenciou glomerulopatia com esclerose segmentar e focal. Há 2 anos iniciou diálise peritoneal. No início de 2010, durante avaliação clínica para transplante renal, identificou-se na tomografia de tórax a presença de vidro fosco difuso. A paciente era assintomática. Nesse momento, além das alterações tomográficas, observou-se a presença de P-ANCA + 1:320. Foi cogitado a hipótese de hemorragia alveolar e pneumonia de hipersensibilidade porém a paciente não apresentava história de exposição que justificasse. Na broncoscopia com lavado broncoalveolar identificou-se a presença de macrófagos com hemossiderina e um padrão macroscópico do aspirado também sugestivo de hemorragia alveolar. Diante do quadro clínico, associado a presença do P-ANCA, o diagnóstico provável é o de uma vasculite pulmonar (capilarite autoimune P-ANCA mediada). A presença da glomerulopatia com esclerose segmentar e focal é perfeitamente compatível com cicatriz de uma glomerulonefrite crescência – tipo histológico visto nas vasculites ANCA mediadas. **Conclusão:** Em pacientes renais crônicos, sem diagnóstico etiológico da insuficiência renal, é preciso estar atento à possibilidade de que uma vasculite sistêmica esteja por trás da lesão renal e possa assim determinar lesões em outros órgãos. Muito importante solicitar o ANCA em pacientes com IRC sem diagnóstico definido.

PO590 ANEURISMA DE ARTÉRIA PULMONAR EM DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO

ADRIANA VELOZO GONÇALVES¹; MARILIA MONTENEGRO CABRAL²; DANIELLE CRISTINA SILVA CLÍMACO³; FERNANDO LUIZ CAVALCANTI LUNDGREN⁴; MARCELA AMORIM ALVES⁵; KAMILA TICIANA D. FERREIRA⁶; PAULA ARAGÃO PRAZERES⁷

1. HOSPITAL OTÁVIO D EFREITAS, RECIFE, PE, BRASIL; 2,3,4,5,6,7. HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, RECIFE, PE, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: VASCULITE; BEHÇET; ANEURISMA

Introdução: A doença de Behçet (DB) é uma vasculite miltissistêmica que afeta as artérias e veias de diversos calibres, sua etiologia está relacionada a mecanismos auto imunes, pos infecção e fatores genéticos. O comprometimentovascular na DB consiste em tromboflebitas, aneurismas e oclusões arteriais, vistos em aproximadamente 25% dos pacientes. Neste trabalho relatamos a experiência no diagnóstico e tratamento clínico de um paciente com DB com acometimento aneurismático e trombótico da artéria pulmonar. Apesar de não haver regressão total das alterações de imagem. As dificuldades de se avaliar resposta terapêutica devem-se ao curso imprevisível e à remissão espontânea em alguns casos. **Objetivos:** Descrever caso clínico de DB

em jovem do sexo masculino e sua evolução. **Métodos:** Estudo descritivo tipo relato de caso. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 44 anos, foi admitido na enfermaria de pneumologia do Hospital Otávio de Freitas com quadro de hemoptise de grande monta associada a dor torácica. Relatava episódios anteriores em menor quantidade, negava tabagismo, exposições ambientais e outras comorbidades. Referia passado de ulcerações orais e genitais de repetição tratadas com dermatologista e no momento do internamento apresentava lesões acneiformes em dorso e fronte. Realizou tomografia de tórax que evidenciou falhas de enchimento em ramos lobares e segmentares das artérias pulmonares principalmente à direita representando trombos; falhas de enchimento nas cavidades ventriculares; áreas de perfusão em mosaico em vários segmentos; espessamento pleural irregular; bandas parenquimatosas predominando em lobos inferiores e opacidade periférica associadas a estruturas vasculares podendo representar atelectasia redonda em lobos inferiores. À RNM cardíaca apresentava trombo aderido as trabeculações da parede livre do ventrículo esquerdo; disfunção sistólica biventricular mais acentuada à direita; retificação/movimentação paradoxal do septo interventricular associados à hipertensão arterial pulmonar; dilatação sacular do 1/3 proximal da artéria pulmonar esquerda (aneurisma focal de artéria pulmonar). Realizou também broncoscopia e nasofibrosopia que não evidenciaram alterações. Foi dado o diagnóstico de doença de Behçet, iniciado corticoterapia e indicado pulsoterapia com ciclofosfamida. Paciente iniciou pulsoterapia 02 meses após tratamento com prednisona 60 mg por dia, quando foi iniciado desmame de corticóide. Após 06 ciclos de pulsoterapia paciente encontra-se assintomático, apesar de não haver regressão radiológica das lesões tomográficas. **Conclusão:** Dos poucos relatos de caso de nossa literatura há relatos de regressão das dilatações aneurismáticas após o uso de tratamento imunossupressor, o mecanismo dessa resolução é incerto, mas demonstra uma possibilidade de cura para estes pacientes, neste caso relatado o paciente apresentou melhora sintomática após 6 meses de seguimento.

Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia

Índice de autores

A

ABDON APV, PO152	ALFREDO CM, PO061	ANDRADE APA, PO568
ABE NS, PO255	ALIBERTI LF, PO137, PO280	ANDRADE BH, PO310
ABELIN H, PO494	ALMEIDA CF, PO182, PO183	ANDRADE CR, AO044, PO433
ABOU-MOURAD OM, PO267, PO435, PO436	ALMEIDA FILHO JAT, PO458	ANDRADE CRM, PO052, PO204, PO205, PO506
ABRAL G, PO293	ALMEIDA JVC, PO042, PO048	ANDRADE ET, PO472
ABREU JUNIOR JMC, PO471	ALMEIDA JVM, PO203	ANDRADE LM, PO321
ABREU KLS, PO287	ALMEIDA L, PO546	ANDRADE LS, PO198, PO386
ABREU PFOG, PO038	ALMEIDA LP, PO414	ANDRADE LS, PO480
ABREU SB, PO025, PO026, PO028, PO029, PO040, PO055, PO179	ALMEIDA M, AO008	ANDRADE MJ, PO207
ACENCIO MMP, AO035, AO036, PO413, PO486	ALMEIDA MA , PO295, PO349	ANDRADE SB, PO485
ACOSTA LM, AO019, PO525	ALMEIDA SANTOS SRR, PO058	ANDRADE TM, AO017
AFONSO GL, PO046, PO049	ALONSO FFD , AO009	ANDREATA LS, PO092, PO240, PO317, PO390
AFONSO JÚNIOR JE, AO	ALONSO LG, PO118	ANGELI BB, PO435
AGENA J, PO328	ALT D, PO097	ANGERAMI R, PO377
AGUIAR FC, PO061	ALVARES F, PO186	ANISIO JA .PO509
AIDE AN, PO144	ALVES ES, PO007, PO008	ANJOS JCFV, AO014
AIDÉ MA, PO144, PO209, PO503, PO506, PO455	ALVES FAL, PO282	ANTONANGELO L, AO035, AO036, PO413, PO414, PO415, PO486
AKAMINE AM, PO529	ALVES KGF, PO099, PO557	ANTONY LB, PO554, PO555, PO556
ALBA GP, PO339	ALVES LR, PO186	ANTOUN JUNIOR R, PO401, PO402
ALBUQUERQUE AL, AO025, AO029, PO362	ALVES MA, PO590	ANTUNES ADP, PO511
ALBUQUERQUE LMF, PO011	ALVES MF, PO484	ANTUNES BN, PO076, PO077, PO306
ALBUQUERQUE MM, PO101	ALVES SHS, PO412	ANTUNES CM, PO263, PO264
ALBUQUERQUE PR, PO019, PO365, PO585	ALVES SM, PO453	ANTUNES T, PO588
ALCANTARA AT, AO005, PO179	ALVIM RNT, PO267, PO503, PO504	APANAVICIUS A, PO229
ALELUIA IMB, PO031	AMADE SB, AO035	ARAGAO MD, PO039
ALENCAR ARR, PO249	AMADORI HA, PO162	ARAKAKI JSQ, PO332, PO335, PO336
ALENCAR ASF, PO499	AMÂNCIO FM, PO103	ARANHA MA, PO087, PO541
ALEXANDRE CM, PO103	AMBROZIN ARP, PO298, PO299	ARANTES FB, PO252, PO368,
ALFONSO SMA, PO538	AMORIM LEAG, PO027, PO029, PO040	
	AMORIM MMF, AO002	
	ANDRADE AF, PO315	

PO401, PO487

ARARUNA AAR, A0002

ARAUJO AC, PO191

ARAUJO ACS, PO515

ARAÚJO AJ, PO548, PO553,
PO554, PO555, PO556

ARAÚJO CAA, PO019, PO106

ARAUJO CC, PO284

ARAÚJO FA, PO365, PO585

ARAÚJO FC, PO352

ARAÚJO GDS, PO243

ARAUJO JS, PO086

ARAUJO MCF, PO076, PO077

ARAÚJO MS, PO181, PO206

ARAUJO NT, PO088

ARAÚJO PB , PO193

ARAÚJO PHN, PO420

ARAUJO RG, PO137, PO280

ARBEX FF, PO087, PO163,
PO225, PO541, PO581

ARBEX RF, PO581

ARCENO R, PO254, PO405

ARCIERI JS, A0031

ARENA LF, PO246

ARRUDA KA, PO298, PO299,
PO301

ARRUDA TS, PO038

ASSIS EACP, PO364

ATHANAZIO RA, PO066, PO175,
PO189, PO210, PO211, PO419,
PO586, PO589

AUGUSTIN AE, PO442

AUGUSTO LP, PO150, PO521

AUGUSTO VM, PO490

ÁVILA R, PO043, PO045

AYMORE IL, PO209

AZAM KIE, PO462, PO463

AZAMBUJA LF, A0039, PO056,
PO072, PO073, PO084, PO196,
PO363

AZEVEDO JARR, PO360

AZEVEDO-PEREIRA AE, A0050,
PO108

AZI N, PO239, PO241, PO248

B

BACCELLI FD, PO163, PO196,
PO225, PO363

BAEZZA LC, PO378

BALDI BG, A0026, A0029,
PO078, PO175, PO232, PO235,
PO236, PO237, PO419

BALDOW RX, PO189

BALTHAZAR AB, PO367, PO389

BAPTISTA TS, PO373, PO535

BARANAUSKAS JCB, PO131

BARBAR SM, PO550

BARBAS CSV, A0046, PO245,
PO586, PO588, PO589

BARBEIRO AS, PO090

BARBEIRO DF, PO290

BARBIERI GM, PO181

BARBISAN BN, PO443

BARBOSA CCL, PO398

BARBOSA FG, PO073

BARBOSA FM, PO344, PO356,
PO487

BARBOSA FTR, A0044, PO433,
PO438

BARBOSA R, PO056

BARCELOS CA, PO053, PO250,
PO353

BARCELOS RM, PO509

BARIANI MCPF, PO516

BARONE C, PO043, PO045

BARRAL MM, PO583

BARRETO BS, PO152

BARRETO RB, PO505

BARRETO SSM, PO327, PO395,
PO396

BARRETO TGG, PO499

BARRETO TLPC, PO457

BARRETTO AR, PO471

BARROS CABS, PO349

BARROS CBS, PO285

BARROS JA, PO023, PO024,
PO036, PO184, PO208

BARROS WLP, PO492

BARROSO EC1, PO456, PO459,
PO468, PO473, PO478, PO483

BARROSO MCB, PO468

BARROSO MLF, PO346

BÁRTHOLO TP, PO001, PO054,
PO176, PO191, PO193, PO361,
PO399, PO460, PO464, PO479,
PO509

BARTUSCHECK C, PO086, PO181,
PO184, PO206, PO207, PO208,
PO521

BASTOS BB, PO281

BASTOS FI, A0017

BASTOS FS, PO457

BASTOS KS, PO372

BASTOS MLS, PO041, PO457

BATISTA C, PO283

BATISTA ERM, PO088

BATISTA JP, PO252

BAZZO CR, PO331

BEDRAN MBM, PO433

BEDRAN RM, A0044, PO433,
PO438

BEDUSCHI FILHO S, A0045

BELÊSA FA, PO109

BELLATO RT, A0037

BELLO B , PO391

BELLO L, PO099, PO557

BELLO R, A0015

BELMONTE F, PO312

BEM KPN7, A0018, PO537

BENETI R, PO059, PO188, PO216

BERALDO MA, PO349

BERNARDES LM, PO452

BERTÃO RA, PO081

BERTON DC, A0011, PO564

BERTUCCI D, PO296

BESERRA MR, PO503, PO504

BETHLEM EPB, PO009

BEVILAQUA M, PO494

BEZERRA H, PO292

BEZERRA LBM, PO002, PO003

BIAGINI JÚNIOR JC, PO215

BIGATÃO AM, A0023, PO058

BILAQUI A, A0013, PO145

BIM CR, PO307

BINATO P, PO294

BISCARO MDA, A0035

BISPO ICM, PO457

BISPO OCM .PO457

BITTENCOURT LR, A0006, A0009

BLANCO DC, PO329
 BLASIUS RT, PO275, PO277, PO278
 BLASZKOWSKI DS, PO539
 BOAVENTURA BLAO, PO164
 BOGOSSIAN HB, PO282
 BOJARSKI LFM, PO429, PO437
 BOMFIM OCD, PO469
 BONATO MG, PO098
 BONFANTI BF, PO303
 BONFIM R, PO068, PO172, PO528, PO579
 BONFIM TF, PO152, PO289
 BONIATTI MOC, PO405
 BONILHA AG, PO500
 BONOSSOMI C, PO275, PO277, PO278
 BOPP M, PO543
 BORDIN PH, PO141
 BORGER JUNIOR LH, PO140
 BORGES, AO, PO203
 BORGES HSAR, PO515
 BORGES MAR, PO156, PO157, PO158
 BORGES MASB, PO377
 BOROWSKY L, PO575
 BORTOLASSI LC, PO570
 BORTOLON M, PO200
 BOSCARDIM PCB, PO123
 BOSCO LP, PO257, PO263, PO264
 BOTELHO C, PO346, PO526, PO566
 BOTELHO CAS, PO138
 BOTELHO EHL, PO526
 BOTELHO KP, PO030, PO151, PO233, PO475
 BOTTO CC, PO088
 BOTTO IF, PO088
 BOTTO MAF, PO088
 BOTTURA G, PO413, PO414
 BOZZETTI MC, AO047
 BRAGA ALF, PO581
 BRAGA ET, PO331
 BRAGA G, PO493
 BRANDALISE LN, AO019
 BRANDÃO AR, AO005, PO179

BRANDÃO HV, PO015
 BRASIL ACO, PO152
 BRETAS DC, PO584, PO587
 BREVIGLIERI LR, PO383
 BREZINSCK PP, PO267
 BRIDI A, PO446
 BRITO CR, PO030, PO287, PO295, PO466, PO470, PO475
 BRITO HF, PO225
 BRITO ILA, PO584, PO587
 BRITO JAS, PO550
 BRITTO LS, AO043, PO272
 BRUM CI, PO455
 BRUNO LP, PO198
 BUENO M, PO169
 BURGER M, PO385, PO388
 BURITY CRT, PO243, PO297

C

CABRAL JS, PO032, PO033, PO034, PO035
 CABRAL JUNIOR BF, PO156, PO157, PO158, PO173
 CABRAL KA, PO532
 CABRAL LMN, PO267
 CABRAL MCS, AO018, PO537
 CABRAL MM, PO011, PO260, PO590
 CABRAL RV, PO062, PO083, PO370
 CABRAL SLA, PO099, PO557
 CABRAL TF, PO415
 CALÇADO FLV, PO294
 CALCIOLARI CC, PO290
 CALDAS PC, AO034
 CALDEIRA RD, PO190
 CALDINI EG, PO290
 CALIPSON GAMA TN, PO340
 CAMARA JÚNIOR JP, PO551
 CÂMARA MF, PO019
 CAMARGO J, PO069, PO572, PO573, PO575, PO576, PO577
 CAMARGO LACR, PO154
 CAMARGO S, PO576
 CAMILLO E, PO051

CAMINO AM, PO090, PO330
 CAMPELO CL, PO459
 CAMPELO NETO EC, PO259, PO262
 CAMPOS ACF, PO144, PO506
 CAMPOS CG, PO231
 CAMPOS LEM, PO587
 CAMPOS SSL, PO532
 CAMPOS SV, PO133
 CÂNDIDO FRS, PO458
 CANNAN MGM, PO207, PO268
 CANTELE PR, PO080, PO218
 CANTERLE DB, PO564
 CANUTO DKS, PO216
 CANZIAN C, PO238, PO348
 CANZIAN M, AO050, PO180
 CAPELLA MB, PO139
 CAPELLI NR, PO087, PO541
 CAPELO AV, AO007, PO215
 CAPELOZZI VL, PO212, PO223, PO501, PO502
 CAPITANI EM, PO330, PO367, PO376, PO377
 CAPONE D, PO201, PO460, PO464, PO472, PO479
 CARAMORI ML, PO131, PO132, PO133
 CARANDINA L, PO450, PO451
 CARDOSO DB, PO498
 CARDOSO EA, PO345
 CARDOSO IP, PO457
 CARDOSO IRS, PO026, PO027, PO028, PO040, PO055, PO185, PO465
 CARDOSO MSL, PO046, PO049, PO050, PO134, PO375
 CARDOSO MVC, PO050
 CARDOSO PFG, AO049, PO107, PO111
 CARDOSO PM, PO484
 CARDOSO RAM, PO134
 CARDOSO SR, PO256, PO258
 CARMES ER, PO024, PO162, PO539, PO549
 CARNEIRO DPS, PO061, PO296
 CARNEIRO HA, PO023, PO024
 CARNEIRO RB, PO105

CARRIJO FILHO SL, PO357	CASTRO FQS, PO151, PO466, PO470, PO475	CHIESA D, PO281, PO284
CARUSO P, PO288	CASTRO HA, PO182, PO183, PO580	CHITOLINA L, PO326
CARVALHO AK, PO166	CASTRO IR, PO481	CHONG FH, PO429, PO437
CARVALHO AS, PO540	CASTRO MCS, PO201, PO269, PO270, PO271	CHONG NETO HJ, A0001, A0043, PO020, PO272, PO305, PO423, PO424, PO425, PO426, PO427, PO428, PO429, PO430, PO431, PO432, PO434, PO437
CARVALHO BM, PO284	CASTRO VL, A0031	CHONG-SILVA DC, A0042, PO446
CARVALHO C, PO066	CATANEO AJM, A0022, PO115, PO116, PO117, PO298, PO299, PO501, PO502	CHTERPENSQUE A, PO540
CARVALHO CLD, PO021, PO358	CATANEO DC, PO115, PO116, PO117, PO298, PO299, PO300, PO301, A0022, PO501, PO502	CHUVA VC, PO519
CARVALHO CRR, A0025, A0026, A0027, A0029, PO078, PO210, PO211, PO213, PO232, PO235, PO236, PO237, PO288, PO348, PO362, PO380	CATTEBEKE TMH, PO104, PO105, PO135	CID DAC, PO030, PO151, PO233, PO470
CARVALHO EM, PO457	CAVALCANTE AGM, PO016, PO233	CID LEITE VILLELA, PO209
CARVALHO HG, PO448	CAVALCANTE PO, PO056, PO084, PO196, PO225, PO363, PO369	CIRINO RHD, PO539
CARVALHO JAP, PO221	CAVALCANTE VMM, PO365, PO585	CLEVA R, PO382
CARVALHO JEM, PO052	CAVALCANTI JP, PO243	CLÍMACO DCS, PO011, PO590
CARVALHO JGAS, PO143, PO148, PO167	CAVALCANTI MA, PO510, PO342	CODEÇO VM, PO004
CARVALHO JJM, A0012, PO159	CAVALCANTI ZR, PO244	COELHO APCP, PO498
CARVALHO JS, PO021, PO358	CAVALHEIRO AGC, PO138	COELHO DLLC, PO078, PO288, PO474, PO482
CARVALHO JUNIOR LCS, PO168, PO579	CAVALINI LT, PO447	COELHO MAL, PO260
CARVALHO L, PO124, PO125, PO407	CAZARIM FL, PO199	COELHO RC, PO395, PO494
CARVALHO LR, PO298, PO299	CERQUEIRA EMFP, PO214	COLARES FA, PO221
CARVALHO MRD, PO456, PO459, PO473	CERQUEIRA SMA, PO448	COLOMBELI GL, PO192
CARVALHO MVH, PO403	CERUTTI JÚNIOR C, PO496	COLUCCI E5, A0038, PO569
CARVALHO PSL, PO074, PO106	CETLIN ACVA, PO012	COLUCCI M, PO574
CARVALHO RG, PO123	CHADU M, PO442	COMÁCIO SM, PO387, PO401
CARVALHO RO, PO017, PO100, PO302, PO320, PO323, PO337, PO338, PO354, PO562	CHATE RC, A0037, PO348, PO410	CONDE MB, PO480
CARVALHO SM, PO478, PO483	CHATKIN G, A0019, PO409, PO525	CONOPCA CC, PO199
CARVALHO SRS, A0004	CHATKIN JM, A0019, PO329, PO525	CONSTANCIO MS, PO026, PO029, PO178
CARVALHO TS, PO134	CHAUL DN, PO140	CORA AP, A0036
CASER EB, A0046	CHAVES AR, PO104	CORDEIRO AA, PO484
CASSUNDÉ MO, A0020, PO534	CHAVES CN, PO348, PO380	CORDEIRO MACP, PO022
CASTAGNA RD, PO505	CHAVES JVF, A0022	CORREA AT, A0048, PO107
CASTANHO IA, A0041	CHIAPPA GR, A0011	CORREA RA, PO324, PO333
CASTELLANI IS, PO281	CHIBA SM, PO443	CORRÊA RC, PO217, PO329, PO409, PO525
CASTELLANO MVCQ, PO170	CHIBANTE AM, A0007, PO009, PO215	CORREA RM, PO246, PO339
CASTELLEN NR, PO421	CHIBANTE FO, A0007, PO009, PO215	CORREIA E SILVA A, A0041
CASTRO AA, PO026, PO044, PO047, PO465		CORREA MFS, PO492
CASTRO AAM, A0010, A0038, PO569, PO574		CORSO LM, PO345
		CÔRTES RR, PO542
		COSTA AA, PO053, PO250, PO353

COSTA AC, PO283
 COSTA AN, A0025, A0026, PO212, PO213, PO229, PO235, PO236, PO362
 COSTA AR, PO442
 COSTA CC, PO564
 COSTA CH, A0028, P0001, P0013, P0054, P0191, P0193, P0201, P0361, P0399, P0460, P0509
 COSTA CZ, PO 224, PO344
 COSTA FM, P0086, P0150, P0181, P0184, P0206, P0207, P0208, P0406
 COSTA INA, P0025, P0040
 COSTA JA, P0197
 COSTA JB, P0306, P0310, P0324, P0333, P0490
 COSTA JCM, P0358
 COSTA JLB, A0003
 COSTA JÚNIOR AS, P0064, P0094, P0127, P0129, P0130, P0350, P0408, P0411, P0416, P0417, P0439, P0440, P0441, P0444
 COSTA LA, A0005, P0179
 COSTA LAP, P0087, P0056, P0541
 COSTA LB, P0281
 COSTA LHD, P0056, P0087, P0332, P0541
 COSTA MMF, P0253, P0260
 COSTA MRSM, P0025, P0026, P0027, P0028, P0029, P0040, P0044, P0055, P0181, P0465
 COSTA NA, P0053, P0250, P0353
 COSTA NN, P0247
 COSTA PLR, P0016
 COSTA PM, P0364, P0583
 COSTA RCS, P0371
 COSTA W, P0054
 COSTA WAM, P0103
 COTTA UC, P0252, P0487
 COUCEIRO NETO AD, P0518
 COURA DMF, P0039
 COUTINHO HM, P0382
 COUTO CL, P0286
 CRESPO MC, P0143, P0148, P0167
 CRESTANI G, P0161, P0533
 CRISTOVÃO SAB, P0336

CRUVINEL MC, P0092, P0390
 CRUZ AA, P0015, P0032
 CRUZ CS, P0015
 CRUZ JMS, P0059, P0188, P0216
 CRUZ LGB, A0038
 CRUZ LR, P0321
 CRUZ RCS, P0514, P0517, P0522, P0523, P0524, P0547
 CRUZ TSS, P0499
 CUISSI RC, P0068
 CUKIER A, P0066, P0175, P0211
 CUNHA CC, P0281
 CUNHA CQ, P0292
 CUNHA JUNIOR W, P0088
 CUNHA RL, P0532
 CUNHA TM, P0075, P0202, P0224, P0234, P0252, P0344, P0356, P0368, P0381, P0387, P0401, P0487
 CUNHA VB, P0029, P0055
 CURY J, P0087, P0541
 CUSTÓDIO CCD, P0168
 CUZIO L K, P0377

D

DAHER EF, P0287
 DALBEM AS, P0346
 DALTOÉ T, P0325, P0393
 DALTRO CH, A0008, P0007, P0008, P0276
 DALVI GC, P0199
 DAMIN GAC, P0345
 DANTAS GC, P0151, P0233, P0466
 DANTAS TCA, P0066, P0078, P0288, P0469, P0474, P0482
 DANZI NJ, P0010
 DAUDT M, P0325, P0393
 DAVID YRN, P0039
 DE CAPITANI EM, P0090, P0214, P0389
 DELAMÔNICA KT, P0351
 DELGADO AMB, P0021
 DELGADO MBD, P0358
 DEMARZO SE, A0021, P0263, P0264
 DEOLINDA GZ, P0160

DEON K, P0273
 DERGINT SA, P0086
 DETSCH C, P0037
 DETTONI VV, P0199
 DEUS ACB, P0379
 DEUS FILHO A, P0187, P0379
 DEUTSCH K, P0043, P0045
 DI CREDICO GL, P0448
 DIAS AC, A0017
 DIAS BA, P0212
 DIAS JB, A0003
 DIAS KM, P0043, P0045
 DIAS OM, P0180, P0210, P0397, P0398, P0586
 DIAS RM, A0004
 DIOGENES PN, P0289
 DOLHNIKOFF M, P0380
 DOMINGUES MAC, P0501, P0502
 DOMINGUES RS, P0068
 DORIA TC, P0005, P0006
 DORNELES M, P0043, P0045
 DOURADO MF, P0485
 DUARTE AC, P0356, P0368
 DUARTE FR, P0526
 DUARTE RD, P0194
 DUARTE RLM, P0215
 DUCCI RD, P0539
 DUMITH SC, P0563

E

EIXEIRA PJZ, P0562
 ELIAM LV, P0461
 ELIAS AA, A0015, P0531
 ENDO CM, P0404
 ESCUISSATO DL, P0086, P0208
 ESPOSITO C, P0275, P0277, P0278
 ETHEL FILHO J, P0220, P0384, P0404
 EVANGELISTA NETO E, P0121, P0130
 EVANGELISTA TB, P0102, P0110
 EZEMBRO ETC, P0462, P0463

F

- FABRÍCIO-SILVA GM, A0028
 FACCIO AA, P0313
 FAGUNDES AL, P0218, P0405
 FAHEL MG, P0410
 FAHUR BS, P0304, P0559
 FANDINHO FO, A0034
 FANTINATO SBR, P0093, P0189, P0238, P0589
 FAORO C, P0150, P0208, P0521
 FARENZENA M, A0047
 FARESin SM, P0127, P0128, P0163
 FARIA AC, P0001, P0013, P0215
 FARIA ACD, P0269
 FARIA CA, P0145
 FARIA LM, P0584, P0587
 FARIAS RE, P0138
 FATURETO MC, P0102, P0103, P0109, P0110, P0112
 FAURI V, P0510, P0543
 FEGADOLLI C, P0273
 FEHLBERG E, P0435
 FEIJÃO SX, P0233, P0470
 FEIJÓ L, A0005, P0179
 FEITOZA HSN, A0046, P0340, P0496
 FELDENS PF, P0095, P0096
 FELIPE VG, P0484
 FÉLIX E, P0567
 FERNANDES LM, P0133
 FERNANDES AGO, P0033, P0034, P0034, P0035
 FERNANDES ALG, A0002
 FERNANDES C, P0275
 FERNANDES FG, P0108
 FERNANDES FLA, P0412
 FERNANDES GH, P0469
 FERNANDES JC, P0510, P0546
 FERNANDES JMPA, P0452
 FERNANDES JUNIOR MA, A0024, P0359
 FERNANDES LM, P0108, P0131
 FERNANDES LS, P0461, P0516
 FERNANDES SSC, P0438
 FERNANDEZ A, P0380
 FERNANDEZ JJ, P0390, P0394
 FERRARI GNB, P0172, P0304, P0528, P0542
 FERRAZ DT, P0296
 FERRAZ II, P0281
 FERREIRA AA, P0022, P0151, P0461
 FERREIRA ACL, P0495
 FERREIRA AD, P0530, P0531, P0534, P0579
 FERREIRA AM, P0268
 FERREIRA AS, P0052, P0144, P0455, P0503, P0504, P0506, P0513, P0519
 FERREIRA CA, P0057, P0326, P0512
 FERREIRA EVM, P0332, P0335, P0336
 FERREIRA FILHO OF, P0137, P0280
 FERREIRA HAA, P0154
 FERREIRA HPC, P0074, P0106
 FERREIRA JÚNIOR CUG, P0496
 FERREIRA KTD, P0590
 FERREIRA MA, P0484
 FERREIRA MAP, P0396
 FERREIRA RG, P0226, P0227, P0228, P0230, P0443
 FERREIRA TCA, P0197
 FFRAGOMENI DC, P0325, P0393
 FIALHO JDO, A0003
 FIALKOW L1, A0047, P0283
 FIGARO JK, P0080, P0081, P0218, P0254, P0405
 FIGUEIREDO JP, P0050
 FIGUEIREDO LR, P0406
 FIGUEIREDO MRF, P0065
 FIGUEIREDO VR, A0021, P0255, P0257, P0259, P0262, P0263, P0264
 FIGUEREDO KRL, P0491
 FINOTTI, P0333
 FINOTTI KF, P0306, P0310, P0324, P0490
 FIRMIDA MC, P0269, P0270, P0271
 FISS E, P0174, P0328, P0570
 FLECK J, P0069
 FLEIG AHD, P0261
 FLORES R, P0051
 FLORIAN J, P0291, P0562, P0571, P0572, P0573, P0575, P0576, P0577
 FOCHESATTO JB, P0449
 FOLLADOR E, P0538
 FONSECA CB, P0218
 FONSECA JRP, A0046, P0199
 FONSECA MIF, P0532
 FONSECA MR, P0356, P0387
 FONSECA MTM, A0044, P0438
 FONSECA S, P0076, P0077
 FONSECA VAS, P0503, P0504, P0506, P0513, P0519
 FONTENELLE IG, P0156, P0157, P0158
 FONTES MA, P0445
 FONTES MJF, A0044
 FONTOURA F, P0291, P0562, P0571, P0571, P0572, P0573, P0575, P0576, P0577
 FORNAZIERI L, P0116, P0117
 FORTE DY, P0371, P0374
 FORTES F, P0239, P0241, P0248
 FOSCO LC, P0172, P0068, P0528, P0530, P0534
 FRACALOZZI JL, P0418
 FRANÇA JDC, P0060, P0067, P0091, P0219, P0220, P0383, P0404
 FRANÇA JF, P0144
 FRANÇA RL, P0074, P0106
 FRANCO AA, P0499
 FRANCO RP, P0406
 FREDO FW, P0434
 FREITAS CFNP, P0406
 FREITAS CG, P0154, P0203
 FREITAS FA, A0034
 FREITAS JV, P0115, P0117
 FREITAS LP, P0446
 FRIAS LMMG, A0004
 FRIEDMAN G3, P0283
 FUDO DT, P0060, P0067, P0091, P0219, P0220, P0383, P0404
 FUKUDA CY, A0006
 FURLAN V, P0529

FURTADO FM , PO194

G

GABARDO BA, PO098
 GABARDO BMA, PO098, PO467
 GAIO ED, PO023, PO024, PO036
 GALEGO CAS, PO012
 GALVÃO TC, A0034
 GAMA AMCN, A0046, PO199, PO340
 GARCÊZ MCO, PO059
 GARCIA E, PO017, PO100
 GARCIA F, PO302, PO320, PO323, PO337, PO338
 GARCIA GF, PO021
 GARCIA VG, PO518
 GARIB JR, A0003
 GAZELLI MC, PO261
 GAZZANA MB, PO265, PO266, PO281, PO327, PO395, PO396, PO494
 GEBRIM E, PO010
 GEISER D, PO086, PO181, PO184, PO206, PO207, PO208, PO521
 GENEROSO GM, PO364
 GENOFRE EH, PO410, PO412
 GENTA PR, PO002, PO003, PO010, PO014
 GEOVANINI GR, PO002, PO003
 GEQUELIN GC, PO150, PO521
 GERALDINI M, A0001, PO430
 GEROLOMO M, PO385, PO388
 GHEDINI R, PO291
 GHELLER IE, PO101
 GIAROLO JG, PO372
 GIAVAROTI LCS, PO192
 GIL V, A0025
 GLASS H, PO156, PO157, PO158, PO173
 GODOFREDO DR, PO357
 GODOY DV, PO558, PO560
 GODOY RF, PO558, PO560
 GOETTEMES ML, PO095, PO096
 GOLDANI L, PO342
 GOMES AM, PO434
 GOMES CET, PO331, PO443

GOMES M, PO060, PO067, PO075, PO234, PO387

GOMES MM, PO176

GOMES NP, PO065

GOMES S, PO290

GOMES TL, PO251

GONÇALVES AV, PO011, PO590

GONÇALVES BD, PO447

GONÇALVES EJ, PO288, PO474, PO482

GONÇALVES PA, PO573

GONÇALVES R, PO071

GONÇALVES VS, PO216

GONINI FS, PO519

GONZÁLEZ DA, PO563

GOTO IF, PO550

GOUVEIA DG, PO109, PO110

GRACIANO T, A0011

GRANADO TE, PO300, PO301

GRANJEIA TAG, PO214

GRASSELLI EA, PO429, PO437

GRAVA S, PO378

GREGO OT, A0013, PO145

GREGÓRIO C, PO005, PO006

GREGÓRIO MG, PO010, PO263, PO264

GREGORIO PB, PO007, PO008, PO276

GROHS LB, PO325, PO392, PO393

GRUMANN ACB, A0045, PO138, PO279

GRUNER MF, A0045

GUABIRU AT, PO469

GUASTELLI LR, PO282

GUEDES JT, PO 224, PO344, PO356

GUERRA FC, PO261

GUIMARÃES AC, PO015

GUIMARAES EP, PO584

GUIMARÃES GM, PO014, PO347, PO372, PO499

GUIMARÃES UM, PO535

GUSTIN EC, PO356, PO368, PO401

H

HAAS M, PO069

HAAS SA, PO543

HALPERN ASR, PO588

HANNA NOSCHANG, PO507, PO508

HANSEN DAP, PO138

HASIMOTO EN, A0022, PO115, PO116, PO117

HASIMOTO FN, PO064, PO073, PO094, PO121, PO122, PO129, PO130, PO416, PO417, PO439, PO440, PO441, PO444

HAUBERT P, PO572

HAYGERT CJP, PO494

HEIDTMAN C, PO395

HENN NT, PO511

HENRICH SF, PO325, PO392, PO393

HENRIQUE NETO A, PO103

HERBST LG, PO174

HERMES E, PO017, PO070, PO146

HILGERT JB, A0047

HOCHHEGGER B, PO449

HOEHNE JÁ, A0044, PO433, PO438

HOHER J.A, PO286

HOLANDA MA, PO030, PO151, PO171, PO287, PO292, PO295, PO349, PO578

HOLANDA MA, PO578

HOLANDA RS, PO151, PO233, PO475

HOLANDA RSH, PO030

HOLANDA VM, PO243

HONDA A, PO147

HONDERHOFF GDV, PO177

HORTA CMM, PO364, PO583

HORTEGAL RA, PO195

HORTENCIO L, A0037

HUBER A, PO562, PO571, PO572, PO575

I

IAMONTI VC, PO166, A0010, A0016, A0038, PO569, PO574

IBIAPINA CC, A0044

IKARI FK, A0040, P0082, P0085, P0089

IKEDA TG, P0103

INHANQUITES MK, P0510, P0546

ISBICKI M, A0039, P0072, P0163, P0332

ISHIBACHI M, P0018, P0272

IVANAGA IT, A0010

J

JACINTHO EGS, P0195, P0197

JACINTHO SAS, P0197

JACOBI MS, P0526

JACOMELLI M, A0021, P0255, P0257, P0259, P0262, P0263, P0264

JACQUES MA, P0291

JAMNIK S, A0039, P0072, P0073, P0084

JARDIM JR, A0010, A0016, A0023, A0038, P0058, P0063, P0166, P0538, P0569, P0574, P0574

JATENE FB, A0037, A0048, A0049, A0050, A0051, P0107, P0108, P0111, P0119, P0131, P0132, P0133, P0420

JEREMIAS E, A0019, P0525

JESUS CSC, P0142, P0355

JESUS P.S, P0351

JESUS VF, P0119

JEZLER SFO, P0239, P0241, P0248

JOHN AB, P0261, P0327, P0396

JORGE CMC, P0279

JORGE IC, P0496

JUNIOR RRP, P0052, P0204, P0209

K

KAIRALLA RA, A0025, A0026, A0027, A0029, P0210, P0211, P0212, P0213, P0229, P0232, P0235, P0236, P0237, P0238, P0348, P0362, P0380, P0380

KALIL JR, P0469

KAVAGUTI CS, P0454

KAWANO-DOURADO LB, A0026, P0213, P0348, P0380, P0588

KAWASSAKI AM, A0026, A0027, P0078, P0210, P0212, P0213, P0232, P0235, P0348, P0380

KEIM FS, P0421

KHOURI EO, P0331, P0443

KLAES AINM, P0406

KLITZKE S, P0141, P0200, P0303, P0507, P0508

KNORST MM, P0185, P0261

KOEHLER CH, P0169

KOHMANN RM, P0527

KOLTERMANN T, P0081

KOPEINING T, P0181, P0206

KOSMINSKY S, P0514, P0517, P0522, P0523, P0524, P0547

KOURY JC, A0041

KREIBICH MS, P0177, P0246, P0339, P0421

KRELING GAD, P0137, P0280

KRETZER LP, A0045

KRITSKI AL, P0098

KRUEGER MB, P0246, P0421

KRUM MM, P0124, P0125, P0407

KÜHNE RF, P0527

KULCZYNSKI JU, P0341

KULIKOWSKI LD, P0413, P0414

KUMAMOTO LM, P0410

KUMPEL C, A0010

KUNITA F, P0548, P0553, P0554, P0555, P0556

KURANISHI LT, P0039, P0226, P0227, P0228, P0230

L

LABORDA L, P0382

LACERDA AR, P0207

LAGO LD, P0494

LAGO MR, A0013, P0145

LAMANNA A, P0415

LAMBERTUCCI JR, P0324

LAMOUNIER JUNIOR EL, P0360

LANGHONI ML, P0564

LAPA E SILVA JR, P0493

LAPA MS, P0328, P0570

LASMAR LMLBF, A0044, P0433

LAURICELLA LL, P0420

LAWAL NO, P0 224, P0368

LAZZAROTTO MF, P0113, P0192, P0242

LEÃO BDA, A0046, P0340

LEAO CMCC, P0551

LEAO EI, P0094, P0350, P0416, P0417, P0439, P0440, P0441, P0444

LEÃO LEV, P0064, P0121, P0122, P0129, P0130

LEÃO LP, P0216

LEITÃO EM, P0472

LEITAO FILHO FSS, A0023, P0039, P0058, P0529

LEITÃO RP, P0402

LEITE, AO, P0379

LEITE GM, P0540

LEITE RV, P0364, P0583

LÉLIS E SILVA M, A0016

LEME MST, P0090, P0214, P0330, P0367, P0376, P0377, P0389

LEMOS ACM, A0005, P0041, P0179, P0334

LENZ MLM, P0051

LERSCH RJ, P0510

LEUNG JAM, P0460, P0464, P0472 , P0479

LEVY RA, P0201

LIMA AS, P0028, P0040, P0184, P0465

LIMA DS, P0476, P0491

LIMA FS, P0509

LIMA GSQ, P0153, P0155

LIMA HCZM, P0074

LIMA JF, P0300, P0301

LIMA JSA, P0578

LIMA LAP, P0507, P0508

LIMA LC, P0134, P0375

LIMA LFR, A0024, P0359

LIMA LS, P0153, P0155

LIMA MP, P0088

LIMA MS, P0240, P0226, P0227, P0228, P0230

LIMA NETO JC, P0134, P0375

LIMA NM, P0495

LIMA RS, P0110

LIMA SRH, P0019, P0365, P0585

LIMA VA, PO060, PO067, PO091, PO219, PO220, PO383, PO404
 LINDOSO VRP, PO029, PO055
 LINS TA , PO118
 LIRA KLL, PO469
 LOIVOS LPP, PO386
 LONGHI ALS, PO552
 LONGUINI-DOS-SANTOS N, A0013
 LOPES AJ, PO201, PO269, PO270, PO271
 LOPES AM, PO010
 LOPES CCB, PO137, PO280
 LOPES FAD, PO378
 LOPES FDT, PO021, PO358
 LOPES FILHO M, PO292
 LOPES ICC, A0003
 LOPES JÚNIOR JR, PO102
 LOPES MFB, PO352
 LOPES VGS, PO445
 LORENTZ GZ, PO059, PO188, PO216
 LORENZI FILHO G, PO002, PO003, PO010, PO014, PO410
 LORENZINI S, PO185
 LUCAS VS, PO351, PO386
 LUCENA SG, PO191
 LUNDGREN FLC, PO153, PO155, PO253, PO260, PO590
 LUZ CVF, PO448

M

MACCHIONI MC, A0032, A0033, PO316
 MACEDO A, A0014
 MACEDO CF, PO196
 MACÊDO LS, A0018, PO537
 MACEDO MAP, PO535
 MACEDO NMNP, PO253
 MACEDO RM, PO561
 MACEDO SEC, PO095, PO096, PO563
 MACEDO TSC, PO126
 MACHADO APFC, PO467, PO565
 MACHADO APS, A0017
 MACHADO AR, PO251
 MACHADO DF, PO535

MACHADO FILHO AHS, PO221, PO352
 MACHADO FP, PO392, PO393, PO325
 MACHADO GF, PO155
 MACHADO GG, A0017
 MACHADO MCLO, A0012, PO159, PO314
 MACHADO NC, PO570
 MACHADO NETO ASM, A0017
 MACHADO SG, A0017
 MACHADO T, PO251
 MACHADO VS, PO202, PO401
 MACHUCA T, PO576, PO577
 MACIEL MA, PO446
 MADEIRA JGP, PO022, PO153, PO461
 MAFORT TT, PO001, PO054, PO176, PO191, PO193, PO201, PO269, PO270, PO271, PO361, PO399, PO460, PO464, PO472 , PO479, PO509
 MAGALHÃES OMC, PO253
 MAGNANI KL, PO501, PO502
 MAGNANI RM, PO307, PO520
 MAGNO F, PO294
 MAGRI ASK, A0025, PO362
 MAIA IS, A0045, PO138, PO279
 MAIA JGS, PO221, PO352
 MAIA RL, PO165
 MAIA TAS, PO036
 MAIORANO MCNT, PO093, PO175, PO238, PO419
 MAKHOUL AF, PO452
 MALINVERNI RX, PO311
 MANCUZO EV, PO076, PO077, PO306, PO310, PO324, PO490
 MANES J, PO505
 MANFRON M, PO061
 MANZANO BM, A0016, A0023, PO058
 MARANHÃO AA, PO484
 MARANHÃO BH, PO009
 MARCELINO MY, A0013, PO145
 MARCHETTI FILHO MA, PO130
 MARCHI E, A0035, A0036, PO403, PO413, PO414, PO415
 MARCHIORI RC, PO080, PO081

MARCON EDM, PO325, PO393
 MARCONCINI ML, PO142, PO355
 MARCONDES BF, PO410, PO412
 MARCONI TD, PO371, PO540
 MARCOS TL, PO101
 MARIANI AW, PO108
 MARIANO GF, PO372
 MARINHO LS, PO349
 MARINHO TF, PO001, PO013, PO053, PO250, PO353
 MARKUS J, PO 224, PO202, PO344
 MARON SMC, PO046, PO049, PO050
 MARQUES AS, PO053, PO250, PO353
 MARQUES EA, PO054
 MARQUES EGSC, PO102, PO103
 MARQUES JFC, PO214
 MARQUES JUNIOR OS, PO442
 MARRERO L, PO485
 MARTIGNONI JTG, PO080, PO081, PO218, PO254, PO405
 MARTÍNEZ J, PO563
 MARTINEZ JAB, PO186, PO194, PO500, PO512
 MARTINEZ NL, PO339
 MARTINI T, PO246, PO339
 MARTINS CLFS, PO042, PO048
 MARTINS FW, A0015, PO017, PO070, PO100, PO146, PO302, PO320, PO323, PO337, PO338, PO354, PO391, PO562
 MARTINS GP, PO360
 MARTINS LMS, PO379
 MARTINS OLIVEIRA HM, PO049
 MARTINS TKB, PO409
 MARVULLE V, A0023, PO058
 MATA CAS, PO064, PO094, PO129, PO130, PO416, PO417, PO439, PO440, PO441, PO444
 MATIAS MS, PO349
 MATOS CG, A0021, PO262
 MATOS DC, PO050
 MATOS FS, PO471
 MATOS TO, PO022, PO149, PO360, PO461, PO516
 MATTOS YN, PO519

MAUAD T, PO078, PO211, PO288	MENDES AP, PO422	MONTESCHI M, PO579
MAY WS, PO124	MENDES MS, PO030, PO233, PO287, PO466, PO470, PO475	MONTESSI JM, PO364
MAZARO PJM, PO384	MENDONÇA DU, PO221, PO352	MORABITO F, PO078, PO079, PO288, PO474, PO482
MAZZUTTI C, PO446	MENDONÇA TO, AO021, PO257, PO259, PO262	MORAES DS, PO546
MEDAGLIA CA, PO296	MENEGHETTI JC, PO079	MORAIS MEM, PO532
MEDAGLIA CRM, PO061, PO086, PO296	MENEGON LF, PO059, PO188	MORAL JD, PO242
MEDEIROS AC, AO027	MENESES ACO, PO112	MOREIRA ALS, AO015, PO069, PO097, PO341, PO342, PO391, PO449
MEDEIROS AKL, PO011	MENEZES AMB, PO563	MOREIRA GL, AO016, AO023, PO058, PO063
MEDEIROS D, PO548, PO553, PO554, PO555, PO556	MENEZES AQ, AO049, PO104, PO105, PO111, PO135	MOREIRA JS, AO015, PO069, PO097, PO286, PO341, PO342, PO391, PO449, PO477
MEDEIROS FC, PO470	MENEZES FILHO RS, AO031	MOREIRA L, PO086, PO150, PO181, PO184, PO206, PO207, PO208, PO406
MEDEIROS IL, PO108	MENEZES MB, PO012	MOREIRA LC, PO415
MEDEIROS JS, PO019	MESQUITA GGF, PO461	MOREIRA MAF, PO037, PO043, PO045, PO312, PO322, PO327
MEDEIROS JUNIOR P, PO235, PO237	MESSINA CMS, PO056, PO084, PO196, PO225, PO363, PO369	MOREIRA RA, PO162
MEDEIROS LJ, PO100, PO302, PO320, PO323, PO337, PO338	METZENAUER A, PO543	MORELLO ER, PO144
MEDEIROS NETO AH, AO027	MICHEL GT, PO218, PO405	MORENO R, PO408, PO411
MEDEIROS NETO AHM, PO491	MICHELETTI FABO, PO452	MORESCHI NETO V, PO434
MEDEIROS RA, PO365	MICHELLI M, PO558, PO560	MORGADO DP, PO403
MEIRELES MF, PO026, PO028, PO029, PO180, PO465	MINAMOTO H, PO211	MORISHITA GT, PO282
MEIRELES MFM, PO027, PO040	MIOTTO A, PO118	MORITZ P, PO113, PO139, PO192, PO242
MELEK I, PO169, PO231	MIRANDA AS, PO313	MORIYA HT, PO010
MELLO NETO AA, PO080, PO081	MIRANDA GB, PO585	MOSELE BM, PO141
MELLO NETO AB, PO218, PO254, PO405	MIRANDA R, PO304, PO559	MOTA MML, PO126
MELO BSD'A, AO031	MIRANDA RR, PO328	MOTTA RCM, PO472
MELO CB, PO114, PO120	MIRANDA SS, PO490	MOURA GKR, PO285
MELO CR, AO039, PO056, PO072, PO073, PO084, PO127, PO128, PO196, PO225, PO363, PO369	MIRANDA WRH, PO194	MOURA JAR, PO433, PO438
MELO CRR, PO234	MITSUNAGA SS, PO570	MOURA JUNIOR RD, PO057, PO326
MELO DLM, PO133	MITTELDOF C, PO229	MOURA ME, PO456, PO459, PO473
MELO EL, PO046, PO049	MIYAKI AE, AO043, PO272	MOURA MP, PO379
MELO EV, AO031	MODESTO GA, PO360	MOURÃO JD, PO184
MELO F, PO202, PO487	MOHR M, PO421	MOYSÉS JB, AO016
MELO FD, PO516	MOISES CS, PO219	MULLER JP, PO291, PO571, PO572, PO573, PO575, PO577
MELO FX, PO203	MOLIN GZD, PO540	MUNHOES DA, PO174
MELO LF, PO053, PO250, PO353	MOLINA CB, PO515	MUSOLINO RS, PO078, PO079, PO482
MELO RM, PO252, PO381, PO401, PO487	MONACO M, PO133	MUTTI A, PO039
MELO SMD, AO031	MONTALVERNE DGB, PO289	
MELO SMD'A, AO031	MONTANHA SM, PO057, PO247, PO326	
MELO VA, AO031	MONTEIRO GM, PO371	
MELO WOM, PO021	MONTEIRO NP, PO052, PO204, PO205, PO455, PO506	
	MONTEIRO RCM, PO478, PO483	
	MONTERO EFS, PO118	
	MONTERO RH, PO137, PO280	

N	O	
NACARATO KPL, PO570	OENNING, PO373	OLIVEIRA R, PO064, PO094, PO122, PO350, PO417, PO439, PO440, PO441, PO444
NACARATO RM, PO418	OIGMAN W, AO014	OLIVEIRA RA, PO123
NAGY AL, AO021, PO257	OLIVEIRA A, PO114, PO122	OLIVEIRA RJF, PO019, PO585
NASCIMENTO A, PO549	OLIVEIRA AAFR, PO123	OLIVEIRA RKF, PO092, PO240
NASCIMENTO AM, PO413	OLIVEIRA ABM, PO476, PO491	OLIVEIRA RL, PO065
NASCIMENTO AR, PO546	OLIVEIRA ACM, PO497	OLIVEIRA RM, PO267
NASCIMENTO DD, PO 224, PO344, PO356	OLIVEIRA CB, PO473	OLIVEIRA SLV, PO049
NASCIMENTO FAB, PO578	OLIVEIRA CE, PO124, PO125, PO125	OLIVEIRA SM, PO070, PO146
NASCIMENTO FSMS, PO027, PO044, PO047	OLIVEIRA EB, AO039, PO056, PO072, PO084, PO087, PO163, PO196, PO225, PO332, PO363, PO369, PO541	OLIVEIRA SMC, PO492
NASCIMENTO MHS, PO536, PO400	OLIVEIRA EC, PO381	OLIVEIRA TCA, PO087, PO541
NASCIMENTO OA, AO038, PO166, PO569, PO574	OLIVEIRA EKF, PO394	OLIVEIRA TRB, PO065, PO473
NASRALA MLS, PO326	OLIVEIRA EQ, PO255, PO259, PO262, PO263, PO264	OLIVEIRA VA, AO024, PO359
NAVES MC, PO188	OLIVEIRA ES, PO582	OLIVEIRA VP, PO140
NEDER JA, PO075, PO314, PO387	OLIVEIRA FT, PO061	OLIVEIRA VR, PO499
NEGRI EM, PO290	OLIVEIRA HF, PO313	ONOFRE ALR, PO520
NEIVA A, PO294	OLIVEIRA HG, PO261	ORELLANA JY, PO485
NEPOMUCENO N, AO048, AO049, PO107, PO111, PO119	OLIVEIRA HM, PO050	OSHIMA CTF, PO118
NERY LE, AO009	OLIVEIRA HMS, PO253	OSÓRIO DS, PO012, PO186
NEVES ATP, PO076, PO077	OLIVEIRA IM, PO513	
NEVES MMC, PO481	OLIVEIRA JC, AO028	P
NEVES PEREIRA JC, PO131	OLIVEIRA JCC, PO385, PO388	PACHECO EF, AO024, PO359
NEVES VD, PO297	OLIVEIRA JG, PO001, PO054, PO176, PO191, PO193, PO361, PO399, PO460, PO464, PO479, PO509	PADILHA TF, PO360
NICOLA H, PO511	OLIVEIRA JRC, PO312, PO322	PÁDUA AI, PO194
NIKAEDO SM, AO040, PO082, PO085, PO089	OLIVEIRA KA, AO048, AO049, AO050, PO111	PADULLA S, PO304, PO559
NISHITANI R, PO346	OLIVEIRA KB, PO346	PAES FGS, PO055
NITSCHKE LC, PO339	OLIVEIRA LT, PO279	PAIVA MG, AO014
NOAL RB, PO095, PO096, PO563	OLIVEIRA MA, PO039, PO335, PO529	PAIVA VS, PO477
NOGUEIRA CR, PO039	OLIVEIRA MEM, PO544	PALAZZO RF, PO198, PO386, PO480
NONATO TSG, PO041	OLIVEIRA MF, PO075	PALERMO MHR, PO088
NORONHA FILHO AJ, PO176	OLIVEIRA MG, AO006, AO009, PO075, PO234, PO387	PALHARES RR, PO075
NOWAKONSKI AV, PO377	OLIVEIRA MIG, PO197	PALMA LAS, PO141, PO200, PO303
NUNES DP, PO184	OLIVEIRA MM, PO007, PO008	PALOMBINI BC, PO097
NUNES NG, PO030, PO151, PO233, PO466	OLIVEIRA MR, PO243, PO297	PALOMINO ALM, PO255, PO262, PO263
NUNES RA, AO041	OLIVEIRA NG, PO579	PAMPLONA YAP, PO452, PO453
NUNES RC, PO267	OLIVEIRA NH, PO292	PANTOJA JG, AO014
		PARAGUASSU AP, PO306, PO310, PO324, PO333, PO490
		PARENTE TR, PO281
		PARRA ER, PO245
		PASCHOAL IA, PO214, PO330, PO367, PO376

- PASCOAL G, PO112
 PASIN LR, A0015, PO017, PO070, PO100, PO146, PO302, PO323, PO354, PO391, PO562
 PASSOS LB, PO025, PO252, PO356, PO368, PO387
 PASSOS ML, PO031
 PASTRE CM, PO172
 PAULA FJVB, PO358
 PAULINO MR, PO561
 PAVEZI VAL, PO362
 PAZETTI R, A0049, PO107, PO111
 PECANHA ME, PO256, PO258
 PEDRO APK, PO400
 PEDRO LLB, PO403
 PEDROSA JF, PO438
 PEDROSA RP, PO002, PO003
 PÊGO-FERNANDES PM, A0048, A0049, A0050, A0051, PO107, PO108, PO111, PO119, PO131, PO132, PO133
 PEI YEU SO, PO357
 PEIXOTO GA, PO408, PO411
 PENEDO MH, PO529
 PERALES SR, PO112
 PEREIRA BC, A0003PO309, PO311, PO316, PO317, PO369, PO390, PO394
 PEREIRA CAC, A0030, A0032, A0033, PO092, PO154, PO222, PO223, PO225, PO226, PO227, PO228, PO230, PO240, PO244
 PEREIRA CS, PO195
 PEREIRA DAS, PO210
 PEREIRA DM, PO060, PO067, PO071, PO091, PO219, PO220, PO383, PO404
 PEREIRA EDB, PO016, PO065, PO171
 PEREIRA ENS, PO016
 PEREIRA EX, PO514, PO517, PO522, PO523, PO524, PO547
 PEREIRA FILHO JR5, PO335
 PEREIRA JR, A0040, PO082, PO085, PO089, PO091, PO089, PO091
 PEREIRA JÚNIOR LC, PO095, PO096
 PEREIRA LAA, PO581
 PEREIRA M, PO449, PO477, PO488, PO489
 PEREIRA MA, A0034
 PEREIRA MC, PO077, PO076, PO214, PO330, PO367, PO376
 PEREIRA MCB, PO243, PO297
 PEREIRA NP, PO457
 PEREIRA PSC, PO499
 PEREIRA RAB, PO521
 PEREIRA RSC, PO300
 PERES WL, PO366
 PERFEITO JAJ, PO064, PO118, PO121, PO128, PO129
 PERINEI PL, PO053, PO250, PO353
 PEROTTA J, PO231
 PERRECHI MC, PO454
 PÉRSIO RA, PO113, PO192, PO242
 PERUCHIN FF, PO529
 PESSOA JUNIOR RJP, PO002, PO003
 PETROIANU A, PO498
 PETRUCCI TR, PO491
 PICCIN VS, PO290
 PICCININ A, PO307, PO520
 PIETROBON E, PO511
 PILAU J, PO141, PO200, PO303
 PILGER CG, PO098
 PILLA ES, PO124, PO125, PO407
 PIMENTA MFV, PO438
 PIMENTA SP, A0026, A0029, PO212, PO232, PO235, PO236, PO237
 PIMENTEL KSF, PO435
 PIMENTEL MCM, A0012, PO159
 PINCELLI MP, A0045, PO138, PO139, PO279, PO505
 PINHEIRO AN, PO195
 PINHEIRO JEE, PO182, PO183
 PINHEIRO L, PO127, PO128
 PINHEIRO LV, PO493
 PINHEIRO MMC, PO467
 PINHEIRO RF, PO292
 PINHEIRO TCJ4, PO456, PO459
 PINHEIRO VGF, PO466, PO470, PO475
 PINHEIRO VR, PO566
 PINHO MB, A0018, PO537
 PINTO CR, A0005, PO041, PO179
 PINTO LA, PO161
 PINTO NS, PO182
 PINTO RC, PO066
 PINTO RMA, PO171
 PINTO RMF, PO452, PO453
 PINTO SHA, PO538
 PIRES F, PO041
 PIRES JWL, PO040
 PIRES NBV, PO051
 PIRES TBO, PO093, PO175, PO238, PO419, PO589
 PITANGA MM, PO198
 PITTA FO, PO542
 PIZZOL RJ, PO168
 POLISEL F, A0029
 POLONIO IB, PO071, PO219, PO384
 POMPA-FILHO JFS, A0018, PO537
 PONTE GA, PO284
 PONTES GV, PO042, PO048
 PORTO EF, A0010, A0038, PO569, PO574
 PORTO LC, A0028
 PORTO LGG, PO582
 PORTO LMM, PO532
 PORTO NS, PO097, PO341
 PORTO PSA, PO526
 POTRATZ ALF, A0046, PO199, PO496
 PRATA TA, PO306, PO310, PO324, PO333, PO490
 PRAZERES PA, PO590
 PRESTES GB, PO549
 PRESTES P, PO577
 PRETTO EC, PO070, PO146
 PRIETSCH SO, PO422
 PROENÇA MDGL, PO531, PO534, PO542

Q

- PROTÁSIO BM, PO469
 QUAGLIATO JUNIOR R, PO330, PO367, PO376, PO377, PO389

QUEIROGA FAB, PO136
 QUEIROGA JUNIOR FJP, PO314
 QUEIROZ CF, PO041
 QUEIROZ MCCAM, PO516
 QUEIROZ REB, PO065
 QUIROZ TT, PO205

R

RABAH MF, PO022, PO149, PO360, PO516, PO461
 RABELLO E, PO351
 RABELO LM, PO150, PO206, PO207
 RABELO ECA, PO022
 RACHED S, PO066, PO175, PO189, PO211, PO288, PO482, PO589
 RAHAL AA, PO314
 RAMALHO RS, PO526
 RAMOS COSTA MRSR, PO047
 RAMOS D, PO063, PO068, PO172, PO528, PO530, PO531, PO534, PO542, PO579
 RAMOS EMC, AO020, PO063, PO068, PO172, PO528, PO530, PO531, PO534, PO542, PO579
 RAMOS JGR, PO469
 RAMOS JP, AO034
 RAMOS RP, AO009, PO332, PO335, PO336
 RAMOS RTT, AO008, PO276
 RAMOS SG, PO194
 RAMOS TC, PO570
 RAMOS, PO186
 RANGEL MSFV, PO183
 RANZA R, PO 224, PO344
 RASSELE T, AO045
 RAUBER KA, PO488, PO489
 REBELATTO TF, PO100, PO302, PO320, PO323, PO337, PO338
 REBELLATTO PRO, PO400
 RECIPUTTI BP, PO022, PO150, PO461
 RECK CL, PO409
 REGO JDB, PO321
 REIS FB, PO194
 REIS RA, PO273

REMEDEIROS GF, AO034
 REZENDE JE, PO516
 REZENDE NA, PO306
 RIBEIRO CB, PO538
 RIBEIRO CEL, PO385, PO388
 RIBEIRO CMV, PO478, PO483
 RIBEIRO GF, PO143, PO164, PO165, PO167
 RIBEIRO GF, PO148
 RIBEIRO IOS, PO074, PO097, PO106, PO365, PO458
 RIBEIRO JLV, PO285
 RIBEIRO JP, AO011
 RIBEIRO LB, PO260
 RIBEIRO LD, PO506
 RIBEIRO MAF, PO143, PO148, PO167
 RIBEIRO PC, PO182, PO183
 RIBEIRO RKSM, PO526
 RIBEIRO SA, PO454
 RIBEIRO SCC, PO257
 RIBEIRO SM, PO002, PO003
 RIBEIRO-PAES JT, AO013, PO145
 RICCI DC, PO256, PO258
 RICCI VHP, PO372
 RIEDI C, AO001, AO043, PO018, PO020, PO272, PO431, PO432
 RIGUEIRA R, PO361
 RIOS AP, PO007, PO008
 RIZZATTI FPG, PO550
 ROCHA ATC, AO014, AO018, PO537
 ROCHA BA, PO126
 ROCHA BWC, PO011
 ROCHA DLA, PO021, PO358
 ROCHA EM, PO513
 ROCHA KLBM, PO445
 ROCHA M, AO023, PO058
 ROCHA MJJ, AO026
 ROCHA MM, PO109, PO110
 ROCHA MNS, AO018, PO537
 ROCHA MP, PO081
 ROCHA NETO OG, PO093, PO238, PO419, PO589
 ROCHA RCF, PO551
 ROCHA RT, PO196, PO363

ROCHA TS, PO267
 RODRIGUES A, AO021, PO255, PO256, PO257, PO258, PO259, PO262, PO264
 RODRIGUES CC, PO506
 RODRIGUES FD, PO177
 RODRIGUES FILHO EM, PO283
 RODRIGUES FMM, PO528
 RODRIGUES M, PO498
 RODRIGUES MK, PO075
 RODRIGUES MM, PO226, PO227, PO228, PO230, PO332, PO335, PO336, PO394
 RODRIGUES MT, PO161, PO533
 RODRIGUES OR, PO117
 RODRIGUES RF, PO234
 RODRIGUES RP, PO177, PO246, PO339, PO421
 RODRIGUES RV, PO198, PO386, PO480
 RODRIGUES SC, AO032, PO226, PO227, PO228, PO230, PO309, PO311, PO316, PO317
 RODRIGUES YM, PO548, PO553, PO554, PO555, PO556
 RODRIGUEZ R, PO291
 ROLLA VC, PO495
 ROMALDINI JGB, PO060, PO067
 ROSA KGD, AO024, PO359
 ROSA RF, PO021, PO358
 ROSA SD, PO373
 ROSÁRIO BA, PO429, PO437
 ROSÁRIO CS, PO429, PO434, PO437
 ROSÁRIO NA, AO001, AO043, PO018, PO020, PO272, PO305, PO423, PO424, PO425, PO426, PO427, PO428, PO429, PO430, PO431, PO432, PO434, PO437
 ROSAS P, PO493
 ROSENBERG NP, PO124, PO125, PO407
 ROSOLEN DCB, AO036, PO413, PO414
 ROSSO E, PO510, PO511, PO543
 ROSSONI AMO, PO098
 ROSVAILER MS, PO549
 ROTH CM, PO307
 ROZIN GF, PO419

RUBIN A, P0576
 RUFFINO-NETTO A, P0098, P0500
 RUFINO R, A0028, P0001, P0013, P0054, P0191, P0193, P0201, P0361, P0399, P0464, P0509
 RUIZ MA , A0013, P0145
 RUPPEL F, P0406
 RUSSO FT, P0328
 RUTZEN W, P0161, P0533
 RYMKIEWICZ E, P0094, P0350, P0416, P0417, P0439, P0441, P0444

S

SÁ FILHO JBC, P0197
 SÁ LIMA A, P0026
 SÁ MFL, P0041
 SÁ MFL, P0334
 SAAD JÚNIOR R, P0071
 SAADI NETO E, P0112
 SADIGURSKY LV, P0311
 SADO FILHO J, P0022
 SAGIN FC, P0326
 SAHYUN RE, P0137, P0280
 SAKA JA, A0050
 SAKAE TM, P0564
 SALDIVA PHN, P0581
 SALES MPU, P0171, P0551
 SALES RKB, A0036, P0412, P0415, P0474, P0482, P0486
 SALGE JM, A0029, A0025, P0412, P0362
 SALIBE FILHO W, P0408, P0411
 SALICIO MA, P0566
 SALICIO VAMM, P0566
 SALLES C, A0008, P0276
 SALLES RE, P0054
 SALVIANO LC, P0012, P0194
 SAMANO MN, P0131, P0132, P0133
 SAMPAIO AM, P0030, P0151, P0287, P0295, P0466, P0475
 SANCHEZ L, P0572, P0573, P0575, P0576, P0577
 SANDOVAL PRM, P0315
 SANDRINI MM, P0064, P0094,

P0129, P0130, P0416, P0417, P0439, P0440, P0441, P0444
 SANTANA A, P0276
 SANTANA LR, A0017
 SANTANA MF, P0007, P0008
 SANTANA MTBM, P0034
 SANTANTA ANC, P0588
 SANTAREM OL, P0382
 SANTIAGO RJC, P0067, P0060, P0091, P0219, P0220, P0383, P0404
 SANTORO IL, A0039, P0072, P0073, P0084, P0127, P0128
 SANTOS AC, P0029
 SANTOS AV, P0152, P0289
 SANTOS CA, P0252
 SANTOS CB, P0273
 SANTOS DMSS, P0273
 SANTOS FILHO RI, P0055
 SANTOS FZF, P0381
 SANTOS HLBS, P0020, P0272, P0305, P0430, P0431, P0432
 SANTOS HMC, P0064, P0073, P0094, P0121, P0122, P0127, P0129, P0130, P0416, P0417, P0439, P0440, P0441, P0444
 SANTOS JFM, P0007, P0008
 SANTOS JPV, P0102, P0103, P0109, P0110, P0112
 SANTOS JWA, P0080, P0218, P0254, P0405
 SANTOS LFM, P0269, P0270, P0271
 SANTOS LML, P0109, P0110, P0112
 SANTOS MC, P0513, P0519
 SANTOS MCF, P0497
 SANTOS MJF, P0269, P0270, P0271
 SANTOS MN, P0038
 SANTOS MVL, P0584, P0587
 SANTOS OFF, P0282
 SANTOS RDP, P0016
 SANTOS RK, P0363, P0369
 SANTOS RLD, P0140
 SANTOS RM, P0452
 SANTOS SM, P0026, P0027, P0028, P0141, P0200, P0303, P0465

SANTOS SRRA, A0016, A0023, P0529, P0538
 SANTOS TCCRS, P0445
 SANTOS UP, P0180, P0189, P0190
 SANVICENTE CT, A0024, P0359
 SARMENTO PA, P0114, P0120, P0136
 SARTORI DE, A0006, A0009
 SARTORI DS, P0095, P0096
 SARTORI FM, P0406
 SARTORI JM, A0024, P0359
 SARUHASHI T, P0383
 SATO KT, P0559
 SCAFFARO LA, P0396
 SCHAFRANSKI MD, P0296
 SCHELINI KNM, P0326, P0345
 SCHIAVO N, P0325
 SCHIAVON LL, P0139
 SCHMIDT KREIBICH M, P0421
 SCHINDLER HC, P0481
 SCHIO S, P0572, P0573, P0575, P0576, P0577
 SCHMITZ RO, P0371
 SCHNEIDER FILHO A, P0080, P0254
 SCHNORR GM, P0061
 SCHORR F, P0002, P0003, P0010, P0017, P0100, P0302, P0323, P0354, P0562
 SCHRAM PF, P0177
 SCHUDIKIN RS, P0527
 SCHWARTZ AF, P0539
 SCHWEITZER CM, P0374
 SCHWELLER M, P0214
 SCORDAMAGLIO PR, P0255, P0259
 SCUARCIALUPI ME, P0314
 SEABRA RA, P0011
 SECUNDO IV, P0243, P0297
 SEGURA ES, P0544
 SEISCENTO M, P0482, P0486
 SELIGMAN R, A0024, P0359
 SENA WM4, P0352
 SERRAO JUNIOR NF, P0307, P0520
 SÉRVIO TC, P0300, P0301

SESTELO MR, PO031	PO511, PO527, PO543, PO546	SOARES LC, PO385, PO388
SGARABOTTO AR, PO409	SILVA LMC, PO146	SOARES MR, AO030, PO092, PO154, PO226, PO227, PO228, PO230, PO240, PO317, PO394
SHIMOYA-BITTENCOURT W, PO566	SILVA LPG, PO519	SOARES MV, PO081, PO254
SIAS SMA, PO267, PO435, PO445, PO436	SILVA LRS, PO346	SOARES PRO, AO049, PO111
SIGNORI LH, PO070, PO146	SILVA LV, PO007, PO008	SOARES SPC, PO173
SIGRIST RMS, AO035	SILVA MAIA TA, PO024	SOARES VA, PO340
SILVA AB, PO062, PO083, PO370	SILVA MAO, PO521	SÖHN RV, PO557, PO099
SILVA ACB, PO062, PO083, PO370	SILVA MC, PO093, PO175, PO189, PO238, PO419, PO589	SOMENSI RM, PO510
SILVA AF, PO062, PO083, PO370	SILVA MLN, PO452	SOTO S, PO119
SILVA ALA, PO535	SILVA MS, PO375	SOTO TB, PO496
SILVA ALG, PO161, PO533	SILVA P, PO339	SOUSA GS, PO491, PO476
SILVA AP, PO505	SILVA PAES FG, PO025	SOUSA MS, PO284
SILVA CA, PO303	SILVA PRS, PO051	SOUSA RM, PO284
SILVA CC, PO274	SILVA RCS, PO144, PO503, PO504, PO513	SOUZA ARAÚJO TFS, PO162
SILVA CM, PO050	SILVA RGR, PO099, PO557	SOUZA CCT, PO018, PO272
SILVA CSR, PO486	SILVA RJS, PO204	SOUZA CLSG, AO018, PO537
SILVA DS, PO400	SILVA RLF, PO162, PO181, PO208, PO539, PO549	SOUZA ECC, PO374
SILVA EFB, PO249, PO308, PO321	SILVA RM, PO142, PO355, PO445	SOUZA EH, PO518
SILVA ET, PO102	SILVA RN, PO480	SOUZA EST, PO512, PO515
SILVA FC, PO429, PO437	SILVA RP, PO049, PO050	SOUZA FILHO AJ, PO014, PO160, PO372, PO347, PO535
SILVA FH, PO202, PO252, PO368, PO487	SILVA RS, AO009	SOUZA FJFB, AO011, PO014, PO160, PO347, PO372, PO535
SILVA FM, PO101	SILVA TL, PO220, PO530	SOUZA GF, AO038, PO569, PO574
SILVA FP, PO053	SILVA VD, PO409	SOUZA JCSO, AO004
SILVA GMS, PO345	SILVA VL, AO028, PO193, PO191	SOUZA JM, PO123
SILVA GP, PO331, PO443	SILVADO BG, PO073	SOUZA JSF, PO346
SILVA HC, PO361	SILVEIRA FJM, AO007, PO009, PO215	SOUZA LCG, PO561
SILVA IMBM, PO516	SILVEIRA GL, PO287, PO466, PO470, PO475	SOUZA LP, PO514, PO517, PO522, PO523, PO524, PO547
SILVA IMCB, PO476	SILVEIRA JAQ, PO253, PO260	SOUZA MFAH, PO518
SILVA JA, PO485	SILVEIRA NA, PO331, PO443	SOUZA MRP, AO010
SILVA JL, PO023, PO024, PO036	SILVEIRA RJ, PO113, PO192	SOUZA NP, PO349
SILVA JM, PO387	SIMOEES EA, PO107	SOUZA R, PO493
SILVA JMH, PO433	SINZATO FY, PO582	SOUZA RBC, PO057
SILVA JR, PO530	SIQUEIRA DL, AO045, PO138, PO142, PO279, PO355	SOUZA RC, PO114, PO120, PO136
SILVA JUNIOR AF, PO062, PO083, PO370	SIQUEIRA FR, PO499	SOUZA VR, AO010
SILVA JUNIOR CT, PO144, PO503, PO504	SIQUEIRA HR, AO034, PO399, PO460, PO464, PO472, PO479	SOUZA-MACHADO A, PO033, PO035
SILVA JUNIOR GB, PO287	SOARES ALP, PO309	SOUZA-MACHADO C, PO034, PO032, PO033, PO035
SILVA JUNIOR WA, PO512	SOARES EM, PO202	SOUZA-MOTTA CM, PO253
SILVA KMM, PO247, PO345	SOARES GP, PO297	SPENCER NAS, PO458
SILVA LA, PO043, PO045	SOARES JUNIOR J, PO079	SPINELLI KC, PO216
SILVA LCC, PO146, PO510,	SOARES JUNIOR NX, PO234	

SPITZ GF, PO484
 SQUASSONI SD, PO328, PO570
 STAHELIN L, PO139
 STANZANI F, PO163
 STEDILE NRA, PO558, PO560
 STEFANELLO B, PO389
 STEIDLE LJM, PO113, PO139, PO192, PO242, PO505
 STEIN AT, PO544
 STEINWANDTER R, PO505
 STELMACH R, PO066, PO175
 STESSUK T, AO013, PO145
 STIRBULOV R, PO060, PO067, PO091, PO219, PO220, PO383, PO384, PO404
 STOBBE JC, PO507, PO508
 STORRER KM, PO226, PO227, PO228, PO230
 STRABELLI TB, PO446
 SUCCI JE, PO128, PO129, PO416, PO440
 SUESADA MM, AO029
 SULMONETT N, PO306, PO310
 SUZUKI C, PO147
 SVARTMAN FM, PO261, PO396
 SVIDIZINSKI TIE, PO378

T

TAGLIARI LGM, PO080, PO254
 TAKAGAKI TY, PO079, PO093, PO348, PO419
 TALIBERTI BHB, PO202, PO224, PO344, PO487
 TANDEITNIK LS, AO014
 TASSINARI S, PO543
 TAUNAY TCD, PO171
 TAVARES AB, PO011
 TAVARES GB, PO104
 TAVARES MS, PO588
 TEDDE ML, AO021
 TEICH V, PO147
 TEIXEIRA C, PO283
 TEIXEIRA FA, PO418
 TEIXEIRA GHMC, PO204, PO205, PO343, PO436, PO445
 TEIXEIRA LR, AO035, AO036,

AO037, PO132, PO398, PO410, PO412, PO415, PO420, PO486
 TEIXEIRA LS, PO397
 TEIXEIRA MAF, PO352
 TEIXEIRA MCAC, PO076, PO077
 TEIXEIRA PJZ, PO070, PO354, PO564, PO571
 TEIXEIRA RHOB, AO051, PO131, PO132
 TENÓRIO EF, PO514, PO517, PO522, PO523, PO524, PO547
 TEOTONIO VLA, PO476, PO491
 TERADA L, PO538
 TERRA FILHO J, PO313
 TERRA FILHO M, PO180, PO189, PO190
 TERRA RM, AO037, PO420
 TESSAROLLO B, AO041
 TESSER L, PO327
 THEILACKER G, PO052
 THEILACKER LR, PO052
 THEREZO ALS, PO357
 THULIO MT, PO520
 TIMI JRR, AO014
 TOGEIRO SM, AO006
 TOLEDO AC, PO068, PO172, PO528, PO530, PO534
 TOLEDO TC1, PO402
 TOMBEIRO MRP, PO312
 TONETO BR, PO408, PO411
 TONIDANDEL PR, PO090, PO330, PO367, PO376, PO377, PO389
 TONIETTO RG, PO217, PO329, PO409, PO525
 TORRES BS, PO514, PO517, PO522, PO523, PO524, PO547
 TORRES LAGMM, PO442
 TORRES LM, PO349
 TRAIANO G, PO061
 TRAUB L, PO543
 TRAVASSOS JÚNIOR RR, PO243, PO297
 TREPTOW EC, AO006, PO075
 TREVIZAN LPB, PO174
 TRINDADE M, PO041
 TRONCOSO FT, PO357

TSUKADA AP, PO418
 TUFFIK S, AO006, AO009

U

UEZUMI KK, PO486
 ULIANA R, PO503, PO504
 UNTERPERTINGUER FV, PO108
 URATANI LY, PO385, PO388
 URBANETZ LAML, PO268

V

VAGO TM, AO046, PO496
 VALDERRAMAS SR, PO318, PO319, PO545
 VALE SF, PO459
 VALENÇA LM, PO308, PO321
 VALENTE JG, PO447
 VALERI CB, PO229, PO245
 VALERY MIBA, PO390
 VALLADARES RM, AO006
 VALOIS FM, PO332, PO335, PO336
 VALOIS VM, PO044, PO047, PO055
 VANTI DP, PO037, PO322
 VARGAS FS, AO035, AO036, PO132, PO397, PO398, PO410, PO412, PO413, PO414, PO415, PO486
 VARGAS TC, PO464, PO460, PO472, PO479
 VARGAS VF, PO571
 VAZ LI, PO184, PO206
 VEGA NA, PO402, PO418
 VELLOSO E, AO016
 VELOSO JRC, PO025
 VELOSO PA, PO360
 VELOZO BR, PO025, PO027, PO028, PO044, PO047, PO465
 VELOZO RR, PO025, PO027, PO028, PO044, PO047, PO465
 VENTURINI I, PO520
 VIANA CMS, PO171, PO551
 VIANA DV, PO366
 VIANA MCZP, PO378
 VIANA PS, PO485

VIANA RCTP, PO113, PO139,
PO192, PO242

VIANNA, AOA, PO293, PO294

VIANNA EO, PO190

VICENTE R, PO538

VICTORINO J, PO283

VIDIGAL LH, PO140, PO368,
PO401

VIEGAS CA, PO004

VIEIRA BDM, PO093, PO189,
PO238, PO589

VIEIRA F, PO066

VIEIRA KA, PO346

VIEIRA PJC, AO011

VIEIRA SRR, PO283

VIER GB, PO291

VILARINHO BF, PO152

VILLELA E SILVA D, PO548,
PO553, PO554, PO555, PO556

VITORIO PK, PO382

VITTI JUNIOR W, PO450, PO451

W

WAJSBROT B, PO361

WALDMANN CS, PO436

WAWGNIAC GH, PO421

WEBER TR, PO139, PO505

WEHRMEISTER FC, PO563

WENGERKIEVICZ AC, PO414

WEREBE E, PO107

WERNECK P, PO294

WESTPHAL FL, PO134, PO375

WESTPHAL GLC, PO020, PO431,
PO432

WICKERT R, PO291

WINKELER GFP, PO476, PO491

WINTER CD, PO564

WINTER G, PO142, PO355

WITT N, PO098

X

XAVIER JL, PO435

XAVIER LSG, PO478, PO483

XAVIER PF, PO453

XAVIER RF, PO172, PO528,
PO531, PO534, PO542

Y

YAMAMOTO FW, PO331, PO443

YAMANE A, PO160, PO347,
PO535

YAMPARA GI, PO052, PO204,
PO205, PO343, PO436, PO445,
PO455, PO504

YASUDA MS7, AO025, PO362

YEN LS, PO304, PO559

YONESAWA GN, PO376

YOSHIZAKI K, PO290

YRIARTE YV, PO436, PO455

Z

ZAHARA ALBORNOZ, PO546

ZAMBOM L, PO090, PO389

ZAMPIERI JT, AO019, PO217,
PO329, PO409, PO525

ZANCHET RC, PO321, PO568

ZANIN P, PO043, PO045, PO322

ZANOVELLO MEP, PO090, PO330,
PO367, PO376, PO389

ZAROOUR FA, PO345, PO326

ZAVATTIERI AG, PO529

ZEMBRZUSKI MMS, PO203,
PO321, PO308, PO568

ZHANG L, PO422

ZORZI A, PO024

ZORZI LLR, PO024, PO036

ZUGMAN A, PO549



— **VIII** —

CONGRESSO
BRASILEIRO DE ASMA

— **IV** —

CONGRESSO
BRASILEIRO DE DPOC

— **IV** —

CONGRESSO
BRASILEIRO DE TABAGISMO

24 a 27 de agosto de 2011

**Centro de Convenções
Summerville Hotel**

Porto de Galinhas - PE

**Informações:
www.sbpt.org.br
0800 616218**

Realização:



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**

**SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE
PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA**





2010 | O ano do
PULMÃO
Viver. Aprender. Respirar